

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juillet 2020

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Dessaux et Mme Saïd, assesseure  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jeanne-Marie Monney,  
avocate à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en [...]. D'août 1990 à juin 2016, il a travaillé en qualité de gestionnaire de vente / magasinier pour le compte de la société coopérative G.\_\_\_\_\_ (ci-après : la G.\_\_\_\_\_).

**B. a)** Le 19 juin 2015, l'assuré a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il était en arrêt de travail, depuis le 9 février 2015 à des taux variables (100 %, puis 50 %), en raison de douleurs dorsales.

L'OAI s'est vu communiquer le dossier médical constitué par l'assureur perte de gain B.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : B.\_\_\_\_\_). Il en ressort, en substance, une dispense de l'assuré pour le port de charges supérieures à cinq kilos, les mouvements en flexion du dos et le travail au quai de chargement (rapports des 18 mars et 11 juin 2015 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant). Dans un poste adapté (en l'occurrence, vendeur en épicerie à la G.\_\_\_\_\_ de [...]), les douleurs au bas du dos de l'intéressé entravaient la bonne exécution du travail (nécessité d'alterner la position assise / debout) malgré le suivi d'un traitement alliant la physiothérapie et les antidouleurs (rapport d'entretien du 11 juin 2015 entre l'assuré et un collaborateur de B.\_\_\_\_\_).

**b)** L'assuré a déposé une demande de prestations (rente et / ou mesures professionnelles) auprès de l'OAI le 24 juillet 2015.

Dans un rapport du 5 novembre 2015 à l'OAI, confirmant un précédent rapport du 22 juillet 2015 adressé à B.\_\_\_\_\_, le Dr S.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de lombalgies récurrentes sur troubles dégénératifs depuis 2013, avec des lombalgies et une raideur du rachis comprenant des épisodes de blocage lombaire. Le pronostic était favorable et la

capacité de travail à nouveau entière, dès le 7 avril 2015, dans la profession habituelle après adaptation du poste de travail. Les limitations fonctionnelles étaient identiques depuis février 2015, à savoir : pas d'activité uniquement en position assise ou debout (alternance des positions nécessaire), pas de port de charges supérieures à cinq kilos et pas d'activités à genoux ou exercées principalement en marchant (terrain irrégulier). Le médecin traitant a joint, en annexe à son rapport, les pièces suivantes :

- un rapport du 3 octobre 2014 relatif à une radiographie de la colonne lombaire et du bassin effectuée le même jour par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie ;

- un rapport du 20 février 2015 de la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui se termine comme suit :

"Conclusion :

En L2-L3, protrusion discale postéro-médiane et paramédiane bilatérale avec effet de masse sur le sac dural mais sans évidence de conflit radiculaire. Discopathie étagée de L3 à S1."

Après avoir requis le point de vue du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité sur les pièces médicales au dossier (avis du 23 novembre 2015 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale), lequel a notamment retenu une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles listées par le Dr S.\_\_\_\_\_, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce (bilan de compétences, du 17 décembre 2015 au 31 mars 2016, auprès de la Fondation X.\_\_\_\_\_ à [...]).

Par projet, puis par décision du 6 septembre 2016 (annulant une précédente du 17 mai 2016), l'OAI a nié le droit à une rente. Selon ses constatations, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée respectant les restrictions fonctionnelles suivantes : pas de position statique assis / debout prolongée, pas d'activités principalement en marchant ni d'agenouillement répété et pas de port de charges au-delà de cinq kilos. La comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA (loi

fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) excluait un préjudice économique de l'assuré.

Par acte du 29 septembre 2016, l'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Le 2 février 2017, la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 6 septembre 2016 (CASSO AI 252/16 - 36/2017).

**C.** Le 18 mars 2019, T.\_\_\_\_\_, agissant par Me Christine Graa, a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il a produit une attestation du 22 mars 2018 ainsi qu'un rapport du 11 mars 2019 du Dr S.\_\_\_\_\_, faisant état d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée, depuis le 7 février 2018, en raison de douleurs aux genoux « invalidantes » et de lombalgies chroniques. On extrait notamment ce qui suit du rapport du 11 mars 2019 du médecin traitant :

“Je connais M. T.\_\_\_\_\_ depuis 2004, date à laquelle il travaillait déjà comme magasinier à la G.\_\_\_\_\_. Au fil des années, il est revenu en consultation à plusieurs reprises pour des lombalgies de caractère mécanique, exacerbées par son travail et notamment par des flexions répétées du dos et par le port de caissettes et aliments divers. Il a de plus développé des douleurs des 2 genoux pour lesquelles il est en traitement continu chez des orthopédistes.

En dépit des traitements effectués, M. T.\_\_\_\_\_ annonce des douleurs non stabilisées du dos et en aggravation au niveau des genoux, pour lesquelles il a bénéficié d'infiltrations. Le traitement se poursuit et il sera prochainement revu par les spécialistes.

L'atteinte lombaire limite la station debout prolongée, les mouvements entraînant une flexion du dos et le port de charges excédant 10 kg. L'atteinte des genoux le limite dans ses déplacements en particulier gravir des escaliers et s'accroupir.

Il est évident qu'en tant que magasinier, il ne peut plus travailler et que seul un travail adapté, tel que celui qu'il pratique actuellement pendant un stage de reclassement professionnel, se justifie à un taux de 50% dans une activité de manutentionnaire assis à une place de travail. A l'avenir, je pense que M. T.\_\_\_\_\_ pourrait continuer une occupation à 50% dans un 1er temps mais dans une activité adaptée à sa situation médicale, évitant toute surcharge et mouvements excessifs de son dos et de ses genoux. L'activité qu'il exerce actuellement durant ce stage semble lui convenir parfaitement et devrait pouvoir l'orienter pour un futur choix

professionnel. Dans cette activité adaptée il n'y a pas de diminution du rendement.”

Aux termes d'un avis sur dossier établi le 21 mars 2019, notant des limitations fonctionnelles identiques à celles retenues dans le cadre de la précédente demande de prestations, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a proposé à l'OAI de ne pas entrer en matière.

Le 22 mars 2019, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Le 19 juin 2019, l'OAI a reçu un rapport du 16 mai 2019 du Dr S.\_\_\_\_\_. Ce médecin a confirmé une aggravation de l'état de santé dès le mois de février 2018 sous la forme d'une exacerbation de douleurs lombaires en relation avec des troubles dégénératifs ainsi que des douleurs aux genoux lors de déplacements et de l'usage d'escaliers rendant l'accroupissement difficile. Les traitements mis en œuvre n'avaient pas permis de soulager efficacement les genoux douloureux. Pour le Dr S.\_\_\_\_\_, il se justifiait de retenir une capacité résiduelle de travail de 50 % dans un poste adapté à l'état de santé de l'assuré. En annexe à ce rapport, figuraient :

- un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2017 relatif à des radiographies (face / profil et axiale de rotules) des genoux effectuées le même jour par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie ;

- un rapport du 2 novembre 2017 relatif à une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit effectuée le même jour par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie ;

- des rapports des 9, 21 et 30 novembre 2018 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant état du diagnostic de syndrome fémoro-patellaire bilatéral sur chondropathie et de trois infiltrations intra-articulaires des deux genoux (viscosupplémentation), avec une évolution qualifiée de favorable. Ce médecin a conseillé à l'assuré la pratique d'activités sportives peu

contraignantes pour les genoux telles la marche à plat ou du vélo sans trop de résistance.

Le 15 août 2019, le SMR a maintenu son point de vue relatif à l'absence d'aggravation plausible de l'état de santé. Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 18 mars 2019.

**D.** Par acte déposé le 5 décembre 2019, T.\_\_\_\_\_, représenté par Me Jeanne-Marie Monney, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, en substance avec dépens, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations, complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision.

Dans sa réponse du 4 février 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée. L'intimé a également produit son dossier.

Une copie de cette écriture a été transmise au recourant pour son information.

**E.** Par décision du 6 février 2020, T.\_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 décembre 2019. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Jeanne-Marie Monney lui a été désigné.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et

art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 18 mars 2019 par le recourant.

**3. a)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa

décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

**c)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

**4.** Le recourant fait valoir que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une péjoration de son état de santé, cela en raison de douleurs aux genoux qui se sont aggravées et d'une exacerbation des douleurs lombaires. Il en déduit présenter une incapacité de travail à 50 % dans une activité adaptée depuis le mois de février 2018. Ces éléments justifiant, à ses yeux, la reprise de l'instruction du dossier.

**5. a)** Au moment de la décision du 6 septembre 2016, le SMR (avis du 23 novembre 2015 du Dr C.\_\_\_\_\_) a constaté une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Ce faisant, il a fait sien l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_ consulté à l'époque. Diagnostiquant des lombalgies récurrentes sur troubles dégénératifs (depuis 2013), le médecin traitant attestait en particulier une capacité de travail à 100 %, dès le 7 avril 2015, dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues (pour rappel : pas de position statique assis / debout prolongée, pas d'activités à genoux ni principalement en marchant (en terrain irrégulier) et pas de port de charges au-delà de cinq kilos ; cf. rapports des 22 juillet et 5 novembre 2015 du Dr S.\_\_\_\_\_). Il avait fondé son appréciation sur ses examens cliniques ainsi que sur des bilans d'imageries, étant d'avis que la présence de douleurs au bas du dos ne suffisait pas à justifier une incapacité de travail au long cours dans un

poste de travail adapté. L'appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_, seul médecin consulté à l'époque, était probante faute d'avis contraire. Ce point de vue a été repris puis entériné par l'intimé dans sa décision de refus de prestations du 6 septembre 2016. Pour le surplus, le bien-fondé de cette décision a été confirmé par le tribunal cantonal, le recourant ne contestant pas, notamment, la capacité résiduelle de travail et les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI (CASSO AI 252/16 - 36/2017 du 2 février 2017, consid. 5).

A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit une attestation du 22 mars 2018 ainsi que deux rapports des 11 mars et 16 mai 2019 du Dr S.\_\_\_\_\_ faisant état d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée en estimant que l'état de santé s'est aggravé dès le mois de février 2018, avec notamment l'apparition d'atteintes aux genoux « invalidantes » et une exacerbation des douleurs lombaires. Contrairement à ce que constate le SMR, on ne peut pas se fonder sur le fait que les limitations fonctionnelles correspondent à ce qui avait été décrit à l'époque pour nier la plausibilité d'une péjoration de l'état de santé, puisque le médecin traitant attestait à l'époque une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, alors qu'il ne reconnaît désormais plus à l'assuré qu'une capacité de travail de 50 % dans une telle activité. Les améliorations constatées par le Dr V.\_\_\_\_\_ après trois infiltrations en 2018, de même que ses conseils à l'assuré de pratiquer de la marche à plat ou du vélo sans trop de résistance, ne permettent par ailleurs pas d'exclure une péjoration, car les effets des infiltrations ne paraissent pas avoir été durables au vu des constatations du Dr S.\_\_\_\_\_ en 2019, notamment dans son rapport du 16 mai 2019 (« les traitements entrepris pour soulager les douleurs de ses genoux n'ont pas soulagé efficacement M. T.\_\_\_\_\_ »).

**b)** Au final, on ne peut pas nier, en 2016, le droit à une rente d'invalidité sur la base essentiellement de rapports relativement brefs du médecin traitant attestant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, puis refuser un nouvel examen du droit aux prestations lorsque ce même médecin atteste, dans des rapports établis plusieurs années plus

tard, une péjoration de l'état de santé et une capacité résiduelle désormais limitée à 50 % dans une activité adaptée, au motif que ces rapports seraient insuffisants à rendre plausible cette évolution. Si l'on peut admettre, dans un premier temps, un refus de prestations sur la base de rapports relativement sommaires du médecin traitant, lorsqu'aucun autre rapport médical n'atteste une incapacité de travail dans une activité adaptée, on doit alors également admettre, lorsque ce même médecin atteste quelques années plus tard une évolution vers une incapacité de travail de 50 %, d'entrer en matière sur la nouvelle demande, de reprendre l'instruction de la cause et de faire examiner l'assuré par le SMR ou par un expert si l'on doute des nouvelles constatations du médecin traitant.

Les rapports des médecins consultés, sans suffire à établir une péjoration au degré de la vraisemblance prépondérante, la rendent suffisamment plausible pour justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande et une véritable instruction de la cause.

**6. a)** Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, instruisse effectivement la cause puis rende une nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il

convient d'arrêter à 2'100 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**d)** Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 1<sup>er</sup> novembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'100 fr. (deux mille cent francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jeanne-Marie Monney (pour T. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :