

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 avril 2025

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Glas et M. Bonjour, assesseurs  
Greffier : M. Varidel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

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)** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], chauffeur-livreur, a été victime le 5 octobre 1999 d'une chute dans des escaliers et a subi une entorse du genou gauche avec lésion des deux ménisques et du ligament croisé antérieur (LCA). Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou SUVA).

Le 30 janvier 2012, l'assuré est tombé sur le dos après avoir manqué une marche d'escalier alors qu'il livrait des objets lourds. Le 10 octobre 2012, il a reçu une barrière métallique sur le bas du dos qui a occasionné une contusion de la colonne lombaire. Puis, le 14 juin 2013, il s'est blessé à l'épaule gauche en tombant sur son côté gauche alors qu'il descendait les escaliers à son domicile.

Le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une arthroscopie de l'épaule gauche avec réparation du tendon supra-épineux le 6 novembre 2013.

Dans un rapport d'examen du 23 octobre 2013, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a confirmé que le *statu quo ante* pour le rachis lombaire avait été atteint six mois après l'événement du 10 octobre 2012.

**b)** Le 7 avril 2014, par l'entremise de la CNA, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le Dr N.\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen le 2 juillet 2014, au terme duquel il a conclu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux répétés au-dessus du niveau de l'horizontale,

pas de port de charges répété excédant 10 kg, pas de mouvement répétitif des membres supérieurs. Il a noté que l'assuré conservait subjectivement des douleurs au niveau de son épaule gauche, mais qu'objectivement, sa mobilité était comparable au côté opposé, avec un testing de la coiffe des rotateurs rassurant.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a pris connaissance des pièces médicales réunies par l'OAI et a rendu un rapport le 26 février 2015. Il a noté que les atteintes à la santé du ressort de l'assurance-invalidité étaient, principalement, des omalgies gauches (statut après réparation arthroscopique du tendon supra-épineux le 6 novembre 2013), ainsi qu'une gonarthrose gauche (statut après ménisectomie interne et ancienne lésion du LCA) et des lombalgies chroniques (discopathies étagées, spondylolyse de L5 avec spondylolisthésis L5/S1 de degré I). Le début de l'interruption totale de travail était le 10 octobre 2012. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail entière était exigible depuis mai 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 2-5 kg, mobilisation de l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale, position debout immobile prolongée, marche prolongée, accroupissements, franchissements d'escaliers/escabeaux, utilisation d'échelles/échafaudages.

Par décision du 1<sup>er</sup> avril 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était devenue exigible en mai 2014, sans que ne subsiste de préjudice économique.

Le recours déposé par l'assuré auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision a été déclaré irrecevable par arrêt du 26 octobre 2015 (AI 180/15 - 275/2015).

**B.** Le 17 octobre 2016, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a sollicité auprès

de la CNA une garantie de prise en charge pour la pose d'une prothèse du genou gauche, le patient présentant une gonarthrose tricompartmentale dans le cadre d'un genou instable sur lésion du ligament croisé antérieur chronique et résection méniscale partielle. Puis l'assuré a annoncé une chute survenue le 4 novembre 2016 sur son lieu de travail, en descendant d'un quai de chargement, causant des douleurs au genou gauche. La CNA a admis la prise en charge de l'opération et le versement d'indemnités journalières en tant que rechute de l'accident assuré du 5 octobre 1999. La pose d'une prothèse totale de genou gauche a eu lieu le 10 mai 2017.

L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 13 juin 2017, en indiquant, quant au genre de l'atteinte, que la pose d'une prothèse avait été « obligatoire » à la suite d'une forte chute au travail et de complications après une intervention chirurgicale au genou gauche, et qu'il souffrait en outre de troubles du sommeil. Il a précisé être en arrêt de travail depuis le 4 novembre 2016.

Dans un rapport du 11 décembre 2017, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics présents depuis 2008 de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), et trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.2). La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 25 janvier 2017, date du début du suivi psychothérapeutique.

Répondant le 16 avril 2018 à un questionnaire de l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient présentait quelques douleurs résiduelles en lien avec la prothèse totale de genou gauche, ainsi que des gonarthroses à droite et une tendinopathie non transfixiante du sus-épineux gauche. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 10 mai 2017, mais « probablement [d']au moins » 50 % dans une activité sédentaire.

Le 12 décembre 2018, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale, avec l'implantation d'une prothèse totale de

genou à droite (cf. rapport de sortie de l'Hôpital [...] du 17 décembre 2018).

Le Dr K.\_\_\_\_\_ a répondu le 30 janvier 2019 aux questions de l'OAI, en indiquant que l'état de santé de son patient s'était nettement péjoré sur le plan physique (nouvelle intervention au niveau du genou droit), ce qui avait entraîné une détérioration de l'état psychique avec une exacerbation anxieuse et dépressive. La capacité de travail était nulle dans toute activité, les limitations fonctionnelles étant la position debout ou assise, des difficultés à la marche, une importante anxiété et une baisse de l'humeur.

Dans un rapport du 17 septembre 2019, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé que son patient, qui avait des prothèses totales aux deux genoux, souffrait en outre des deux épaules avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs, ainsi que de lombalgies chroniques. Ces différentes pathologies n'étant pas compatibles avec son métier habituel, il fallait opter pour une reconversion ou une rente.

L'assuré a séjourné à la Clinique T.\_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique T.\_\_\_\_\_) du 20 novembre au 17 décembre 2019, à la suggestion du médecin d'arrondissement de la CNA. Dans le rapport final établi le 6 janvier 2020, les médecins de la Clinique T.\_\_\_\_\_ ont constaté que la situation était stabilisée du point de vue médical. Ils ont retenu les diagnostics, sur le plan orthopédique, de tendinopathie du long chef du biceps et de bursite sous-acromiale, tandis que le psychiatre ne retenait aucun diagnostic. La poursuite de la physiothérapie n'était pas proposée, au vu du manque de résultat. Il n'y avait aucune proposition chirurgicale. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de chauffeur-livreur était défavorable. Il était en revanche favorable pour une réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, avec une pleine capacité attendue, sous réserve de facteurs non-médicaux susceptibles de ralentir le processus de réinsertion (facteurs contextuels, notamment une légère kinésiophobie, un catastrophisme élevé, une

perception du handicap fonctionnel majeur associé à une focalisation sur la douleur et de nombreuses autolimitations). Les limitations fonctionnelles définitives retenues pour les deux genoux étaient le port de charges répétitif supérieur à 15-20 kg, la marche prolongée surtout en terrain irrégulier, les positions accroupies et à genoux répétitives et l'utilisation répétée d'escaliers et/ou d'échelles.

Le 23 janvier 2020, la Dre H.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen final de l'assuré. Constatant que la situation était stabilisée sur le plan médical, elle a conclu à une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Cependant, compte tenu des plaintes émises par l'assuré à cette occasion à propos de son épaule gauche, la Dre H.\_\_\_\_\_ s'est fait remettre l'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche passée par l'assuré le 23 janvier 2020 ainsi que le rapport de consultation du Dr R.\_\_\_\_\_ du 24 janvier 2020. Il en ressort que le patient présentait des douleurs récidivantes à l'épaule gauche dans le contexte de marche avec des cannes anglaises après la pose des prothèses de genou. Il s'agissait d'une décompensation de type inflammatoire de l'épaule gauche pour laquelle le Dr R.\_\_\_\_\_ privilégiait un traitement conservateur (physiothérapie). Dans un avis du 3 février 2020, la Dre H.\_\_\_\_\_ a admis la nécessité de poursuivre le traitement et l'absence de stabilisation du cas. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a indiqué ensuite, dans un rapport du 16 mars 2020, que l'évolution était favorable sous physiothérapie. Réinterrogée par la CNA, la Dre H.\_\_\_\_\_ a conclu le 21 avril 2020 que la situation médicale des troubles actuels, en relation de causalité probable avec l'événement du 14 juin 2013, était stabilisée et superposable à celle qui prévalait lors de l'examen du médecin d'arrondissement du 2 juillet 2014 dont les conclusions restaient valables.

Le Dr K.\_\_\_\_\_ a répondu le 2 juillet 2020 à de nouvelles questions de l'OAI. Posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.2), ce

médecin a mentionné les limitations fonctionnelles d'ordre psychique suivantes : importante fatigabilité, tristesse, anxiété et anhédonie. L'évolution était stationnaire et la capacité de travail nulle compte tenu de « toute la symptomatologie physique et psychique ».

Consulté pour avis, le SMR a émis l'appréciation suivante le 8 septembre 2020 :

« **Discussion :**

Au final, sur le plan orthopédique, l'état de santé s'est aggravé depuis la première demande, notamment avec l'apparition de limitations fonctionnelles des deux genoux [status post] mise en place de [prothèses totales de genou] des deux côtés (nouvelles atteintes). En ce qui concerne l'épaule [gauche], la situation paraît stationnaire. Sur le plan orthopédique, il y a des nouvelles [limitations fonctionnelles] à prendre en compte mais la [capacité de travail résiduelle] dans une activité adaptée reste de 100 %, selon les conclusions de la SUVA.

Par ailleurs, l'assuré présente des lombalgies sur troubles dégénératifs avancés du rachis lombaire sans rapport avec les accidents pris en charge par la SUVA. Nous sommes d'avis que les répercussions de troubles du rachis sont incomplètement investiguées par les médecins de la SUVA. Sur le plan psychiatrique, le dossier de la SUVA ne permet pas non plus de se prononcer (pas de rapport psychiatrique) alors que le psychiatre traitant atteste une [capacité de travail] nulle dans toute activité pour un syndrome dépressif sévère. Enfin nous avons souligné la mention d'incohérence relevées par les médecins de la Clinique T.\_\_\_\_\_ et le [médecin d'arrondissement] de la SUVA. Dans ce contexte, nous ne sommes pas en mesure de statuer et proposons de préciser les atteintes du ressort de l'AI et la [capacité de travail] résiduelle tenant compte de l'ensemble des [limitations fonctionnelles] orthopédiques et du rachis au moyen d'une

**Expertise ou un examen SMR bidisciplinaire rhumato-psychiatrique ».**

Le 17 septembre 2020, la CNA a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision du 16 juin 2020 par laquelle elle a refusé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que la comparaison des revenus ne laissait apparaître aucune perte de salaire, et octroyant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35 % pour les suites de l'accident de 1999.

L'assuré a été examiné au SMR les 15 et 25 février 2021 par les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie, avec la supervision du Dr L.\_\_\_\_\_, également spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport bidisciplinaire, déposé en mars 2021, retient principalement les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de gonalgies mécaniques bilatérales dans un status post pose de prothèses totales de genou pour une gonarthrose (M17.2), associées à des lombopygalgies droites dans un contexte de spondylolisthesis de grade I et de protrusion circonférentielle en L5-S1, ainsi qu'à une tendinopathie chronique du supraépineux gauche. Les spécialistes ont par ailleurs retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'antécédent personnel d'intervention chirurgicale au niveau de l'épaule droite il y a 20 ans, de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4). L'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 4 novembre 2016 en raison de la gonarthrose tricompartmentale gauche, mais une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100 % depuis le 18 décembre 2019, date de sortie de la Clinique T.\_\_\_\_\_. Les atteintes psychiatriques avaient par ailleurs entraîné une incapacité de travail totale du 25 janvier au 26 septembre 2017. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit :

« Limitations fonctionnelles

Sur le plan rhumatologique, les [limitations fonctionnelles] sont les suivantes :

Genoux : pas de travail accroupi ou à genou, pas de montée/descente répétée d'escaliers, pas de travail en hauteur ou sur un plan instable. Pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre. Pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes. Pas de position debout statique au-delà de 20 minutes.

Epaule [gauche] : pas de travail prolongé avec le bras au-dessus de l'horizontale, pas de soulèvement de charges avec le [membre supérieur droit] au-delà de 3 kg.

Rachis : pas de mouvement répété de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, changement de position identique à celui décrit pour le rachis lombaire.

Globalement, pas de port de charges répété au-dessus de 10 kg.

Nous sommes plus restrictifs au niveau des [limitations fonctionnelles] que celles retenues par la Dresse H.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement dans son examen final du 23.01.2020. Le

port de charge annoncé jusqu'à 15 kg nous paraît trop important au vu des atteintes à la santé ostéoarticulaires multiples que présente l'assuré.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacité, il n'y a pas de [limitation fonctionnelle]. »

Le 29 mars 2021, l'OAI a établi un calcul du salaire exigible pour l'année 2019, fondé sur le salaire que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, au taux d'activité de 100 % tant pour le revenu avec que sans invalidité. Pour le revenu avec invalidité, un abattement supplémentaire de 5 % a été admis pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Il était relevé que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères.

Le même jour, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 31 mars 2020. Tenant compte d'une capacité de travail nulle dans toute activité au moment du dépôt de la demande de prestations en novembre 2016 et de la récupération d'une capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès décembre 2019, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité à cette date était de 5 %, taux qui n'ouvrait pas le droit à une rente. Dans une communication séparée, l'OAI a octroyé une aide au placement.

Par courrier du 11 mai 2021 de son conseil, Me Jean-Michel Duc, l'assuré a déclaré contester entièrement le projet de décision en raison de son état de santé invalidant et a sollicité un délai de deux mois pour pouvoir produire des rapports médicaux complémentaires dont il était en attente. Un délai au 30 juin 2021 lui a été octroyé par l'OAI (cf. communication du 12 mai 2021), délai prolongé au 3 août 2021 au plus tard (cf. communication du 1<sup>er</sup> juillet 2021) sur requête présentée le 30 juin 2021 par Me Duc. Tout en sollicitant un délai exceptionnel au 3 septembre 2021 pour pouvoir produire d'éventuels nouvelles pièces médicales dont il était toujours en attente, l'assuré a complété ses

objections par courrier du 3 août 2021 en s'appuyant sur un rapport établi le 27 juillet 2021 par le Dr R.\_\_\_\_\_. Dans ledit rapport, le spécialiste indiquait que l'atteinte à l'épaule gauche ne permettait pas une activité avec effort supérieur à 5 kg, avec mobilisation répétitive du membre supérieur ou avec mobilisation de l'épaule au-dessus du buste. Le médecin concluait que, du point de vue de l'atteinte à l'épaule gauche, la capacité de travail théorique était de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, mais qu'il y avait une perte de rendement de 50 % en raison des douleurs pouvant se manifester même au repos par période.

Dans un courrier du 3 août 2021, l'OAI a accusé réception du courrier de l'assuré daté du même jour et a rejeté la requête de prolongation du délai, ajoutant que le dossier serait soumis au SMR. Sollicité pour avis, le SMR a exposé le 9 août 2021 que l'atteinte de l'épaule gauche était de faible gravité, en arrière-plan par rapport à l'atteinte des genoux, et ne permettait pas de justifier une diminution de rendement dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles retenues à la suite de l'examen au SMR, lesquelles étaient plus restrictives que celles proposées par le Dr R.\_\_\_\_\_. Ainsi, ce médecin n'avait pas apporté d'argument objectif permettant de modifier l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_, le seul élément avancé pour justifier une baisse de rendement étant les douleurs, élément purement subjectif.

Par courrier du 12 août 2021, l'OAI a transmis à l'assuré l'avis du SMR précité et l'a informé que son objection n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de son projet de décision.

Le 11 janvier 2022, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rendu une décision octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 31 mars 2020, ainsi qu'une rente pour enfant liée, et a établi un décompte.

**C.** Par acte du 17 février 2022, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, P.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la

Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité et une rente pour enfant liée était versée postérieurement au 31 mars 2020, d'un montant supérieur à celui déterminé dans la décision et sans versement en faveur de la CNA, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise médicale. Il a par ailleurs conclu au versement d'un montant de 250 fr. pour le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 27 juillet 2021. A l'appui de son écriture, le recourant a produit notamment les pièces suivantes :

- Un rapport établi le 23 août 2021 par le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin praticien, confirmant les limitations fonctionnelles retenues par le SMR mais estimant que la capacité de travail de son patient serait « au maximum de 20 à 25 % avec un rendement de 50 % environ ». Le pronostic était par ailleurs défavorable, tant au niveau somatique (déconditionnement) que psychologique (inactivité prolongée et autres facteurs sociaux).
- Un rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 31 août 2021. Prenant position sur l'examen clinique psychiatrique de mars 2021, il a fait part de ses propres observations et diagnostics, considérant en particulier que l'épisode dépressif était actuellement sévère avec symptômes psychotiques, et a conclu à une capacité de travail nulle au motif que l'état psychique de son patient entraînait d'importantes limitations fonctionnelles (anxiété importante, baisse de l'humeur, parfois fluctuations de l'humeur, difficultés interpersonnelles, irritabilité, agressivité, importantes difficultés dans la gestion des émotions).

Dans sa réponse du 7 avril 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours.

Répliquant le 25 avril 2022, le recourant a maintenu que l'intimé ne fournissait aucune indication quant à une éventuelle amélioration de son état de santé ou de sa capacité de travail.

**D.** Entretiens, la CNA a rendu une décision le 3 janvier 2022, confirmée sur opposition le 8 septembre 2022, réclamant à l'assuré le remboursement d'un montant de 57'880 fr. 40, constitué de prestations

versées en trop compte tenu de son droit à une rente de l'assurance-invalidité, à compenser avec les arrérages de celle-ci. L'assuré a contesté cette décision et l'affaire a fait l'objet d'une procédure de recours séparée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, sous la référence AA 117/22. La Cour des assurances sociales a rejeté le recours de l'assuré (cf. arrêt du 19 juillet 2023 dans la cause AA 117/22 - 85/2023).

**E.** Par arrêt du 19 juillet 2023, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours du 17 février 2022 à l'encontre de la décision de l'OAI du 11 janvier 2022, qu'elle a confirmée, en retenant en particulier ce qui suit (consid. 7) :

« **7.** Le recourant conteste avoir récupéré une capacité de travail dans une activité adaptée en décembre 2019.

**a)** En l'occurrence, il faut constater d'emblée que l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations, qu'il a procédé à l'instruction du cas et qu'il a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 31 mars 2020, en retenant une amélioration de l'état de santé au 18 décembre 2019. Il est par ailleurs admis que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur depuis le 4 novembre 2016. Le recourant plaide pour l'essentiel que l'amélioration de son état de santé à fin décembre 2019 retenue par l'intimé n'est pas suffisamment établie, l'examen clinique réalisé au SMR ne constituant pas une expertise médicale.

A l'ATF 135 V 465, que cite le recourant, le Tribunal fédéral a clairement indiqué (Regeste a) que, « même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (consid. 4) ». Or de tels doutes n'existent pas dans le cas d'espèce. En effet, les deux médecins du SMR peuvent justifier d'une spécialisation FMH utile au mandat attribué. Pour établir leur rapport bidisciplinaire de mars 2021, ils ont pris en compte tous les éléments médicaux figurant au dossier de l'intimé, qu'ils ont résumés en début de rapport en ciblant chacun sa propre spécialité. Ils ont également établi une anamnèse comportant des éléments communs (« anamnèse familiale », « anamnèse scolaire et professionnelle », « contexte psychosocial »), qu'ils ont ensuite complétée avec les éléments propres à leurs spécialités respectives (« antécédents personnels somatiques » « anamnèse psychosociale », « anamnèse psychiatrique »). Ils ont pris note des plaintes du recourant (« plaintes ostéoarticulaires », « plaintes psychiatriques ») et ont restitué les résultats de leur examen complet de l'assuré en lien avec leurs spécialités (« status »), avant de poser leurs diagnostics, de donner leur appréciation du cas et de répondre aux questions de l'intimé. Leurs conclusions étant en outre claires et étayées, il faut admettre que le rapport du SMR répond en tous points aux réquisits de la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante.

Le recourant critique également le rapport d'examen du SMR en invoquant plus particulièrement la durée de l'examen psychiatrique. La durée de l'examen n'est toutefois pas en soi un critère pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical. La jurisprudence a rappelé à de nombreuses reprises qu'un tel argument ne saurait remettre seul en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (cf. TF 9C\_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 et les arrêts cités ; 9C\_660/2021 du 30 novembre 2022 consid. 5.3.4), quand bien même la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie préconisait de procéder à l'examen psychiatrique lors de plusieurs séances (cf. 9C\_685/2020 du 28 septembre 2021 consid 4.3 ; 8C\_55/2018 du 30 mai 2018 consid. 6.4.1). En l'occurrence, le Dr F. \_\_\_\_\_ a interrogé le recourant pendant 1h45 (de 8h40 à 10h25), en suivant une structure englobant l'ensemble de sa situation psychosociale, sa vie quotidienne, ainsi que ses antécédents psychiatriques, dont il a tiré diverses observations. Cette durée n'inclut pas le temps d'étude du dossier, ni la rédaction du rapport. Pour sa part, le psychiatre traitant n'a pas émis de critiques quant au déroulement de cet examen et le recourant n'explique pas en quoi d'autres séances ou tests auraient été nécessaires. La durée de l'examen ne permet ainsi pas de remettre en doute le bienfondé des conclusions du Dr F. \_\_\_\_\_.

Le recourant a par ailleurs soulevé des inexactitudes qui émailleraient le rapport d'examen du SMR, à savoir l'absence de précision sur les motifs qui auraient amené certains membres de la fratrie du recourant à consulter un psychiatre, la mention de la date du 4 novembre 2016 sans préciser qu'il y a eu un événement accidentel, la mention erronée du dernier employeur et des rapports d'imagerie manquants. Ces éléments ne paraissent pas non plus de nature à ébranler la valeur probante des conclusions des deux spécialistes du SMR. S'agissant des imageries, le dossier radiologique dont ils ont disposé est décrit en pp. 13 et 14 du rapport. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a certes relevé l'absence d'imagerie postopératoire de la pose de la prothèse au genou droit et a précisé dans son appréciation que, pour l'IRM de l'épaule gauche de janvier 2020, il avait seulement eu les images et le rapport de consultation du Dr R. \_\_\_\_\_, mais non le compte-rendu du radiologue. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a cependant procédé à un examen du recourant et a pu analyser lui-même l'IRM de janvier 2020 et la mettre en relation avec les constatations du Dr R. \_\_\_\_\_. Le spécialiste du SMR a ainsi pu déterminer qu'il n'était pas nécessaire d'obtenir d'autres éléments d'imagerie pour se forger une opinion sur l'état de santé du recourant. Quant aux autres points signalés par ce dernier, ils concernent des détails qui ne paraissent pas susceptible d'avoir un impact sur le résultat de l'examen, étant encore relevé que l'on ne voit pas comment le Dr F. \_\_\_\_\_ aurait pu connaître les motifs des consultations de la fratrie du recourant si celui-ci l'ignore. Enfin, l'anamnèse mentionne la survenance de l'accident du 4 novembre 2016, puisqu'il est noté que l'interruption de travail a débuté à cette date et qu'il est relaté, après la description de l'activité professionnelle, que le recourant a glissé et a alors subi une aggravation de ses problèmes au niveau du genou gauche (p. 6 du rapport d'examen). Il est également écrit dans les « antécédents personnels somatiques », que la gonarthrose gauche est post-traumatique (p. 7 du rapport d'examen). Cela étant, dans la mesure où le recourant n'expose pas en quoi les inexactitudes qu'il mentionne auraient amené les deux médecins à prendre des conclusions erronées sur le plan médical, ces récriminations doivent être écartées.

**b)** Sur le plan somatique, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a déterminé les limitations fonctionnelles induites par l'état de santé ostéoarticulaire du recourant et exposé les raisons qui l'ont amené à reconnaître une pleine capacité de travail dans une

activité adaptée à ces limitations fonctionnelles. Il s'est appuyé en particulier sur ses constatations en cours d'examen, sur le dossier d'imagerie, ainsi que sur les explications données par le recourant sur le déroulement de ses journées-type et de ses loisirs. Il a relevé que l'atteinte à l'épaule gauche était « nettement moins importante » que celles des genoux, en l'absence de tendinite florde, de signe de rupture de la coiffe des rotateurs ou de conflits sous-acromial. Il en allait de même de l'atteinte lombaire, qui était stable.

Les douleurs lombaires et à l'épaule gauche ont fait l'objet de la première demande de prestations du recourant, laquelle a été rejetée dès lors qu'une capacité de travail complète était exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans le cadre de la seconde demande de prestations, objet du présent de recours, aucune pièce médicale suggérant une aggravation de la situation au niveau du rachis lombaire n'a été versée au dossier.

S'agissant de l'épaule gauche, la Dre H. \_\_\_\_\_ a mentionné dans son rapport d'examen final du 23 janvier 2020, que le recourant se plaignait d'une recrudescence de douleurs de l'épaule gauche, motivant une nouvelle consultation auprès du Dr R. \_\_\_\_\_ et la passation d'une IRM le même jour. Les rapports de consultation du Dr R. \_\_\_\_\_ de janvier et mars 2020 ont fait état d'une décompensation en lien avec l'utilisation de cannes anglaises, dont l'évolution a été favorable sous physiothérapie. La Dre H. \_\_\_\_\_ a ainsi constaté la stabilisation médicale en avril 2020, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail en relation avec les nouvelles plaintes du recourant. De son côté, le Dr R. \_\_\_\_\_ a évalué la capacité de travail uniquement en regard de l'activité professionnelle habituelle, en précisant que son patient n'était « plus apte à effectuer une activité professionnelle avec efforts ou mobilisation répétitive de l'épaule » (cf. rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 16 mars 2020). Pour élaborer son évaluation en mars 2021, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a eu connaissance des investigations médicales effectuées entre janvier et avril 2020 sur l'épaule gauche du recourant, ainsi que des avis de la Dre H. \_\_\_\_\_. Il a comparé l'IRM passée en janvier 2020 ainsi que les constatations faites par le Dr R. \_\_\_\_\_ en janvier et mars 2020 avec celles des médecins de la Clinique T. \_\_\_\_\_, où le recourant a passé un ultrason de l'épaule gauche le 29 novembre 2018. Sur cette base, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a confirmé l'absence de changement par rapport à la situation qui prévalait en avril 2015, en ce sens que l'atteinte à l'épaule gauche entraîne des limitations fonctionnelles et que l'augmentation des douleurs ressenties par le recourant en début d'année 2020 n'a pas induit de limitations fonctionnelles supplémentaires ni eu d'impact sur la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déterminées en 2015. Le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 27 juillet 2021, où il n'est pas fait mention de la date de la dernière consultation, n'apporte aucun élément médical objectif susceptible d'expliquer la perte de rendement dont il est fait état, alors qu'une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est admise. Ce dernier rapport ne permet ainsi pas de s'écarter de l'avis du Dr Q. \_\_\_\_\_, comme exposé dans l'avis SMR du 3 août 2021. On précisera encore que, bien que la notion d'invalidité soit en principe identique en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents, il n'en demeure pas moins que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549), tout comme l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Par ailleurs, le début du droit à la rente est réglé très différemment en matière d'assurance-accidents qu'en matière d'assurance-invalidité. La première fait naître ce droit au moment où l'atteinte accidentelle peut être considérée comme stabilisée parce qu'il n'y a plus lieu d'attendre d'amélioration sensible de la poursuite des soins (art. 19 al. 1 LAA) alors que, pour la seconde, le droit à la rente peut naître dès qu'une incapacité

de travail d'au moins 40 % en moyenne a duré une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 LAI), mais au plus tôt à l'échéance d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI). La notion de stabilisation de l'état de santé est donc une notion propre à l'assurance-accidents, qui sert à déterminer la date à laquelle la prise en charge des frais médicaux et le versement des indemnités journalières va prendre fin, pour céder la place à une éventuelle rente d'invalidité tandis que la poursuite des soins relèvera de l'assurance-maladie. Par conséquent, même lorsque la stabilisation de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'a pas encore été atteinte, il peut exister une capacité de travail résiduelle, que la poursuite des traitements visera à améliorer encore. Il n'y a ainsi pas d'incohérence dans le fait que l'assurance-invalidité examine le droit à la rente et retienne une capacité de travail résiduelle à une date antérieure à l'assurance-accidents.

Sur la problématique des genoux, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a confronté ses constatations avec celles des médecins traitants et des médecins de la Clinique T. \_\_\_\_\_. Il s'est appuyé sur les constatations faites au cours du séjour dans cet établissement pour déterminer que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à sa sortie. À l'instar des médecins de la Clinique T. \_\_\_\_\_, il a relevé que le pronostic pour une reprise d'activité professionnelle était bon sur le plan rhumatologique, mais réservé en lien avec le ressenti du recourant par rapport à ses capacités.

En définitive, contrairement à ce qu'affirme le recourant, il faut constater que le Dr Q. \_\_\_\_\_ ne s'est pas contenté de reprendre les conclusions des médecins de la Clinique T. \_\_\_\_\_ pour déterminer l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée à fin décembre 2018. Il a procédé à une analyse de l'ensemble des pièces médicales à sa disposition et déterminé qu'une capacité de travail dans l'activité adaptée existait au plus tard à la fin du séjour à la Clinique T. \_\_\_\_\_ sur la base des constatations objectives faites par les médecins de cet établissement et qui portaient sur l'ensemble des problématiques ostéoarticulaires présentées par le recourant (épaule gauche, colonne lombaire, genoux gauche et droit). Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs déterminé des limitations fonctionnelles plus importantes que la Dre H. \_\_\_\_\_, en rappelant que celle-ci n'avait pas tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé ostéoarticulaire présentées par le recourant.

Le rapport du Dr O. \_\_\_\_\_ du 23 août 2021, produit en procédure de recours, ne suffit pas à remettre en cause les conclusions des médecins du SMR de mars 2021, faute d'être motivé par des constatations objectives. A ce propos, le SMR a relevé à juste titre dans son avis du 28 mars 2022 que le Dr O. \_\_\_\_\_ semblait prendre en compte des facteurs psychosociaux, non relevant pour l'évaluation de l'invalidité, ainsi qu'un déconditionnement « connu et plausible » au vu de la durée de l'incapacité de travail. Cet élément n'expliquait toutefois pas le fait que le recourant n'ait pas repris d'activité depuis son séjour à la Clinique T. \_\_\_\_\_, ni collaboré à la réadaptation proposée par l'Al, de sorte que des facteurs non-médicaux étaient « clairement en jeu [...] chez un assuré qui sous-estime ses capacités ».

**c)** Sur le plan psychiatrique, le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR a expliqué que l'état psychique présenté par le recourant en décembre 2017 répondait au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, tel que posé par le psychiatre traitant, mais que ce diagnostic ne pouvait pas être maintenu au moment de l'examen. En se fondant tant sur les rapports établis en temps réel par le Dr K. \_\_\_\_\_ que sur les déclarations faites par le recourant, en particulier la description de sa journée-type, le Dr F. \_\_\_\_\_ a constaté que les critères majeurs du diagnostic d'épisode dépressif caractérisé

n'étaient plus présents, de sorte qu'il fallait constater une rémission qui laissait place à une symptomatologie résiduelle répondant au diagnostic non incapacitant de trouble anxieux et dépressif mixte. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a également précisé pour quels motifs le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive ne pouvait pas être retenu, de même que le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Il a par ailleurs indiqué sur la base de quels éléments il pouvait déterminer le moment où la rémission de l'épisode dépressif était atteinte. Il a ainsi relevé que le suivi psychothérapeutique s'était espacé après 6 à 8 mois et que le traitement médicamenteux n'avait pas été modifié depuis le début du traitement, ce qui était « concordant avec le constat d'une réponse clinique favorable ».

Ces considérations sont convaincantes et ne sont pas sérieusement remises en doute par le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 31 août 2021. Bien qu'il y fasse état désormais de symptômes psychotiques, le status paraît largement superposable aux constatations du Dr F. \_\_\_\_\_. L'avis SMR du 28 mars 2022 confirme que le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas apporté d'élément de gravité ou de des critères diagnostics en faveur d'une atteinte invalidante, en relevant que la description des symptômes psychotiques - seul élément nouveau apporté par le psychiatre traitant et qui doivent faire admettre une atteinte sévère - correspondent en réalité à des phénomènes non pathologiques en lien avec le sommeil. Il est en particulier relevé qu'il est fait état de voix apparaissant uniquement la nuit et dont le contenu n'a pas été investigué, et non de phénomènes hallucinatoires à thématique délirante qui se manifesteraient également le jour.

**d)** Il faut par conséquent constater que le rapport d'examen du SMR de mars 2021 jouit d'une pleine valeur probante et que les pièces médicales produites ultérieurement par le recourant n'apportent aucun élément d'ordre médical qui n'aurait pas été pris en compte par les spécialistes du SMR, ni argumentation médicale susceptible d'amener le doute sur la pertinence de leurs conclusions. C'est dès lors à juste titre que l'intimé en a suivi les conclusions pour déterminer la capacité de travail du recourant, sans plus ample instruction. »

L'assuré a déposé un recours contre l'arrêt de la Cour des assurances sociales auprès du Tribunal fédéral, lequel a été déclaré irrecevable car tardif (TF 8C\_602/2023 du 6 octobre 2023).

**F.** Le 22 mai 2024, le Dr O. \_\_\_\_\_, qui précisait suivre l'assuré depuis novembre 2023, a adressé à l'OAI un rapport, dans lequel il a posé les diagnostics de discopathie L3-S1, de gonalgies post PTG [prothèse totale du genou] gauche (2018) et de status post PTG droite, d'omalgies gauches sur lésion du sus-épineux gauche existant depuis 2012 et de trouble de l'humeur non spécifié. Il a précisé que le patient devrait être vu par le Dr S. \_\_\_\_\_ pour ses douleurs au niveau des pieds, ainsi que par le Dr R. \_\_\_\_\_ pour ses omalgies en augmentation. Il a retenu au titre de limitations fonctionnelles le port de charge de plus de 5 kg, le travail à genoux ou accroupi, ainsi que la station debout ou assise prolongée. Il a

joint un rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 21 mars 2024 annonçant une prise en charge séquentielle en commençant par le genou gauche.

Le 29 mai 2024, l'OAI s'est adressé à Me Duc pour lui faire savoir que si l'assuré entendait faire réexaminer son droit à des mesures professionnelles et à une rente, il devait déposer une nouvelle demande au moyen du formulaire officiel, et rendre plausible une modification de son état de santé. Ce courrier a été transféré à l'assuré le 29 mai 2024.

Le 28 juin 2024, le Dr O. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un nouveau rapport, daté du 27 juin 2024, dans lequel il a relevé que son patient présentait des gonalgies bilatérales qui se manifestaient par des douleurs significatives, qui avaient entraîné une diminution importante de son périmètre de marche (qui était passé de 20 minutes à 10 minutes). Les omalgies étaient en outre en augmentation depuis 2022 et les douleurs y relatives affectaient sa capacité à effectuer des mouvements quotidiens et porter des charges. Le Dr O. \_\_\_\_\_ a ainsi retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail dans le domaine de la construction ou tout autre emploi nécessitant un effort physique important. Pour le Dr O. \_\_\_\_\_, ces limitations empêchaient l'assuré d'exercer une quelconque activité professionnelle à ce jour. Le Dr O. \_\_\_\_\_ a joint le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 21 mars 2024, ainsi qu'un rapport du 27 juin 2024 du Dr R. \_\_\_\_\_ posant le diagnostic de décompensation d'une tendinopathie du supra-épineux gauche avec status post réparation arthroscopique du tendon supra-épineux gauche en 2013. L'assuré l'avait consulté pour faire un point de situation, annonçant qu'une IRM des épaules serait organisée et qu'il reverrait le patient en août [2024] pour planifier la suite de la thérapie.

Le 11 juillet 2024, l'OAI a à nouveau rendu l'assuré attentif au fait qu'il n'avait pas reçu le formulaire officiel.

L'assuré a déposé une demande formelle de prestations le 17 juillet 2024, en indiquant être suivi par le Dr O. \_\_\_\_\_ depuis 2014 et

par le psychologue W.\_\_\_\_\_ depuis 2024. Quant au genre de l'atteinte, il a indiqué « physique et psychique », dite atteinte existant depuis 2014.

Le dossier de l'assuré a été soumis le 27 août 2024 à la permanence SMR. Cette dernière a relevé être en présence des mêmes atteintes, les gonalgies bilatérales et les douleurs aux épaules étant connues, si bien que les éléments transmis ne permettaient pas de retenir une aggravation de l'état de santé.

Par projet de décision du 27 août 2024, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 17 juillet 2024.

Par décision du 7 octobre 2024, l'OAI a confirmé refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande, dès lors que l'examen de son dossier n'avait montré aucun changement.

**G.** Par acte du 5 novembre 2024, P.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à ce que l'OAI entre en matière sur sa nouvelle demande. Il a en substance fait valoir qu'il fallait prendre en considération les deux interventions chirurgicales effectuées le 7 mars 2024 sur sa jambe gauche, et le 2 septembre 2024 sur ses deux pieds. Une autre intervention sur la jambe droite devait encore être planifiée. Le recourant annonçait la production de rapports.

Le 17 décembre 2024, le recourant a sollicité une réévaluation de son dossier, compte tenu de la péjoration de son état de santé. Il a produit avec son écriture complémentaire un rapport du 27 août 2024 du Dr R.\_\_\_\_\_, ainsi qu'un rapport du 3 décembre 2024 du Dr B.\_\_\_\_\_.

Par réponse du 20 décembre 2024, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 28 janvier 2025, le recourant a répété que son incapacité de travail était totale. Il a joint à cet égard une attestation du Dr O. \_\_\_\_\_ du 20 janvier 2025, ainsi qu'un rapport du 22 janvier 2025 du Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W. \_\_\_\_\_, psychologue.

Dans sa duplique du 21 février 2025, l'OAI a rappelé que lorsque l'objet du litige est, comme en l'espèce, une décision de refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, sans prendre en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée. L'OAI a dès lors une nouvelle fois proposé le rejet du recours. Il a relevé qu'une fois droit connu sur le recourant, se poserait la question de savoir s'il y avait lieu d'examiner si les rapports des 27 août et 3 décembre 2024, ainsi que des 20 et 22 janvier 2025, étaient de nature à permettre à l'OAI d'entrer en matière sur les nouvelles demandes de réexamen qui lui étaient parvenues les 19 décembre 2024 et 31 janvier 2025 par l'intermédiaire de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

### **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.** Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 17 juillet 2024 par le recourant, singulièrement sur la question de savoir si celui-ci a rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits depuis la décision de l'OAI du 11 janvier 2022.

**3. 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<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).

**b)** En l'occurrence, la nouvelle demande de prestations a été déposée le 17 juillet 2024 et le droit éventuel à une rente prend naissance le 1<sup>er</sup> février 2025. C'est donc le nouveau droit qui est applicable au cas d'espèce.

**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). 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). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

**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). Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b).

**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, par décision du 11 janvier 2022 entrée en force, l'OAI a accordé à l'assuré une rente limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 31 mars 2020, et lui a nié ce droit à compter du 1<sup>er</sup> avril 2020, au motif qu'il avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de décembre 2019. Cette décision a été confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du 19 juillet 2024. Par décision du 7 octobre 2024, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 17 juillet 2024 par le recourant, au motif que celui-ci n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de rente limitée dans le temps du 11 janvier 2022.

Comme l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, il s'agit donc pour la Cour de céans d'examiner si les rapports du Dr O. \_\_\_\_\_ des 22 mai et 27 juin 2024, du Dr B. \_\_\_\_\_ du 21 mars 2024, et du Dr R. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2024 établissent de manière plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment où a été rendue la décision de rente limitée dans le temps du 11 janvier 2022, laquelle constitue la dernière décision entrée en force fondée sur un examen matériel du droit aux prestations.

On relèvera à ce stade déjà que dans la mesure où la situation doit être examinée d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, les pièces produites en recours ne peuvent pas être prises en considération (cf. consid. 4 let. c). Il incombera le cas échéant au recourant de s'en prévaloir dans le cadre d'une éventuelle nouvelle demande de prestations.

**b)** En l'occurrence, il faut constater, avec l'intimé, que les éléments produits dans le cadre de la procédure administrative, listés ci-

dessus, ne sont pas de nature à rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

Le Dr O. \_\_\_\_\_ ne fait pas état dans ses rapports des 22 mai et 27 juin 2024 de nouvelles atteintes, pas plus que de nouvelles limitations fonctionnelles. A cet égard, les médecins du SMR retenaient déjà dans leur rapport bidisciplinaire déposé en mars 2021 que l'assuré, compte tenu des atteintes à l'épaule gauche, devait éviter le travail prolongé avec les bras au-dessus de l'horizontale et le soulèvement de charges de plus de 3 kg. Les médecins du SMR retenaient également, au niveau des genoux, qu'il fallait notamment éviter le travail accroupi ou à genou, ainsi que la station assise ou debout prolongée, ce qui rejoint en tout point les limitations retenues par le Dr O. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 mai 2024. Les gonalgies sont connues, de même que les omalgies. La simple allégation d'une péjoration de ces atteintes, sans autres éléments, ainsi que le fait le Dr O. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 juin 2024, ne permet pas de rendre plausible une modification de l'état de santé. Le même constat vaut s'agissant de l'affirmation du médecin traitant selon laquelle son patient est régulièrement suivi par les Drs B. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, mais sans autres rapports de ces médecins que ceux des 21 mars et 27 juin 2024.

S'agissant du rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2024, on relèvera qu'il n'est pas non plus propre à attester la péjoration alléguée. Ce médecin fait état d'une décompensation d'une tendinopathie du supra-épineux de l'épaule gauche en rappelant le fait que son patient a été opéré des deux épaules il y a plus de dix ans avec une évolution marquée par des douleurs persistantes à l'effort à prédominance gauche. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a annoncé qu'il allait effectuer une IRM des épaules, puis qu'il reverrait le patient en août 2024 pour faire le point. Le recourant n'a toutefois, dans le cadre de la procédure administrative, produit aucun élément en lien avec son suivi.

Quant au Dr B.\_\_\_\_\_, il s'est limité, dans son rapport du 21 mars 2024, à résumer la situation de son patient, sans plus d'information, et sans, en particulier, se prononcer sur sa capacité de travail.

Pour le surplus, si le rapport du 22 mai 2024 du Dr O.\_\_\_\_\_ fait état d'un suivi psychiatrique, de même que celui du Dr R.\_\_\_\_\_ du 27 juin 2024, aucun élément ne vient étayer cette allégation qui, en tant que telle, est insuffisante à établir une péjoration à ce niveau.

**c)** En conclusion, les différents rapports médicaux produits par le recourant l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 17 juillet 2024 n'objectivent pas de nouvelles atteintes ou une aggravation des atteintes existantes par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision rendue le 11 janvier 2022, entrée en force à la suite de l'arrêt de rejet de la Cour des assurances sociales du 19 juillet 2023.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le recourant n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Dans ces conditions, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 17 juillet 2024.

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

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu l'issue du litige.

**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  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 7 octobre 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 mis à la charge de P.\_\_\_\_\_.
  
- 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 :

- P. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :