

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 octobre 2025

---

Composition : M. WIEDLER, président  
Mmes Durussel et Livet, juges  
Greffier : M. Reding

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, 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. 49 al. 3 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est sans formation. D'origine [...], il est arrivé en Suisse le [...].

Le 26 avril 2006, 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), expliquant avoir été atteint par une balle de pistolet dans la partie supérieure de la jambe gauche durant la guerre de [...], en 1998.

Par rapport du 18 mai 2006, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mis en évidence le diagnostic d'«*[a]nkylose du genou gauche et pied tombant gauche par paralysie complète du SPE [saphène poplitée externe], cal vicieux du fémur après fracture ouverte du fémur gauche par plaie par balles* » (depuis 1998).

Par rapport du 7 juillet 2006, la Dre O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a repris le diagnostic posé par le Dr W.\_\_\_\_\_, tout en soutenant que l'exercice d'une activité sédentaire était exigible de la part de son patient, pour autant que ce dernier puisse porter une chaussure spéciale.

Par décision du 30 janvier 2007, confirmant un projet de décision du 8 décembre 2006, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

De mai 2007 à décembre 2009, l'assuré a été employé par la société [...] SA en qualité d'ouvrier d'usine.

**B.** Le 23 décembre 2009, Y.\_\_\_\_\_ a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, alléguant que sa blessure par balle à la jambe lui causait des douleurs au dos et que malgré plusieurs opérations, il n'arrivait pas à plier son genou.

Par rapport du 3 février 2010, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré avait fait l'objet d'une ostéotomie avec pose d'un fixateur du fémur gauche en mars 2009, d'une arthrodèse sous-astragaliennne selon Lambrinudi du pied gauche en août 2009 et d'une tentative d'arthrolyse du genou gauche en novembre 2009. Il était en incapacité de travail depuis le début de la prise en charge chirurgicale, soit depuis mars 2009. La reprise d'une activité adaptée, soit une activité permettant l'alternance des positions assise et debout et ne requérant pas de porter des charges de plus de 15 kg ni de s'exposer aux intempéries et aux sols mouillés, était toutefois envisageable dans un délai d'un ou deux mois.

Dans un avis du 15 avril 2010, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que l'assuré était en mesure de travailler à 100 % dès le mois d'avril 2010, ce tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée proscrivant le port de charges de plus de 15 kg, les longues marches et les escaliers et permettant l'alternance des positions.

Par décision du 22 juin 2010, confirmant un projet de décision du 20 avril 2010, l'OAI a refusé d'allouer à l'assuré des prestations de l'assurance-invalidité.

Saisie sur recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dans un arrêt du 3 février 2011 (en la cause AI 291/10 - 51/2011), a annulé cette décision et renvoyé le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan orthopédique et examen du droit à d'éventuelles mesures d'ordre professionnel.

Reprenant l'instruction, l'OAI a recueilli un rapport établi le 16 mai 2011 par le Dr P.\_\_\_\_\_, lequel posait les diagnostics d'atteinte complète du sciatique à gauche avec cal vicieux du fémur gauche corrigé, d'ankylose sévère du genou gauche et d'arthrodèse du pied, avec une

cheville peu mobile, tout en précisant que l'assuré était théoriquement capable de travailler dans une activité sédentaire depuis le 31 août 2010.

Par projet de décision du 12 juillet 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité limité dans le temps pour la période du 1<sup>er</sup> juin au 30 novembre 2010.

Par rapport du 29 juillet 2011, le Dr P.\_\_\_\_\_ a fait savoir que le membre inférieur gauche de l'assuré restait douloureux chroniquement, avec un périmètre de marche limité à moins d'un kilomètre, une dépendance à des médicaments et une canne du côté droit. Il a maintenu ses conclusions relatives à la capacité de travail.

Par décision du 15 novembre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 12 juillet 2011.

Le 15 décembre 2011, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision. Il a produit, à cette occasion, un rapport du 13 octobre 2011 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel mentionnait les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec syndrome somatique, d'état de stress post-traumatique et d'exposition aux catastrophes, une guerre et d'autres hostilités, et un rapport du 14 décembre 2011 de la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, laquelle affirmait que l'état dépressif sévère était responsable d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis au moins un an.

Dans un arrêt du 6 décembre 2012 (en la cause AI 364/11 - 344/2012), la Cour de céans a rayé la cause du rôle par suite du retrait du recours, l'OAI ayant estimé qu'une instruction sur le plan psychiatrique devait être menée au vu des nouvelles pièces versées au dossier.

Par rapport du 7 mai 2013, la Dre J.\_\_\_\_\_ a noté le diagnostic notamment d'état de stress post-traumatique, exposition aux

catastrophes, à la guerre et d'autres hostilités. Selon elle, la capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier d'usine était nulle à compter du 25 août 2009. L'assuré était en revanche apte à travailler à un taux oscillant entre 50 % et 80 % dans une activité intellectuelle en position assise, avec possibilité de se lever régulièrement, à condition qu'une formation soit mise en place.

Par rapport du 31 août [recte : juillet] 2013, la Dre [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état du diagnostic notamment d'épisode dépressif moyen (CIM-10 [10<sup>e</sup> révision de la classification internationale des maladies] F32.1 ; depuis mai 2011), tout en attestant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier dès mars 2009 et de 100 % dans un cadre bureautique permettant d'alterner les positions assise et debout et de marcher.

Par rapport du 4 février 2014, cette même médecin a déclaré que l'état de son patient s'était stabilisé, plus aucun symptôme de dépression n'étant à relever. Celui-ci pouvait assumer un travail de bureau dès ce jour.

Dans un avis du 17 juin 2014, le SMR a considéré que l'état de santé de l'assuré sur le plan somatique était stable, avec une pleine capacité de travail à partir du mois d'août 2010 dans un emploi de bureau majoritairement assis. Au niveau psychique, la capacité de travail était également entière depuis le 4 février 2014.

Par décision du 24 octobre 2014, confirmant un projet de décision du 20 août 2014, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité limité dans le temps du 1<sup>er</sup> mai 2012 au 31 mai 2014.

Par rapport du 21 novembre 2014 portant sur une consultation du 22 octobre 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que son patient se plaignait principalement de lombosciatalgies et de douleurs du membre inférieur gauche.

**C.** Le 31 août 2017, Y. \_\_\_\_\_ a déposé, auprès de l'OAI, une troisième demande de prestations. Était joint à cette dernière notamment un rapport du 23 août 2017 de la Dre J. \_\_\_\_\_, laquelle exposait que, depuis la dernière demande, étaient apparues des douleurs de type névralgies sur la face latérale du pied gauche et au niveau lombaire gauche, irradiant dans la fesse, et une douleur au niveau de la hanche à la marche.

Par projet de décision du 23 octobre 2017, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il envisageait de refuser d'entrer en matière sur sa demande.

Par rapport du 13 décembre 2017, la Dre J. \_\_\_\_\_ a soutenu que « *[l]es lombosciatalgies gauches avec syndrome radiculaire L5-S1 déficitaire moteur et sensitif sur troubles dégénératifs de la colonne lombaire avec apparition d'un pied tombant avec crochetage à la marche et chutes à répétition* » n'étaient pas présentes lors de la première demande et évoluait depuis juin 2017.

Par rapport du même jour, le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a déclaré ne pas avoir constaté, lors de ses évaluations, une dégradation de l'état de santé de l'assuré, tout en spécifiant que ses observations étaient centrées sur le genou de ce dernier.

Par décision du 1<sup>er</sup> février 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 octobre 2017.

**D.** Le 25 mai 2020, Y. \_\_\_\_\_ a déposé une quatrième demande de prestations de l'assurances-invalidité auprès de l'OAI.

Par projet de décision du 11 août 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il ne comptait pas entrer en matière sur cette nouvelle demande.

Par rapport du 10 septembre 2020, la Dre J.\_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré n'était plus en mesure de marcher sans ses cannes depuis une récente opération du genou gauche. Il souffrait également désormais d'une coxarthrose douloureuse handicapante à gauche.

Le même jour, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité. Il a produit - entre autres pièces - une lettre de sortie rédigée le 10 mars 2020 par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel faisait état d'une arthroscopie du genou gauche réalisée en février 2020, et un rapport du 2 septembre 2020 de ce même médecin, lequel affirmait que son patient était incapable d'exercer une activité exigeant de tenir la station debout de manière prolongée, de porter des charges et de monter ou descendre une échelle.

Par décision du 5 novembre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 août 2020.

**E.** Le 9 novembre 2023, Y.\_\_\_\_\_, dorénavant représenté par Me Jean-Michel Duc, a déposé une cinquième demande de prestations auprès de l'OAI. A l'appui de cette dernière, il a versé au dossier :

- un rapport du 9 mai 2023 des Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et K.\_\_\_\_\_, médecin assistante, lesquels mettaient en évidence de graves séquelles au membre inférieur gauche suite au traumatisme et aux multiples opérations réalisées pouvant parler en faveur d'un syndrome douloureux régional complexe (CRPS) et des lombalgies d'origine multifactorielle dues à l'inégalité des membres inférieurs et à une discrète attitude scoliothique dextro-convexe avec bascule du bassin ;
- un rapport du 19 octobre 2023 de ces mêmes médecins, lesquels soulignaient les diagnostics de lombalgies gauches chroniques mécaniques et de douleur chronique du membre inférieur gauche, tout en relevant une forte baisse du moral en raison de l'état de santé ; et

- un rapport non daté de C.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, lequel certifiait une capacité de travail limitée à 40 % du fait des douleurs.

Par projet de décision du 11 janvier 2024, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande.

Le 15 février 2024, l'assuré a formulé des objections quant à ce projet de décision. Puis, le 11 juin suivant, il a produit un rapport d'électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) du 30 mai 2024 de la Dre A.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, concluant à une absence totale d'innervation du membre inférieur gauche par le tronc sciatique, ainsi qu'à une atteinte du muscle quadriceps à gauche et en amont et à une dégénérescence du tronc fémoral (probablement secondaire à un manque d'utilisation musculaire et à une atrophie), et un rapport du 31 mai 2024 de la Dre J.\_\_\_\_\_, laquelle posait le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (CRPS), tout en certifiant une incapacité de travail de 60 %.

Dans un avis du 20 juin 2024, le SMR a estimé qu'il n'existait pas d'éléments nouveaux pouvant modifier les limitations fonctionnelles déjà retenues dans les précédentes demandes. Il a en outre écarté le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (CRPS).

Par décision du 24 septembre 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 janvier 2024.

Par rapport du 4 octobre 2024, la Dre A.\_\_\_\_\_ a déclaré que l'assuré n'était plus apte à exercer une activité en position debout, ce à cause du manque de stabilité, ou assise en raison des douleurs.

**F.** Le 17 octobre 2024, Y.\_\_\_\_\_, sous la plume de son mandataire, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la demande du 9 novembre 2023, instruisse la cause et rende une nouvelle décision. Il a par ailleurs

requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, ainsi que la tenue d'une audience de débats publics.

Par décision du 6 janvier 2025, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à l'assuré, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc, avec effet au 17 octobre 2024.

Par réponse du 3 février 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Interpellé par le juge instructeur, l'assuré a renoncé, par courrier du 29 septembre 2025, à la tenue d'une audience de débats publics.

### **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)** Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 9 novembre 2023 par le recourant.

**b)** 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

Dans le cas présent, un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité prendrait naissance le 1<sup>er</sup> mai 2024 au plus tôt, soit six mois après le dépôt de sa nouvelle demande (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). Ce sont par conséquent les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022 qui trouvent application.

**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). 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).

**4. a)** En l'espèce, par décision du 24 septembre 2024, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 9 novembre 2023 par le recourant. Il incombe, dans ce contexte, à la Cour de céans d'examiner si les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de cette demande établissent, de manière plausible, une aggravation de son état de santé par rapport à la situation

qui prévalait au moment de la décision rendue par l'intimé le 24 octobre 2014, laquelle constitue la dernière décision entrée en force fondée sur un examen du droit aux prestations.

**b)** A ce titre, pour motiver sa décision du 24 octobre 2014, l'intimé a relevé que le recourant avait été victime, en 1998, d'une blessure au genou gauche lors de la guerre en [...]. Il avait subi plusieurs interventions chirurgicales en 2009, à savoir un allongement du fémur gauche, une arthrodèse sous astragaliennne gauche et une tentative d'arthrolyse du genou gauche. Il avait, depuis lors, gardé comme séquelle un raccourcissement du membre inférieur gauche, une ankylose du genou et un pied tombant. La situation s'était ensuite aggravée, avec l'apparition de lombalgies causées par la bascule du bassin. Le recourant était néanmoins capable de travailler dès le 31 août 2010 dans une activité adaptée permettant une alternance des positions et n'exigeant pas de porter des charges de plus de 15 kg, d'effectuer de longues marches et d'utiliser des escaliers. Du point de vue psychique, après les opérations de 2009, il avait présenté les diagnostics d'épisode dépressif sévère, puis moyen, d'état de stress post-traumatique et d'exposition aux catastrophes, une guerre et d'autres hostilités. La situation s'était néanmoins stabilisée en février 2014, plus aucune limitation fonctionnelle n'étant à observer sur ce plan.

**c)** Dans le cadre de sa demande de prestations du 9 novembre 2023, le recourant a produit les rapports des 9 mai et 19 octobre 2023 des Drs F.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, le rapport non daté de l'ergothérapeute C.\_\_\_\_\_, le rapport d'ENMG du 30 mai 2024 de la Dre A.\_\_\_\_\_ et le rapport du 31 mai 2024 de la Dre J.\_\_\_\_\_. Le 9 octobre 2024, à savoir postérieurement à la décision attaquée, la Dre A.\_\_\_\_\_ a en outre transmis à l'OAI un rapport établi par ses soins le 4 octobre 2024. Cette dernière pièce ne peut cependant pas être prise en compte pour déterminer si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé, dès lors que le juge est, dans cette perspective, tenu de se prononcer sur la situation qui prévalait au moment où l'intimé a statué (cf. *supra* consid. 3c).

**aa)** Cela étant, on ne saurait déduire des deux rapports précités des Drs F.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ une péjoration significative de la situation du recourant par rapport à celle qui prévalait en octobre 2014. Les diagnostics mentionnés de lombalgies gauches chroniques mécaniques (avec inégalité de longueur des membres inférieurs, attitude scoliotique dextro-convexe et déconditionnement physique) et de douleur chronique du membre inférieur gauche sont en effet des atteintes connues de très longue date. Le recourant se plaignait ainsi déjà de maux de dos dans son opposition du 10 mai 2010 au projet de décision du 20 avril 2010 de l'intimé, expliquant que, d'après le Dr P.\_\_\_\_\_, ces derniers étaient provoqués par la bascule de son bassin et du fait que sa jambe gauche était plus courte que la droite. La présence de lombosciatalgies a du reste été confirmée par le Dr L.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 21 novembre 2014 portant sur la consultation du 22 octobre 2014. Les douleurs chroniques du membre inférieur gauche existent, quant à elles, depuis le début de la prise en charge de l'assuré, comme cela ressort notamment du rapport du 29 juillet 2011 du Dr P.\_\_\_\_\_ et de l'appréciation du 7 juillet 2006 de la Dre O.\_\_\_\_\_. L'évolution a en outre été qualifiée de « *stagnante* » par les Drs F.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, avec une persistance des symptômes et des limitations fonctionnelles causées par lesdites douleurs. Ces médecins ne se sont, de surcroît, pas prononcés sur la capacité de travail du recourant, mais ont précisé qu'une réinsertion professionnelle était possible, ce qui laisserait entendre qu'une capacité de travail de 100 % était exigible dans une activité adaptée. Certes, une forte baisse de moral a été mise en évidence. Les conséquences concrètes de cette symptomatologie sur l'état de santé de l'assuré n'ont toutefois pas été spécifiées, de sorte qu'on ne peut présumer qu'elles sont incapacitantes. Au surplus, une aggravation de la mobilité du genou gauche du recourant ne peut être retenue sur la base de la simple constatation d'une raideur de cette articulation et d'une amplitude limitée à 10° en flexion passive, dès lors que les Drs F.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ n'ont pas mesuré cette amplitude en extension et hyperextension, contrairement aux Drs [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, dans un rapport du 22 décembre 2011 et L.\_\_\_\_\_ dans son appréciation du 21 novembre 2014.

Il en est de même de la raideur à la cheville observées par ces deux premiers médecins traitants, laquelle avait déjà été relevée par le Dr P.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 mai 2011 et dont les répercussions sur la capacité fonctionnelle de l'assuré ne sont nullement explicitées.

Au final, les seuls éléments nouveaux figurant dans les rapports des Drs F.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ sont la survenance d'un probable syndrome douloureux régional complexe (CRPS ; froid actuellement) et la description d'une coxarthrose gauche « *légèrement plus marquée* » au regard d'une radiographie réalisée en décembre 2022. Or, s'agissant de cette première atteinte - laquelle, pour rappel, constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (cf. TF 8C\_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.3.1) -, le recourant s'est toujours plaint de douleurs dans sa jambe gauche irradiant jusque dans le dos. Ces dernières ont alors été prises en compte en octobre 2014, au moment de fixer les limitations fonctionnelles et d'évaluer la capacité de travail du recourant. Dans ces circonstances et en l'absence d'indication précise sur les effets de cette pathologie, le seul fait de poser un nouveau diagnostic ne permet pas encore de retenir une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Il s'ensuit que les critiques du recourant relatives aux compétences et connaissances médicales du Dr [...], médecin praticien auprès du SMR, lequel a rejeté le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe dans son avis du 20 juin 2024, se révèlent dénuées de pertinence. Concernant enfin la coxarthrose gauche, les Drs F.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ne se sont pas déterminés sur le caractère invalidant de cette atteinte, laquelle n'apparaît d'ailleurs pas grave au vu de la formulation retenue (« *légèrement plus marquée* »).

**bb)** Tant le rapport du 31 mai 2024 de la Dre J.\_\_\_\_\_ que celui de l'ergothérapeute C.\_\_\_\_\_ ne démontrent pas non plus une détérioration de l'état de santé du recourant. Ainsi, le seul fait que le syndrome douloureux régional complexe (CRPS) restreindrait la conduite et la station debout à 20 minutes et le périmètre de marche entre 5 et 10 minutes ne remet pas en cause la conclusion selon laquelle l'assuré est à

même de travailler à 100 % dans une activité adaptée, en position principalement assise. Les troubles du sommeil constatés par le Dre J.\_\_\_\_\_ étaient, de surcroît, déjà présents auparavant, le Dr R.\_\_\_\_\_ ayant à ce titre signalé, dans son rapport du 13 octobre 2011, que son patient ne dormait que deux heures par nuit. Ni la médecin généraliste ni l'ergothérapeute n'ont par ailleurs fourni d'explications objectives permettant de comprendre les raisons pour lesquelles la capacité de travail du recourant serait dorénavant limitée à 40 %, le simple fait que ce dernier travaille actuellement à un petit pourcentage (maximum 50 %) comme chauffeur de taxi n'étant à ce titre pas suffisant pour rendre plausible une telle diminution.

**cc)** Quant à l'absence totale d'innervation du membre inférieur gauche par le tronc sciatique observée par la Dre A.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'ENMG du 30 mai 2024, il s'agit d'un élément connu depuis longtemps. En effet, dans un rapport du 8 septembre 2008, la Dre [...], spécialiste en neurologie, se référant aux résultats d'une précédente ENMG, mettait déjà en évidence une neuropathie axonale très sévère du tronc sciatique gauche localisée dans la cuisse, avec une abolition des réponses sensibles et motrices des terminales.

**dd)** Le recourant soutient encore ne plus être capable de monter ou de descendre une échelle. Il s'appuie à ce titre sur le rapport du 2 septembre 2020 du Dr S.\_\_\_\_\_. Or ce rapport a été versé au dossier lors de la quatrième demande de prestations de mai 2020, laquelle a fait l'objet de la décision - non contestée - de refus d'entrer en matière du 5 novembre 2020, aujourd'hui en force. Il ne peut donc être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. Quoi qu'il en soit, on ne saurait considérer cette restriction comme une nouvelle limitation fonctionnelle, dans la mesure où, en octobre 2014, l'intimé avait établi que l'assuré n'était pas à même de monter des escaliers, ce qui inclut *a fortiori* les échelles. Le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est, qui plus est, fondé sur une situation clinique similaire à celle qui prévalait lors de la décision de 2014. Le rapport précité n'a ainsi pas fait état de nouvelles atteintes qui justifieraient de retenir des limitations fonctionnelles supplémentaires.

**d)** Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation notable de son état de santé depuis la décision du 24 octobre 2014. C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 9 novembre 2023.

**5.** Il n'y a au demeurant pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, dès lors que, comme exposé ci-avant (cf. *supra* consid. 3b), le principe inquisitoire selon l'art. 43 al. 1 LPGA ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (cf. TF 8C\_284/2024 du 15 octobre 2024 consid. 6.2).

**6. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 24 septembre 2024 par l'intimé confirmée.

**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<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

**d)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Jean-Michel Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 1'889 fr. 85, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3<sup>bis</sup> RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), correspondant à 9h15 de travail, soit la durée annoncée dans sa liste des opérations produite le 29 septembre 2025.

**e)** La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 septembre 2024 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil d'Y.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 1'889 fr. 85. (mille huit cent quatre-vingt-neuf francs et quatre-vingt-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de la conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

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 Y. \_\_\_\_\_),
- 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 :