

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 août 2025

Composition : M. NEU, président
M. Oppikofer et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseurs
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

X. _____, 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. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un permis C, était employé par I._____ SA et travaillait sous contrat de mission temporaire comme poseur de chapes en résine depuis le 24 juin 1998.

Le 16 septembre 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir, depuis environ 1997, d'un syndrome rotulien bilatéral chronique, prédominant à gauche, à l'origine d'une incapacité de travail depuis le mois de décembre 1998.

Dans un rapport du 6 octobre 1999, le Dr N._____, médecin-traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de syndrome rotulien bilatéral chronique. Il a indiqué que la capacité de travail de son patient dans son activité habituelle de poseur de sol était nulle, tandis qu'il était en mesure d'effectuer tout autre travail ne nécessitant pas de position à genoux ou des stations longues debout.

Dans un rapport du 22 novembre 2000 (consultation du 21 novembre 2000), le Dr B._____ a posé le diagnostic de lombalgies chroniques sur petits troubles statiques (hyperlordose lombaire).

L'assuré a par la suite bénéficié de plusieurs mesures professionnelles financées par l'OAI, aboutissant à l'obtention d'un CFC d'employé de bureau et d'un diplôme de Management d'entreprise.

Par décision du 8 juin 2007, confirmant un projet de décision du 23 avril 2007, l'OAI a constaté la réussite des mesures de réadaptation et a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, compte tenu du gain qu'il pouvait réaliser.

b) Le 4 juillet 2017, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations, faisant état d'une arthrose aiguë et de lésions cartilagineuses, à l'origine d'une incapacité totale de travail à compter du 4 novembre 2016.

Par projet de décision du 9 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il ne comptait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, faute d'élément attestant une modification notable de sa situation sur le plan professionnel ou médical.

Dans un rapport du 19 octobre 2017, le Dr Z._____, a posé le diagnostic de chondropathie fémoro-patellaire de grade 3 à 4, lequel venait s'ajouter au syndrome fémoro-patellaire fonctionnel. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de poseur de carrelage et de pierre naturelle était nulle. Elle était en revanche complète dans une activité n'impliquant pas de flexions des genoux répétées, du travail à genoux, des ports de charges répétitifs supérieurs à 15 kg, une station debout prolongée et permettant d'alterner les positions assise, debout et la marche.

Par décision du 23 novembre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 octobre 2017.

c) Le 22 décembre 2023, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations, invoquant des « maux aux deux genoux et dorsal » (sic).

Selon un rapport du 9 mars 2022 du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, reçu par l'OAI le 15 février 2024, des radiographies réalisées le 16 février 2022 ont mis en évidence une gonarthrose tri-compartmentale à prédominance fémoro-patellaire bilatérale avec une hauteur rotulienne dans la norme et signe de dysplasie de la trochlée.

Dans un rapport du 7 mai 2024, le Dr W. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a notamment posé le diagnostic de gonarthrose droite tricompartmentale, prédominante en fémoro-patellaire externe, avec méniscopathie dégénérative bilatérale. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans une activité de type poseur de sol. Il a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, les stations debout et assise prolongées, sans possibilité de changement de position, la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la pratique des escaliers de façon répétée et le travail en position à genoux ou accroupie, précisant qu'il n'avait pas tenu compte de la problématique des lombalgies chroniques, laquelle pouvait induire des limitations fonctionnelles supplémentaires, notamment en lien avec le port de charge. Il a indiqué que l'évolution de ces lésions dégénératives allaient vers une aggravation progressive et inéluctable, évolution qui pouvait être marquée par des poussées congestives.

Par projet de décision du 15 mai 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il ne comptait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif que l'examen du dossier ne montrait aucun changement quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé.

Le 20 juin 2024, l'assuré, représenté par Me Jean-Michel Duc, a transmis ses objections à l'encontre du projet de décision du 15 mai 2024 de l'OAI. En substance, il faisait valoir que le rapport du Dr W. _____ rendait plausible une modification de son état de santé. Il a précisé qu'il était encore dans l'attente de rapports médicaux et requérait un délai supplémentaire pour compléter ses objections.

Par pli du 21 juin 2024, l'OAI a accordé à l'assuré un délai au 15 août 2024 pour transmettre les rapports médicaux.

Par courrier du 8 août 2024, l'assuré, demeurant dans l'attente des éléments médicaux, a requis un délai supplémentaire d'un mois pour les produire.

Par décision du 12 août 2024, l'OAI a confirmé en tout point son projet de décision. Malgré l'octroi d'un délai raisonnable, l'assuré n'avait apporté aucun élément médical plaidant en faveur d'une modification notable de son état de santé.

B. Par acte du 10 septembre 2024, X._____, sous la plume de son mandataire, a déféré la décision du 12 août 2024 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme, en ce sens qu'il est entré en matière sur sa nouvelle demande de prestations du 22 décembre 2023, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. En substance, il reprochait à l'OAI d'avoir violé son droit d'entendu, le principe de l'égalité des armes et le droit à une double instance en statuant sans lui accorder une prolongation de délai pour compléter ses objections et pour fournir les rapports médicaux en attente, respectivement pour ne pas lui avoir laissé la possibilité de présenter ses moyens de preuve. Sur le fond, il faisait valoir que le rapport du 7 mai 2024 du Dr W._____ avait établi de façon plausible une modification de son état de santé. Il a requis la mise en œuvre d'une audience publique ainsi que le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 31 octobre 2024, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à l'assuré, comprenant l'exonération d'avances, l'exonération des frais judiciaires et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc, ainsi que l'exonération de toute franchise mensuelle, avec effet au 9 septembre 2024.

Dans sa réponse du 28 novembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Les limitations fonctionnelles décrites dans les rapports médicaux fournis à l'appui de la nouvelle demande du 22 décembre 2023 étaient identiques à celles qui existaient lors de la demande initiale. Il n'avait ainsi pas rendu plausible que l'exercice à temps plein d'une activité dans le domaine dans lequel il avait été reclassé était davantage entravé que lors de la décision du 8 juin 2007.

Par réplique du 3 février 2025, l'assuré a confirmé ses conclusions. Le diagnostic et les limitations fonctionnelles retenus par le Dr W. _____ n'étaient pas identiques à ceux qui existaient lors de la demande initiale, ce qui étayait la thèse d'une aggravation de son état de santé.

Par duplique du 28 février 2025, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours.

L'assuré s'est encore déterminé le 14 mars 2025.

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. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition

transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'espèce, la décision litigieuse, rendue le 12 août 2024, fait une suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 22 décembre 2023 par le recourant, si bien qu'il convient, s'il y a lieu, d'appliquer le nouveau droit en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022.

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 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).

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). Ainsi, lorsqu'une personne assurée dépose une nouvelle demande sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'elle

propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon elle être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'à défaut, elle n'entrera pas en matière sur sa demande. Un tel avertissement n'est nécessaire que si les moyens proposés sont pertinents, en d'autres termes s'ils sont de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

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. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles elle s'était référée dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

d) 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).

4. Dans un grief de nature formelle, le recourant reproche à l'OAI d'avoir statué sans lui accorder une prolongation de délai pour compléter ses objections et pour fournir les rapports médicaux en attente, respectivement pour ne pas lui avoir laissé la possibilité de présenter ses moyens de preuve. Il y voit une violation de son droit d'être entendu. Cela étant, on peut se demander, au regard des travaux préparatoire relatifs à l'art. 57a al. 3 LAI (cf. Message du Conseil fédéral du 2 mars 2018

concernant la modification de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (FF 2018 1597, 1636 et 1637), si l'office intimé s'est véritablement rendu coupable d'une telle violation, étant précisé qu'il a accordé à l'intéressé un délai au 15 août 2024 pour produire les rapports médicaux - le recourant ayant donc disposé de près de huit mois pour étayer sa nouvelle demande - et qu'il l'a par ailleurs informé qu'à défaut, il serait statué sur la base des éléments au dossier. Cette question peut quoi qu'il en soit demeurer ouverte en l'espèce, pour les motifs suivants.

5. a) Sur le fond, le litige a pour objet le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 22 décembre 2023 par le recourant, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible une modification significative de son état de santé qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force, eu égard aux pièces produites devant l'intimé.

b) L'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 22 décembre 2023. Il convient dès lors de se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision litigieuse, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision 8 juin 2007, dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 12 août 2024 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 8 juin 2007.

c) Le refus d'entrer en matière est en l'occurrence motivé par le fait que le recourant présente les mêmes limitations fonctionnelles que celles prévalant au moment de la décision du 8 juin 2007, entrée en force, si bien qu'il dispose toujours d'une capacité totale de travail dans une activité adaptée. Cela étant, le recourant fonde sa nouvelle demande sur les rapports du 9 mars 2022 du Dr C. _____ et du 7 mai 2024 du Dr W. _____, lesquels font état de troubles dégénératifs sous la forme d'une gonarthrose tri-compartmentale bilatérale à prédominance fémoro-

patellaire externe, avec méniscopathie dégénérative bilatérale. Compte tenu de la situation prévalant au moment de la décision du 8 juin 2007, laquelle constitue le dernier examen matériel du droit à la rente, une telle atteinte doit être considérée comme nouvelle, étant précisé à cet égard que dans son rapport du 22 novembre 2000 (consultation du 6 mars 1996), le Dr B._____, avait uniquement constaté la présence d'un discret effilement des épines tibiales du genou gauche et un émoussement des bords articulaires sans pincement des interlignes, ni sclérose de l'os sous-chondrale, ce qu'il qualifiait de « discrets troubles dégénératifs au genou gauche ». Quand bien même les atteintes dégénératives présentées par le recourant peuvent causer des symptômes similaires au syndrome rotulien, à savoir des gonalgies, il n'y a pas à en conclure que les limitations fonctionnelles soient identiques, ce d'autant plus que le Dr W._____ estime que ces atteintes allaient progressivement s'aggraver, n'excluant pas l'apparition de poussées congestives. D'ailleurs, ce dernier, outre la position à genoux ou la station longue debout, déjà évoquées dans le cadre de la première demande de prestations, évoque des limitations fonctionnelles supplémentaires, soit la station assise ou debout prolongé, sans possibilité de changer de position, la marche prolongée et/ou en terrain irrégulier ainsi que la pratique répétée des escaliers.

Ainsi, en présence d'une nouvelle atteinte objectivement constatée depuis la décision du 8 juin 2007, laquelle est irrémédiablement appelée à se péjorer et susceptible d'altérer la capacité de travail du recourant, c'est de manière contraire au droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 22 décembre 2023.

6. Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de débats publics du recourant.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision rendue le 12 août 2024 par l'office intimé annulée, la cause étant

renvoyée à cet office afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 22 décembre 2023 par le recourant.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'200 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 la mettre à la charge de l'office intimé. Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué au titre de l'assistance judiciaire, si bien qu'il peut être renoncé à fixer plus précisément le montant de l'indemnité d'office.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 12 août 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 22 décembre 2023 par X._____.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 X. _____ une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents 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 Jean-Michel Duc (pour X. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :