

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 décembre 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Reinberg, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 29 al. 2 Cst. ; 49 al. 3 LPGA ; 87 al. 2 - 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été victime le 9 mai 1996 d'un premier accident lors duquel il a subi une déchirure méniscale externe du genou droit ensuite d'une glissade sur un chantier. Dans les mois consécutifs à l'accident, une méniscectomie a été pratiquée, suivie de deux autres interventions chirurgicales (une révision arthroscopique avec régularisation du ménisque externe du genou droit ainsi qu'une résection arthroscopique subtotale de la corne postérieure du ménisque du genou droit). L'assuré a repris le travail le 5 novembre 1997.

**b)** Le 7 avril 2008, après avoir trébuché sur un carrelet en bois, F.\_\_\_\_\_ a chuté sur le genou droit, provoquant une large déchirure du ménisque externe justifiant la prise en charge du cas par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 28 mai 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une arthroscopie du genou droit et une méniscectomie partielle du ménisque interne et du ménisque externe ainsi qu'une résection de la plica.

Le 29 avril 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le 12 avril 2010, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a examiné l'assuré le même jour, a diagnostiqué une arthrose fémoro-tibiale externe du genou droit et constaté l'exigibilité d'une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (à savoir, avec évitement des charges supérieures à quinze-vingt kilos, la montée ou la descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, l'évitement de la marche en terrain instable ou irrégulier ainsi que le travail à genoux ou accroupi). Compte tenu de l'âge de l'intéressé, ce médecin était d'avis que la mise en place d'une prothèse totale du genou était prématurée.

L'assuré a été réexaminé le 30 août 2010 par le Dr N. \_\_\_\_\_ qui a constaté que, subjectivement l'évolution depuis le 12 avril 2010 était stationnaire malgré un séjour à la CRR qui s'était avéré peu fructueux et qu'objectivement l'examen clinique était superposable à celui observé en avril 2010. Ce médecin a en outre réexpliqué à l'assuré les avantages et les inconvénients d'une prothèse totale du genou et l'a laissé décider.

Dans un rapport d'examen du 21 septembre 2010, après instruction de la cause, le Dr P. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu, comme atteinte principale à la santé, des gonalgies post-traumatique sur gonarthrose tri-compartimentale débutante genou droit (M 17.03) et, comme pathologies associées non du ressort de l'assurance-invalidité, des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires ainsi qu'un status après trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive. Le médecin du SMR a considéré que, du point de vue orthopédique et somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être retenue dès le 11 mai 2009. Il a également constaté que, dès le 8 mars 2010, il n'y avait plus d'incapacité de travail pour raison psychiatrique, et en conséquence une pleine capacité de travail pouvait être admise à partir de cette date dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Par projet de décision du 3 mars 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité, du 1<sup>er</sup> octobre 2009 au 30 juin 2010, aux motifs que la capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir, port de charges répété de plus de quinze kilos, montée et descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, marche en terrain irrégulier, position accroupie et à genoux ainsi que position statique assise et debout prolongée sans pouvoir la modifier une fois par heure) était de 100 % depuis le 8 mars 2010, et que le degré d'invalidité n'était, après comparaison des revenus, plus que de 18 %. L'OAI a par ailleurs reconnu à l'assuré le droit à une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

L'OAI a, par décision du 6 décembre 2011, confirmé la teneur de son projet de décision du 3 mars 2011.

Par arrêt du 11 mars 2014 (CASSO AI 16/12 - 56/2014 du 11 mars 2014), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours interjeté le 24 janvier 2012 et a confirmé la décision rendue le 6 décembre 2011 par l'OAI. Cet arrêt n'a pas été contesté.

**B.** Le 14 septembre 2021, F.\_\_\_\_\_, agissant par Me Jean-Michel Duc, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Alléguant présenter une incapacité totale de travail en raison de ses atteintes somatiques et psychiques, il a fait part d'une aggravation des suites de l'accident du 7 avril 2008 sous la forme d'une péjoration de la gonarthrose du genou droit devenue totalement incapacitante depuis 2020. A l'appui de sa nouvelle demande, il a remis un rapport du 11 juin 2020 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il ressort ce qui suit :

“Diagnostic :

- Gonarthrose D [droite] post-traumatique.

Anamnèse :

Patient connu pour des interventions arthroscopiques sur son ménisque externe D (accident SUVA). Le patient a développé une gonarthrose D pour laquelle il a vu le Dr V.\_\_\_\_\_, lequel propose la mise en place d'une PTG [prothèse totale du genou] D.

Le patient m'est adressé pour un 2<sup>ème</sup> avis.

Monsieur F.\_\_\_\_\_ ne travaille plus depuis 2008. Il a touché une rente de la SUVA de 15% jusqu'en 2019. L'antalgie est faite de la prise de Méfénacide et de Dafalgan. Des douleurs nocturnes au niveau du genou D sont mentionnées par le patient avec un phénomène de déverrouillage au lever. Le périmètre de marche atteint 30 à 45 minutes. Le patient se déplace avec une canne dans la main G [gauche] à l'extérieur.

Examen clinique :

Le patient marche avec une légère boiterie d'épargne à D dans la salle d'examen. En décubitus dorsal, le MID [membre inférieur droit] présente un léger valgus alors que le MIG [membre inférieur gauche]

paraît normo-axé. Les MI [membres inférieurs] sont de même longueurs. Le genou D présente un épanchement intra-articulaire avec des frottements au rabot rotulien. La mobilité est mesurée en flexion-extension à 100-5-0° pour 130-5-0° à G. Le genou D est stable dans les plans frontal et sagittal.

Examen dans la norme des 2 hanches.

Bilan radiologique :

Ne disposant pas de radios plus récente que 2009, j'ai effectué un bilan radiologique des 2 genoux de face en charge, des 2 genoux de profil et des rotules en axial : ces clichés montrent une gonarthrose tri-compartimentale D à prédominance externe.

Appréciation :

À mon sens, la gonarthrose D actuelle est en relation avec les interventions arthroscopiques du ménisque externe pratiquées dans les suites d'un accident Suva.

Le genou G ne présente pas par ailleurs de gonarthrose significative.

Je reste à disposition pour procéder à la mise en place de cette prothèse du genou D. Le patient reprendra contact avec moi lorsque la situation asséurologique sera éclaircie."

Dans le cadre de cette nouvelle demande de prestations, l'OAI a encore reçu les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 2 avril 2019 établi par le Dr V.\_\_\_\_\_. Ce chirurgien orthopédiste a répondu à un questionnaire en ces termes :

*"1. Depuis quand soignez-vous notre assuré ?* Depuis le 10.03.2010.

*2. Quels sont vos diagnostics ?* Gonarthrose sévère à D [droite], à prédominance externe.

*3. Quels sont les ttt [traitements] médicaux prescrits ?* Proposition de mise en place d'une prothèse totale du genou.

*4. Comment la capacité de travail de notre assuré a-t-elle évoluée à partir du 07.04.2008 dans son activité habituelle de manœuvre ? Dans une activité adaptée ?* Je n'ai jamais suivi régulièrement ce patient que j'ai vu épisodiquement depuis 2010. A ma connaissance, il n'a jamais été capable de reprendre une activité professionnelle significative jusqu'à aujourd'hui.

5. *Quelle est la capacité de travail de Mr F. \_\_\_\_\_ dans son activité de manœuvre ?* Je ne pense pas que ce patient puisse avoir une activité professionnelle quelconque.

6. *Quel[le]s sont les limitations fonctionnelles présentées par notre assuré dans son activité de manœuvre ? Dans une activité adaptée ?* Une activité de manœuvre est impossible et je ne pense pas qu'il soit possible non plus de trouver une activité adaptée.

7. *Estimez-vous que l'état de santé du patient s'est péjoré depuis 2008 ?* Oui, la gonarthrose s'est aggravée radiologiquement. Cliniquement, il n'y a pas de modifications significatives depuis 2014.

8. *Sa capacité de travail pourrait-elle évoluer à l'avenir ? Si oui, dans quelle mesure et dans quel délai ?* La situation du genou ne peut que s'aggraver à l'avenir.

9. *Pronostic ? Défavorable.*

10. *Partagez-vous l'avis de l'expert de la SUVA selon lequel il y aurait une prédisposition constitutionnelle, que les troubles de notre assuré résulteraient d'une arthropathie dégénérative si bien que l'accident n'aurait que temporairement aggravé des problèmes de santé évolutifs et que finalement 6 mois après l'accident, les troubles à la santé de notre assuré ne seraient plus en lien avec l'accident ? Si non, nous vous remercions de motiver votre réponse.* L'arthrose actuelle est certainement en relation avec les interventions multiples qui ont été faites sur le ménisque externe. La première de ces interventions a toujours été considérée comme traumatique, d[u]e à une lésion méniscale attribuée à une entorse survenue en avril 2008. Je ne pense pas que l'on puisse parler de prédisposition constitutionnelle étant donné qu'il n'y a pas de lésions significatives au niveau du genou G [gauche] et que les lésions du genou D [droit] touchent essentiellement le compartiment externe qui a été opéré à de multiples reprises. [...]" ;

- un complément du 12 avril 2019 à son rapport du 2 avril 2019, après un examen de l'assuré du 8 avril 2019, dans lequel le Dr V. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

"J'ai revu ce patient le 08.04.2019 cliniquement et j'ai refait des radiographies. Je désire apporter une petite correction à mon récent rapport.

Cliniquement, l'épanchement et la synovite ont augmenté depuis mars 2018. Il y a également une diminution de l'amplitude de la flexion d'environ 10°. La flexion-extension est actuellement de 130°/5°/0° à D [droite] contre 150°/0°/0° à G [gauche].

Le contrôle radiologique montre une progression de l'arthrose du compartiment externe, avec un interligne résiduel sur les clichés en charge d'un peu plus d'un millimètre. Sur le cliché en charge des deux genoux fait aujourd'hui, je peux vous confirmer qu'il n'y a pas de signes significatifs au niveau du genou G. [...]" ;

- un certificat du 4 octobre 2021 du Dr I. \_\_\_\_\_ attestant que son patient était toujours souffrant et qu'il ne pouvait pas travailler.

Après avoir requis le point de vue du SMR (compte rendu de la permanence SMR du 23 novembre 2021), l'OAI a, par projet de décision du 13 décembre 2021, signifié à l'avocat de l'assuré son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que l'examen du dossier n'a montré aucun changement depuis la dernière décision. Il a ajouté que, bien qu'il soit décrit une aggravation sur le plan radiologique, dans le rapport médical produit, le statut clinique ne s'est pas significativement modifié comparé à l'examen SUVA final de 2010. En effet, en 2010 la possibilité d'une prothèse du genou gauche (recte : droit) était déjà évoquée ce qui pourrait améliorer l'état de santé de l'assuré.

Malgré les objections formulées par l'assuré, agissant par Me Duc, le 21 décembre 2021 à l'encontre de ce préavis - faisant valoir en substance qu'en l'absence de pose de la prothèse du genou en 2010 la gonarthrose du genou droit s'était aggravée à tel point qu'elle entraînait une impossibilité totale de travailler -, l'OAI n'est, par décision du 27 avril 2022, pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière significative depuis la décision du 6 décembre 2011. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour faisant partie de sa décision, l'OAI a pris position sur les arguments invoqués par l'avocat de l'assuré qui n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de son projet de décision du 13 décembre 2021.

**C.** Par acte du 30 mai 2022, F. \_\_\_\_\_, représenté par Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations du 14 septembre 2021. En substance, il a reproché à l'OAI d'avoir examiné les documents médicaux qui lui ont été remis dans le cadre du dépôt de la nouvelle demande de prestations de manière trop rapide en avançant que l'examen du dossier n'avait mis en lumière

« aucun changement ». Il faisait valoir que le rapport du 2 avril 2019 du Dr V.\_\_\_\_\_ attestait d'une aggravation au plan radiologique et des modifications cliniques jusqu'en 2014, soit trois ans après la dernière décision de l'intimé. Le rapport du 12 avril 2019 de ce chirurgien orthopédiste confirmait une péjoration clinique depuis 2018. Dans son rapport du 11 juin 2020, le Dr G.\_\_\_\_\_ faisait état d'une aggravation clinique de l'état de santé depuis la décision précédente du 6 décembre 2011. Sur la base de ces éléments, le recourant était d'avis que son état de santé s'était péjoré depuis la dernière décision de l'office intimé. Le recourant estimait avoir rendu plausible, par la production d'un rapport médical ainsi que par renvoi à plusieurs pièces de son dossier, une détérioration de son état de santé influençant de manière déterminante sa capacité de travail et, partant, son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre de débats publics afin de pouvoir s'exprimer.

Dans sa réponse du 6 octobre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, maintenant que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation significative de son état de santé depuis la précédente décision, confirmée par arrêt du 11 mars 2014 de la Cour de céans entré en force.

Invité à indiquer s'il maintenait sa requête d'audience publique, le recourant a fait savoir le 31 octobre 2022 qu'il y renonçait.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) 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.** Dans un premier moyen de nature formelle, le recourant reproche à l'office intimé d'avoir violé son droit d'être entendu en lui faisant grief de ne pas avoir motivé la décision attaquée de refus d'entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il soutient ne pas être en mesure de comprendre les raisons pour lesquelles l'OAI a pris de telles conclusions.

**a)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une

autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

**b)** En l'espèce, la motivation est suffisante s'agissant d'un refus d'entrer en matière et permet de comprendre quels éléments ont été retenus par l'office intimé. Elle considère que la nouvelle demande ne rend pas plausible par documents adéquats que la situation du recourant se soit notablement modifiée. Elle précise que l'examen du dossier n'a montré aucun changement et que, bien qu'il soit décrit une aggravation sur le plan radiologique, le status clinique ne s'est pas significativement modifié comparé à l'examen final de 2010 effectué par le médecin d'arrondissement de la CNA. Elle ajoute qu'en 2010 la possibilité d'une prothèse de genou « gauche » était déjà évoquée pour améliorer l'état de santé du recourant. Il ne s'agit donc pas d'un élément nouveau. La mention de la mise en place d'une prothèse du genou « gauche » est manifestement le fruit d'une erreur de plume de la part de l'office intimé. Du reste, et comme le rappelle le recourant, il se prévaut d'une aggravation de son état de santé en lien avec son genou droit.

**3. a)** Le litige, sur le fond, porte sur un refus d'entrée en matière.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (pour la LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et pour le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1). Le juge n'a pas

à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse, sous réserve de motifs particuliers imposant exceptionnellement l'application immédiate du nouveau droit (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 119 Ib 103 consid. 5). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 (cf. ch. 9100 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022).

En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 27 avril 2022, fait suite à une demande de prestations déposée en septembre 2021. Il s'agit cependant d'une nouvelle demande, une décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2009 au 30 juin 2010 ayant été rendue en décembre 2011, puis confirmée par arrêt du 11 mars 2014 (CASSO AI 16/12 - 56/2014 du 11 mars 2014) en force, en réponse à une première demande de prestations introduite en avril 2009. Par conséquent, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI (cf. consid. 4 infra), l'état de fait litigieux concerne l'existence d'une péjoration de l'état de santé du recourant survenue entre mars 2010 et septembre 2021, ouvrant un éventuel droit aux prestations après le 31 décembre 2021, le droit à la rente prenant naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). Il en découle que le droit s'applique dans sa version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**4. a)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée 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). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), 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 la personne assurée 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 la personne assurée 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).

**5. a)** En l'espèce, la plausibilité de la modification de l'invalidité du recourant de manière à influencer ses droits doit s'examiner avec comme point de comparaison la situation médicale telle qu'exposée dans l'arrêt du 11 mars 2014 (CASSO AI 16/12 - 56/2014 du 11 mars 2014) en

force. La Cour de céans avait considéré que les rapports de la CRR étaient à cet égard probants. Ceux-ci retenaient les éléments suivants, notamment :

“A l'examen clinique, on note une boiterie de décharge du membre inférieur droit, un manque de déroulement du pas, une amyotrophie nette du quadriceps droit. Le genou droit n'est pas chaud, par contre, il y a une lame d'épanchement. La mobilité est diminuée en flexion à 120°, vs 150° de l'autre côté. Les tests ligamentaires ne montrent pas de laxité. La palpation des interlignes articulaires interne et externe est déclarée douloureuse. L'examen est globalement limité par les douleurs rapportées par le patient.

En raison de paresthésies diffuses, un consilium neurologique avec ENMG est effectué. Notre consultant relève que des paresthésies dépassent largement un territoire radiculaire ou tronculaire. Il n'y a aucun déficit clinique sensitivo-moteur et l'examen neurographique est dans les limites de la norme. En particulier, il n'y a pas d'asymétrie des potentiels évoqués des nerfs saphènes internes. Une exploration sélective du rameau sous-rotulien ne peut être réalisée en pratique de routine mais une atteinte paraît peu vraisemblable. Les paresthésies du patient sont donc à considérer dans le tableau de douleurs diffuses du genou.

Le bilan radiologique des genoux est actualisé. On constate une gonarthrose droite tricompartmentale prédominant au compartiment externe. Sur les radiographies des longs axes des membres inférieurs, on note un discret axe en valgus à gauche et un axe neutre à droite.

Selon notre consultant en orthopédie, le genou droit a une bonne fonction, il est stable dans les deux plans, la flexion est limitée à 120°-130° chez un patient qui peine à se détendre à l'examen. La douleur est reproductible sur l'interligne externe en arrière, un peu moins importante sur l'interligne interne. Le bilan radiologique confirme l'arthrose tricompartmentale mais sur l'IRM pratiquée en ambulatoire du 8.9.2008, on a l'impression qu'il y a encore du cartilage dans les compartiments internes et externes. Une ostéotomie de varisation supra-condylienne du fémur pour le genou droit n'est pas proposée : ceci comporterait un risque de modification du schéma corporel du patient, de désaxation et de décompensation d'une arthrose interne. Il est donc proposé de maintenir un traitement d'anti-inflammatoires, et de Condrosulf. Selon nos informations, des infiltrations de visco-supplémentation et Cortisone auraient été effectuées par le Dr L. \_\_\_\_\_, toutefois sans modification du tableau chronique. Si une infiltration de corticoïdes n'a pas été réalisée, celle-ci pourrait encore être proposée. Un changement d'activité professionnelle est à envisager.

[...]

Durant le séjour, [l'assuré] a suivi un programme de physiothérapie comprenant du rodage articulaire, du renforcement musculaire progressif, des exercices de proprioception et étirements musculaires. En fin de séjour, le patient ne déclare aucune

amélioration. Son périmètre de marche serait de 45 minutes à un rythme lent, avec une boiterie qui augmente. Objectivement, on note une accentuation de la boiterie de décharge du membre inférieur droit, une diminution de la vitesse lors des déplacements, par rapport à l'entrée. La montée descente des escaliers est réalisée avec l'aide de la rampe. Au test de marche de 6', le patient parcourt 300 mètres, versus 340 mètres à l'entrée. L'accroupissement et la position à genoux redressée ne sont pas réalisées. La force isométrique du quadriceps et des ischio-jambiers droits est très discrètement augmentée. Cliniquement, à la sortie, il n'y a plus d'épanchement, sinon la flexion reste de 120°. Le patient s'est montré ponctuel durant les thérapies. En l'absence de progression fonctionnelle, nous ne proposons pas de poursuite de la physiothérapie ambulatoire. On peine toutefois à expliquer l'ampleur des plaintes et des limitations fonctionnelles par les seules constatations objectives.

[...]

D'un point de vue médical, la situation peut être considérée comme stabilisée. En ambulatoire, des infiltrations (visco-supplémentation et corticoïdes anamnestiques) ont été effectuées, sans amélioration notable. Du point de vue orthopédique, une ostéotomie de varisation n'est pas indiquée, étant donné l'arthrose débutante du compartiment interne et un axe plutôt neutre pour le membre inférieur droit. L'épanchement articulaire présent à l'admission (absent à la sortie) du patient témoigne d'un genou irritable. D'un point de vue médical, on peut retenir une limitation pour les ports de charge lourde répétés au-dessus de 15-20 kg, la montée descente fréquente d'escaliers ou d'échelle, la marche en terrain irrégulier, le travail en position à genoux ou accroupi. Au vu de ces limitations, une réorientation professionnelle est indiquée pour ce patient qui travaille actuellement comme ouvrier dans le bâtiment. Depuis la reprise de son activité le 12.01.2009, il exerce à 50 %, dans un poste relativement adapté. Au vu des limitations précitées, il est fort peu probable que le patient puisse reprendre dans l'activité habituelle ou à un taux de 100 %, raison pour laquelle, l'annonce auprès de l'assurance AI a été réalisée durant le séjour en vue d'une réorientation professionnelle.

[...]

Au status, on retient une boiterie antalgique à droite à la marche avec un patient qui n'utilise presque pas son genou, le pliant à peine à 30° et traînant sa jambe en abduction et rotation externe. Le genou droit présente un épanchement modéré, et légèrement plus chaud sans érythème cutané. La palpation est diffusément douloureuse chez un patient ne se laissant pas examiner comme il faut. L'amplitude active et de flexion-extension 110°- 0-0°, améliorable en passif à 120°-0-0° (autolimitée). Il n'y a pas de laxité ligamentaire. A l'examen neurologique, le patient allègue une hypoesthésie n'intéressant que tout le côté latéral de la cuisse droite. Le reste du status neurologique est dans les normes.

Au plan radiologique, nous ne disposons pas de cliché bilatéral des genoux récent. Nous complétons par un nouveau bilan radiologique des deux genoux en comparatif. Les radiographies actuelles des

genoux confirment des signes de gonarthrose tricompartmentale débutante prédominant au compartiment fémoro-tibial externe avec dans ce compartiment une sclérose sous-chondrale et ostéophytose avec malgré tout un bon espace cartilagineux.

Notre orthopédiste consultant estime qu'une hémiprothèse externe ne réglera pas les douleurs antéro-internes et qu'une prothèse totale du genou est une mesure disproportionnée par rapport aux images IRM et aux images radiologiques, de plus dans un contexte psychosocial délétère. Il propose de poursuivre le traitement conservateur."

Il était relevé que les rapports du Dr V. \_\_\_\_\_ des 8 et 9 avril 2011 différaient du constat clinique des experts de la Clinique romande de réadaptation sur deux points : l'amplitude de la flexion-extension du genou et la question de la mise en place d'une prothèse totale du genou. Les degrés de flexion-extension tels que relevés par le Dr V. \_\_\_\_\_ étaient légèrement plus faibles. Néanmoins, aucun élément précis dans le rapport de ce praticien ne permettait de retenir que les limitations fonctionnelles telles que décrites par la Clinique romande de réadaptation pouvaient être différentes, outre que la mesure de l'amplitude de la flexion-extension pouvait différer en fonction de la compliance du patient lors de l'examen. S'agissant de la divergence quant à la pose d'une prothèse totale, elle demeurait sans incidence en l'espèce et n'aurait d'importance que dans le cadre de l'examen de l'exigibilité d'une réduction du dommage.

**b)** Seule l'atteinte au genou droit est concernée par la nouvelle demande de prestations. Cette demande est fondée sur les rapports du Dr G. \_\_\_\_\_ et du Dr V. \_\_\_\_\_.

Il en résulte que le contrôle radiologique effectué le 8 avril 2019 montre une progression de l'arthrose du compartiment externe, avec un interligne résiduel sur les clichés en charge d'un peu plus d'un millimètre. Selon le Dr V. \_\_\_\_\_, le cliché en charge des deux genoux permet d'exclure des signes significatifs au niveau du genou gauche. Dans son rapport du 2 avril 2019, le Dr V. \_\_\_\_\_ relève l'absence de modifications significatives depuis 2014. Dans son complément du 12 avril 2019, il mentionne une augmentation de la synovite depuis mars 2018

ainsi qu'une diminution de l'amplitude de la flexion d'environ 10°. Ce constat clinique ne suffit pas à lui seul pour rendre plausible une modification de l'invalidité. En particulier, aucun de ces médecins ne se prononce sur l'impact de ces modifications, minimales, à tout le moins s'agissant de l'amplitude en flexion, sur les limitations fonctionnelles et sur la capacité de travail dans une activité adaptée, la mention d'une incapacité de travail totale sans autre justification ne suffisant pas à rendre plausible une modification de l'invalidité. On relève que le Dr G.\_\_\_\_\_ mentionne une légère boiterie d'épargne à droite, ce qui avait déjà été constaté par la CRR en 2009, et que le périmètre de marche est actuellement identique à celui observé en 2009. En 2010-2011, la pose d'une prothèse était considérée comme prématurée au vu de l'âge du recourant et de l'impact de l'atteinte. L'indication actuelle à cette opération, dont il est notoire qu'elle n'entraîne en principe qu'un arrêt des activités de quelques mois, ne suffit pas à elle seule à rendre plausible une modification de l'invalidité. Il ne peut en outre rien être excipé du pronostic défavorable, par définition axé sur le futur.

Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, les pièces médicales produites en septembre et octobre 2021 ont été soumises au SMR, en l'occurrence à sa permanence (cf. pièce 111). 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'appliquant pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5), l'office intimé n'avait dès lors aucun motif d'investiguer davantage le cas sur le plan médical.

**c)** Au final, force est de constater que les Drs V.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ne font mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de leur analyse du cas datant respectivement d'avril 2019 et juin 2020 qui peut avoir une incidence sur l'invalidité. Ce faisant, ils ne rendent pas plausible une péjoration significative de l'état de santé du recourant et ne justifient pas la reprise de l'instruction du dossier par l'intimé. On doit dès lors constater qu'il n'est pas fait état en l'espèce de renseignements médicaux justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de

prestations du 14 septembre 2021. En refusant la reprise de l'instruction à l'occasion de la deuxième demande de rente et/ou de mesures d'ordre professionnel, la décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable.

**6. a)** En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 avril 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de F.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour F. \_\_\_\_\_),
- 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 :