

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 novembre 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffier : M. Heufemann Aviles

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Zumsteg, avocat à
Neuchâtel,

et

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

Art. 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** P._____, né en 1978, marié et père de deux enfants nés en [...] et [...], ressortissant [...], en Suisse depuis [...], peintre en carrosserie sans formation professionnelle certifiée, travaillait depuis le 4 janvier 2016 en qualité de conducteur de machines de chantier à plein temps pour [...]. Le 6 juillet 2016, il a été blessé au genou gauche et a présenté, dès cette date, une incapacité de travail totale. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : La CNA) a pris le cas en charge.

L'assuré a bénéficié d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou gauche le 25 juillet 2016, réalisée par le Dr R._____, spécialiste en radiologie. Dans un rapport daté du 26 juillet 2016, le Dr R._____ a retenu la présence d'une contusion osseuse du plateau tibial externe sans véritable fracture, d'une déchirure atteignant la périphérie articulaire de la corne postérieure du ménisque externe, d'un épanchement intra-articulaire et d'un aspect légèrement épaissi du ligament croisé antérieur sans déchirure flagrante de celui-ci.

Une arthroscopie réalisée le 24 août 2016 par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mis en lumière une chondropathie de grade I du compartiment fémoro-patellaire et du compartiment fémoro-tibial interne, ainsi qu'une chondropathie de grade II du plateau tibial du compartiment externe et de grade I à II au condyle fémoral.

Une IRM du genou gauche a été réalisée par la Dre E._____, spécialiste en radiologie, laquelle concluait son rapport du 2 février 2017 en ces termes :

« Gonarthrose tricompartmentale et chondropathie fémoro-condylienne interne.

Cartilage mince des trois compartiments sans changement.

Présence de plusieurs petites zones d'œdème osseux fémoro-tibiaux-interne et externe pouvant être d'origine dégénérative ou post traumatique.

Phénomène dégénératif ou petite lésion de surface de la corne postérieure du ménisque interne sans changement.

On retrouve une déchirure verticale de la corne postérieure du ménisque externe avec un écartement méniscal plus important qu'auparavant.

Petit épanchement intra-articulaire. »

Dans un rapport du 23 mai 2017, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté en deuxième avis par l'assuré, a retenu qu'il présentait de fréquents blocages, épanchements et douleurs tant sur le ménisque externe que sur l'appareil tendineux postéro-externe ce qui nécessitait une nouvelle arthroscopie.

La CNA a confié le dossier de l'assuré au Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement, lequel a indiqué, dans une appréciation du 19 mai 2017 que l'évolution de l'état de santé de l'intéressé n'était pas satisfaisante et que des douleurs persistaient malgré un traitement de physiothérapie. Il a rejoint le Dr N._____ sur l'indication à une nouvelle arthroscopie et a estimé que sans amélioration notable du genou gauche suite à l'arthroscopie, un séjour dans une clinique de réadaptation et un reclassement professionnel seraient indiqués.

b) Le 6 juin 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de l'accident du 6 juillet 2016 et d'importants problèmes au genou gauche ayant entraîné une incapacité de travail depuis l'accident.

Le 9 juin 2017, l'assuré a bénéficié d'une nouvelle arthroscopie. A cette occasion, le Dr N._____ a observé une dissociation

complète de la corne postérieure et de la corne antérieure du ménisque externe sur la base d'un défaut complet du corps méniscal.

A la demande de la CNA, l'assuré a été examiné par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au F._____. (ci-après : le F._____). Dans un rapport du 21 novembre 2017, ce médecin a exposé que le bilan radio-clinique réalisé confirmait la présence d'une atteinte arthrosique fémoro-tibiale externe de stade II diffuse à hauteur du plateau tibial externe et de stade II à III affectant le condyle fémoral externe. Il a ajouté qu'une reprise chirurgicale n'apporterait que peu de bénéfice et qu'un traitement conservateur était à privilégier.

Dans un rapport du 13 décembre 2017, le Dr N._____ a estimé que son patient présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Il a énoncé les limitations fonctionnelles suivantes : « *incapacité pour les travaux sur le terrain irrégulier, dans la position accroupie ou agenouillée, position debout prolongée, marche prolongée, échelle* ».

La CNA a soumis le cas de l'assuré au Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement, lequel a reçu l'assuré le 23 février 2018. Dans son rapport du 27 février 2018, le Dr B._____ a confirmé l'incapacité de travail totale dans la dernière activité exercée lors de l'accident. Il a préconisé des mesures de reclassement professionnel dans une activité n'exigeant pas de marche en terrain irrégulier ni de positions contraignantes pour les genoux.

A la demande de la CNA, le Dr L._____ a reçu l'assuré pour une deuxième consultation le 18 mai 2018. Dans un rapport du 11 juin 2018, ce médecin a relevé que l'incapacité de travail à 100 % se poursuivait dans le cadre d'une évolution défavorable avec progression de l'atteinte arthrosique. Confirmant qu'il n'y avait pas d'indication à une reprise chirurgicale, le Dr L._____ a évoqué une possible composante

neuropathique et a proposé une évaluation au centre d'antalgie du F._____.

Une telle consultation a eu lieu le 29 octobre 2018 auprès du Dr G._____, spécialiste en anesthésiologie au centre d'antalgie du F._____. Dans un compte rendu du même jour, ce dernier a posé le diagnostic de gonalgie gauche post-traumatique avec une composante neuropathique claire.

Dans un rapport à la CNA du 4 mars 2019, le Dr L._____ a souligné que l'évaluation réalisée au Centre d'antalgie du F._____ avait permis d'identifier une composante neuropathique, qui dominait le tableau. Il a maintenu l'absence d'indication à une prise en charge chirurgicale pour l'atteinte arthrosique débutante dans le compartiment fémoro-tibial externe.

Dans un rapport du 5 février 2020 à l'OAI, le Dr G._____ a posé le diagnostic de douleurs chroniques de type neuropathique au genou gauche avec répercussion sur la capacité de travail. Il a fait état d'un bon pronostic de reprise dans une activité adaptée (sans « *gros travail physique avec marche et mise en contrainte des articulations* »).

Dans une appréciation médicale du 19 juin 2020, après avoir reçu l'assuré le 5 juin 2020, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a posé les diagnostics de contusion du genou gauche et de déchirure méniscale externe le 6 juillet 2016, de status post résection méniscale externe arthroscopique les 24 août 2016 et 9 juin 2017, de gonarthrose fémoro-tibiale externe débutante, d'obésité (BMI à 31 kg/m²) et de gonalgies à gauche de type neuropathique (p. 7). Il a apprécié le cas en ces termes :

« Assuré de 41 ans qui, il y a 4 ans, a été victime d'un accident de travail avec choc direct sur le genou G entraînant une contusion osseuse et une lésion méniscale externe. [...] »

L'évolution est défavorable avec persistance des douleurs émergeant sur la vie quotidienne, avec un périmètre de marche limité, la descente des escaliers impossible, la nécessité de changer de position régulièrement, ne supporte pas une position assise de plus de 10 minutes, ni la position érigée.

Présence également de douleurs inflammatoires avec déverrouillage matinal de l'ordre de 10 minutes.

[...]

L'assuré est centré sur ses douleurs qui sont constantes, qui nécessitent un traitement antalgique à base de Tramadol®, Lyrica® et anti-inflammatoires, qu'il prend systématiquement.

Objectivement, la marche s'effectue avec une discrète boiterie, impression de flexum résiduel, appui monopodal tenu de manière déséquilibrée à G. Le saut monopodal n'est pas réalisé à G, très discrète atrophie musculaire proximale G, le tonus du quadriceps G est faible.

L'examen du genou G montre un genou sec, une rotule extrêmement sensible, l'absence d'hyperlaxité pathologique franche, absence de signe inflammatoire.

La palpation est inconsistante, le genou est examinable, sauf le pourtour patellaire.

On peut considérer l'état comme stabilisé, l'exigibilité dans une profession lourde telle qu'elle était la sienne comme conducteur de machine de chantier n'est plus exigible.

Les limitations fonctionnelles définitives sont :

- La marche en terrain accidenté
- La montée/descente régulière des escaliers
- Le travail sur échafaudage.
- Le port de charges lourdes même irrégulier.
- Le port de charges modérées régulier.

Il est nécessaire de privilégier les alternances de stations assise et debout.

Dans le cadre d'une activité qui tient compte des limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus, on peut s'attendre à une activité à 100 %, sans limitation de temps ni de rendement. »

Par décision du 18 février 2021, confirmant un projet de décision du 9 septembre 2020, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2017 au 30 septembre 2020. A l'appui de sa décision, l'OAI a indiqué que l'intéressé avait présenté une incapacité de travail totale ininterrompue dès le 6 juillet 2016. Compte tenu du dépôt de

la demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 juin 2017, le droit à la rente était ouvert au terme d'un délai de six mois le 1^{er} décembre 2017, date à laquelle l'intéressé était toujours en incapacité de travail totale. Toutefois, dès le mois de juin 2020, l'OAI a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« *pas de marche en terrain accidenté, de montée/descente régulière d'escalier, de travail sur des échafaudages, de port de charges lourdes même irrégulier, de port de charge modérée régulier alternance des stations assises et debout* »). Procédant à l'évaluation de la perte de gain, l'OAI a retenu qu'il en résultait un degré d'invalidité de 13,5 %, lequel entraînait la suppression de la rente de l'intéressé trois mois après l'amélioration de son état de santé.

B. Par acte du 24 mars 2021, l'assuré, alors représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de la poursuite du versement de la rente entière « *dès le moins de juin 2020* » dans la mesure où son état de santé ne pouvait être considéré comme stabilisé. A l'appui de son recours et de ses écritures subséquentes, l'intéressé a notamment produit les pièces suivantes :

- un rapport du Dr G._____ du 12 octobre 2020 qui concluait à des douleurs mécaniques sur arthrose débutante et des douleurs neuropathiques sur possibles lésions nerveuses périphériques ainsi qu'à une gonarthrose sans lésions ligamentaires ou tendineuses,
- un rapport du Dr G._____ du 6 septembre 2021 qui indiquait que l'assuré souffrait d'une neuropathie très invalidante et que sans neurolyse du nerf touché ou sans neuromodulation, celui-ci souffrirait chroniquement du genou gauche avec une incapacité de travail évaluée « *au-delà de 50 %* »,
- un rapport du Dr G._____ du 5 novembre 2021 dans lequel ce médecin estimait que, malgré une cryoneurolyse

qui avait eu de bons résultats uniquement pendant trois à quatre semaines, l'état de l'intéressé n'était pas stabilisé et nécessitait toujours des traitements et un suivi rapproché et que les douleurs dont il souffrait étaient dues au traumatisme initial et aux chirurgies subséquentes ; son incapacité de travail se situait au minimum à 50 % tant que les douleurs neuropathiques n'étaient pas traitées,

- un courrier du 15 mars 2022 de Me Didier Elsig, conseil de la CNA, à teneur duquel la CNA acceptait de prendre en charge l'intervention du Prof. J._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique au F._____, consistant en une révision de la branche du nerf saphène gauche et une exploration de la branche sous rotulienne,
- une appréciation médicale du 10 mars 2022 du Dr U._____, spécialiste en neurologie et médecin d'arrondissement de la CNA, reconnaissant que l'intervention proposée par le Prof. J._____ était susceptible d'améliorer les troubles présentés par l'intéressé, au moins partiellement,
- un compte rendu du 20 janvier 2023 de l'ergothérapeute C._____ portant sur les suites de son opération chirurgicale du genou, dans lequel cet ergothérapeute faisait état d'une névralgie incessante de la branche fémorale médiale du nerf saphène avec allodynie mécanique conséquente, précisant que l'assuré devait éviter autant que possible ce qui pouvait toucher, froter ou stimuler la peau de sa cuisse,
- un rapport du 4 avril 2023 du Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui retenait les diagnostics de coxarthrose débutante Kellgren II avec conflit fémoro tibiale externe et fémoro patellaire sur un status de ménisectomie externe en 2016 et 2017 des suites d'un accident et de status post

neurolyse du nerf saphène au niveau inguinal et branche superficielle au niveau du genou gauche,

- un rapport du 9 mai 2023 du Dr I. _____ lequel retenait une évolution dégénérative du compartiment externe et dans la région fémoro patellaire du genou avec des douleurs chroniques essentiellement de la région antérieure sans indication chirurgicale et recommandait à l'intéressé de consulter au F. _____ concernant sa situation neurologique.

Par arrêt du 25 mai 2023 (CASSO AI 116/21 - 145/2023), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré. Dans sa motivation, la juridiction cantonale a retenu que ce dernier présentait des douleurs chroniques du genou gauche, de type neuropathique, qui se répercutaient sur sa capacité de travail et que les diagnostics retenus étaient une contusion du genou gauche, une déchirure méniscale externe, une résection méniscale externe arthroscopique, une gonarthrose fémoro-tibiale externe débutante, une obésité (BMI à 31 kg/m²) et des gonalgies à gauche de type neuropathique (cf. appréciation médicale du 19 juin 2020 du Dr K. _____). L'activité habituelle de conducteur de machines sur chantier n'était plus adaptée (cf. appréciation médicale du 19 juin 2020 du Dr K. _____ ; rapport du 21 novembre 2017 du Dr L. _____ ; rapport du 13 décembre 2017 du Dr N. _____ ; rapport du 27 février 2018 du Dr B. _____). En revanche, les douleurs ne péjoraient pas le pronostic dans une activité sans gros travail physique, sans marche et sans mise en contrainte des articulations (cf. rapport du 5 février 2020 du Dr G. _____) Dans le cadre d'une activité qui tienne compte des limitations fonctionnelles (pas de marche en terrain accidenté ; pas de montée/descente régulière des escaliers ; pas de travail sur échafaudage ; pas de port de charges lourdes même irrégulier ; pas de port de charges modérées régulier ; privilégier les alternances de stations assise et debout), la reprise d'une activité professionnelle à 100 %, sans limitation de temps ni de rendement, était exigible depuis le mois de juin 2020 (cf. appréciation médicale du 19 juin 2020 du Dr K. _____). La Cour a retenu que s'il était exact que la CNA avait pris en charge

l'intervention du mois de septembre 2022 effectuée par le Prof. J. _____ et avait repris le versement des indemnités journalières, son évaluation de l'état de santé de l'assuré n'avait pas de force contraignante pour l'OAI et a rappelé que la notion de stabilisation de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA était étrangère au droit de l'assurance-invalidité. En sus, l'indication à une neurolyse chirurgicale posée par le Prof. J. _____ au mois de novembre 2021 visait à améliorer les douleurs neuropathiques ce qui ne devait pas diminuer la capacité de travail de l'intéressé. La Cour des assurances sociales en a conclu qu'il n'y avait pas de péjoration de l'état de santé antérieure à la décision du 18 février 2021 de l'OAI et que le seul fait qu'une nouvelle intervention ait été ordonnée postérieurement à cette décision, ne fondait pas une aggravation de l'état de santé de l'assuré dans la mesure où l'intervention avait pour but de remédier à une atteinte connue, sans que l'intervention n'ait de conséquence sur le plan de l'exigibilité dans une activité adaptée (cf. avis des 23 juin 2021 et 29 mars 2022 du SMR). Quant aux atteintes à la hanche dont se plaignait l'intéressé (cf. rapports des 4 avril et 9 mai 2022 du Dr I. _____), la Cour a retenu qu'elles étaient postérieures à la décision de l'OAI du 18 février 2021 et qu'il n'y avait dès lors pas lieu d'en tenir compte à ce stade. En définitive, c'était à juste titre que l'OAI avait retenu que l'intéressé présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de juin 2020.

Cet arrêt n'a pas été contesté.

C. **a)** Le 6 juin 2023, l'assuré, par son conseil, a adressé un courrier à l'OAI sollicitant la réouverture de son dossier invoquant une nouvelle opération chirurgicale et une dépression sévère. En annexe à son courrier, il a notamment produit un certificat médical de la Dre Z. _____, spécialiste en médecine interne générale et pédiatrie, attestant d'une incapacité de travail de 100 %, et une prescription de psychothérapie signée par cette même médecin.

Par courriers des 4 juillet 2023, 7 août 2023 et 17 janvier 2024, l'assuré a transmis à l'OAI copies des certificats médicaux

établis par la Dre Z._____ et par le Prof. J._____ attestant d'une incapacité de travail totale pour la période de juillet 2023 à janvier 2024.

Le 23 janvier 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui était loisible de déposer une nouvelle demande au moyen du formulaire idoine, faute de quoi son courrier du 17 janvier 2024 serait classé sans suite. L'attention de l'assuré était attirée sur le fait qu'il lui appartenait de rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité.

Le 14 février 2024, l'assuré a notamment transmis à l'OAI un nouveau certificat d'incapacité de travail totale du même jour, établi par le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, pour le mois de février 2024, ainsi qu'un courrier du 13 février 2024 de l'Y._____ évoquant une prochaine hospitalisation. Par courrier du même jour de son conseil, il a relevé que sa situation médicale n'était pas stabilisée et qu'il était toujours en incapacité de travail totale de longue durée. Il a demandé que l'OAI lui transmette une « *décision formelle d'acceptation de renonciation à une reconsidération de [sa] précédente décision* ».

Le 15 octobre 2024, l'OAI a une nouvelle fois attiré l'attention de l'assuré sur la faculté de déposer formellement une nouvelle demande.

b) L'assuré a déposé une nouvelle demande sur formule officielle le 9 novembre 2024 cosignée par la Dre Z._____, en indiquant quant au genre de l'atteinte « *Raison accident de travail 06.07.2016* », et en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis cette date. Il a précisé que son incapacité de travail devait être fixée à 70 % même dans une activité adaptée, son état de santé s'étant aggravé depuis la décision du 19 février 2021. Il y a également mentionné un « *important traumatisme psychique* ».

Le 18 novembre 2024, l'assuré a produit un rapport du 11 novembre 2024 du Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant suite à un examen du

même jour. Ce médecin a posé le diagnostic de douleurs post-traumatiques et postopératoires du genou gauche. Il a encore relevé ce qui suit :

« Le patient, âgé de 46 ans, est actuellement en arrêt de travail suite à un accident professionnel (conducteur de machines de chantier, 179 cm pour 100 kg). Il présente des douleurs persistantes au genou gauche, consécutives à un traumatisme datant du 06.07.2016, lors duquel il a été percuté par une barre métallique. Une intervention chirurgicale a suivi dans les semaines suivant l'accident, bien que le patient ne se souvienne plus des gestes opératoires effectués et ne possède pas les comptes-rendus opératoires.

En postopératoire, il a développé des dysesthésies dans les territoires saphène et fémoral, menant à des interventions supplémentaires en 2023 pour le nerf saphène, puis en avril 2024 pour le nerf fémoral. Ces symptômes se sont améliorés depuis. Cependant, il persiste des douleurs quotidiennes au genou gauche, d'horaire mixte, perturbant parfois le sommeil et nécessitant une prise quotidienne d'antalgiques. Il rapporte également des épisodes de lâchage, de blocage et une sensation d'instabilité du genou gauche. »

Le dossier de l'assuré a été soumis au SMR qui a souligné, dans un avis du 3 décembre 2024, que les douleurs au genou gauche liées à la neuropathie et l'évolution vers une arthrose du genou étaient déjà connues. Il n'y avait dès lors pas de nouveauté sur le plan médical et l'assuré pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 5 décembre 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 11 novembre 2024, dans la mesure où l'examen du dossier ne montrait aucun changement.

Le 10 janvier 2025, l'assuré, par son conseil, a contesté ce projet et produit les pièces suivantes :

- un certificat d'incapacité de travail totale du 16 janvier au 28 février 2025 établi par la Dre Z._____,
- un compte rendu de l'ergothérapeute D._____, du 18 décembre 2024, selon lequel il présentait une zone allodynique sur la face interne de la cuisse et du genou gauche et devait dans son quotidien avoir une attention

particulière aux frottements et contacts dans ladite zone, à éviter au maximum,

- une lettre de consultation du 10 janvier 2025 de la Dre Z._____, reprenant la teneur du rapport du Dr T._____ du 11 novembre 2024.

Par courrier du 26 février 2025, le conseil de l'assuré a adressé à l'OAI la photocopie d'un rendez-vous fixé au 7 mars 2025 avec le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, une photographie de son genou, un certificat d'incapacité de travail totale jusqu'au 31 mars 2025 établi par la Dre Z._____, ainsi qu'une copie de son courriel du 18 février 2025 adressé à son avocat, selon lequel les résultats d'une IRM et l'examen du chirurgien montraient des lésions importantes au genou à la suite de l'accident, nécessitant une intervention chirurgicale dont la date n'était pas encore connue, étant précisé que le chirurgien lui avait mis des « *tapes* » pour essayer de stabiliser son genou et atténuer les douleurs.

Par décision du 13 mars 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 5 décembre 2024. Dans une prise de position du même jour faisant partie intégrante de sa décision, cet office a indiqué que la contestation de l'assuré n'avait pas apporté d'éléments l'amenant à revoir sa position. Il s'est fondé à cet égard sur un avis SMR du même jour considérant qu'au vu des éléments médicaux au dossier, il n'y avait aucune preuve d'une aggravation notable de l'état de santé de l'intéressé, tant sur le plan somatique que psychique. La capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles restait ainsi exigible à 100 %.

D. Par acte du 30 avril 2025, P._____, représenté par Me Zumsteg, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce qu'il soit ordonné à l'OAI d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction médicale et suite de la procédure. Le recourant fait en substance valoir qu'il a

démontré, de manière objective, une aggravation de son état de santé. Il se réfère en particulier au rapport du 18 décembre 2024 de l'ergothérapeute D._____ et au rapport du 20 janvier 2023 de l'ergothérapeute C._____. Le recourant ajoute que l'intégralité du corps médical a attesté sans discontinuer d'une incapacité de travail totale entre 2022 et la date de dépôt du recours, pour cause d'accident, et souligne avoir subi depuis 2021 deux nouvelles interventions chirurgicales à son genou gauche. Il se réfère également aux avis émis le 11 novembre 2024 par le Dr T._____ et le 10 janvier 2025 par la Dre Z._____ et se prévaut, de surcroît, de rapports établis les 18 février et 4 avril 2025 par le Dr H._____ annexés. Selon le recourant, ces différents avis établissent que sa situation s'est péjorée depuis la dernière décision du 18 février 2021, confirmée par arrêt du 25 mai 2023, déplorant que le médecin de l'OAI n'ait pas tenu compte des éléments médicaux qu'il a produits. Il déduit des nombreux arrêts de travail à 100 % depuis 2021 la démonstration de son invalidité objective sur le long court et l'aggravation de son état de santé, y voyant pour preuve le fait que la CNA paie encore à ce jour des indemnités journalières en sa faveur. Il ajoute que tous ces médecins spécialistes viennent contredire la position du médecin de l'OAI, et ce alors que le SMR ne l'a pas vu entre 2020 et 2025. De l'avis de l'intéressé, il subsiste des doutes, même faibles, sur les conclusions médicales retenues par l'OAI, ce qui aurait dû conduire cet office à entrer en matière sur sa nouvelle demande. Il a requis la production de son dossier auprès de l'OAI, ainsi qu'en mains de la CNA, en précisant que la procédure était, sur ce plan, toujours en cours dans la mesure où des indemnités journalières lui étaient versées et que ses frais médicaux étaient pris en charge.

Aux termes des rapports du Dr H._____ des 18 février et 4 avril 2025 invoqués dans le mémoire de recours, il était relevé que, malgré l'intervention chirurgicale effectuée en 2024 qui avait conduit à une amélioration temporaire, la symptomatologie était réapparue et que les douleurs s'étaient progressivement intensifiées au cours des dernières années, ce qui avait motivé la réalisation d'une neurolyse. Ce médecin

indiquait également qu'il y avait eu une aggravation aigüe de la symptomatologie douloureuse depuis le début de l'année 2025.

Par réponse du 10 juin 2025, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

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 compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) 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 pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date

est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

b) En l'occurrence, la nouvelle demande de prestations a été déposée le 11 novembre 2024 et le droit éventuel à une rente ne peut par conséquent prendre naissance avant le 1^{er} mai 2025. Il y a dès lors lieu d'appliquer le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant du 11 novembre 2024.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage

d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

5. 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 demande de révision, 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 il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et 6).

6. En l'espèce, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande du recourant du 11 novembre 2024. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision d'octroi de rente limitée dans le temps du 18 février 2021, confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 25 mai 2023, et celle attaquée du 13 mars 2025.

a) Pour l'essentiel, le recourant se prévaut d'une péjoration de l'état de son genou gauche, respectivement de sa jambe gauche, ainsi que de son état psychique.

A l'appui de sa nouvelle demande, dans le cadre de la procédure administrative (seuls éléments entrant en considération [cf. consid. 5c ci-dessus]), le recourant n'a toutefois produit qu'un seul rapport médical circonstancié, à savoir celui du Dr T. _____ du 11 novembre 2024. Ce médecin a noté que le patient présentait des

douleurs persistantes au genou gauche consécutives à un traumatisme du 6 juillet 2016, ce qui est connu et admis par l'OAI. Le Dr T._____ a observé que l'assuré avait développé en postopératoire des dysesthésies dans les territoires saphène et fémoral, qui ont mené à des interventions supplémentaires en 2023 pour le nerf saphène, puis en avril 2024 pour le nerf fémoral. Le Dr T._____ a relevé à cet égard que ces symptômes s'étaient améliorés depuis. Certes, il a relevé la persistance de douleurs quotidiennes au genou gauche, d'horaire mixte, perturbant parfois le sommeil et nécessitant une prise quotidienne d'antalgiques, et a rapporté également des épisodes de lâchage, de blocage et une sensation d'instabilité du genou gauche. Cependant, tous ces éléments étaient déjà connus dans le cadre de la précédente demande de prestations et ont été dûment pris en compte.

La Dre Z._____ quant à elle s'est limitée, dans son rapport du 10 janvier 2025, à reprendre la teneur du rapport du Dr T._____ du 11 novembre 2024, sans que l'on puisse dès lors déduire de ses observations une péjoration de l'état du recourant.

b) Pour ce qui est des photographies produites, elles ne constituent pas un moyen de preuve propre à établir une aggravation médicalement objectivée. Il en va de même d'une simple convocation à l'hôpital, sans autre précision. De même, le courriel du 18 février 2025 du recourant, qui n'est pas médecin, ne permet pas non plus d'établir une péjoration.

S'agissant des certificats d'incapacité de travail transmis à l'appui de la nouvelle demande, ils ne comportent pas d'exposé clinique ou de justificatif médical détaillé et ne sont ainsi, faute d'éléments concrets, pas de nature non plus à établir, à eux seuls, la péjoration alléguée par le recourant.

Quant aux comptes rendus établis par les ergothérapeutes D._____ et C._____, il convient de relever que ceux-ci sont ergothérapeutes et non pas médecins. L'ergothérapeute D._____ fait au

demeurant état pour l'essentiel d'une zone allodynique sur la face interne de la cuisse et du genou gauche, en se limitant à préciser que l'assuré doit avoir une attention particulière aux frottements et contacts dans ladite zone, à éviter au maximum. L'ergothérapeute C._____ fait, lui, état d'une névralgie incessante de la branche fémorale médiale du nerf saphène avec allodynie mécanique conséquente, précisant également que l'intéressé doit éviter autant que possible ce qui pourrait toucher, froter ou stimuler la peau de sa cuisse. Ces observations ne sont ainsi en rien évocatrices d'une aggravation des troubles somatiques du recourant ou des limitations fonctionnelles y relatives.

c) Le recourant invoque également une aggravation de son état de santé psychique (cf. recours du 30 avril 2025, page 6), ayant notamment décrit un « *important traumatisme psychique* » dans sa demande du 8 novembre 2024. Toutefois, aucun rapport médical ne confirme cette atteinte ni ne décrit de limitations fonctionnelles ou d'incapacité en lien avec celle-ci. Dès lors, le recourant échoue à rendre plausible que, sur le plan psychique, son état se serait détérioré. Peu importe, notamment, qu'une psychothérapie ait pu être initiée sous la délégation de la Dre Z._____, étant soulignée l'absence de diagnostic connu sur le plan psychique.

d) Les autres éléments produits à l'appui du recours l'ont été devant la Cour de céans, à un stade ultérieur à celui de la procédure administrative, et ne peuvent dès lors pas être pris en considération. Il en va ainsi en particulier des rapports du Dr H._____ des 18 février et 4 avril 2025. Ils pourraient conduire le recourant, le cas échéant, à déposer une nouvelle demande, au moyen de la formule officielle, en produisant à son appui toutes les pièces susceptibles d'établir une aggravation de son état de santé.

e) En définitive, les rapports médicaux produits à l'appui de la nouvelle demande ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la dernière décision. C'est donc à bon droit que

l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

f) Au demeurant, on observe que les rapports du Dr I. _____ des 4 avril et 9 mai 2023 faisaient état de problématiques à la hanche gauche qui n'avaient pas été retenus dans l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 25 mai 2023 dans la mesure où ces potentielles évolutions de l'état de santé du recourant sur le plan neurologique et orthopédique étaient postérieures à la décision de l'OAI du 18 février 2021 (cf. CASSO AI 116/21 - 145/2023 consid. 6c). Dans la mesure où le recourant ne s'en est pas prévalu à l'appui de sa nouvelle demande du 9 novembre 2024, il n'y a pas lieu de retenir une aggravation de l'état de santé de l'intéressé sur ce plan non plus.

7. Le recourant requiert la production de son dossier en mains de la CNA. Or, dans le cadre d'un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une demande de révision, 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, sans que d'autres mesures d'instruction ne se justifient à ce stade. On relèvera ici, comme indiqué au demeurant au consid. 6c de l'arrêt rendu par la Cour des assurances sociales du 25 mai 2023 (AI 116/21 - 145/2023), que le recourant voit dans le changement d'appréciation de la CNA quant à la stabilisation de son état de santé et la reprise des prestations, la démonstration que son état de santé n'était pas stabilisé, et que l'OAI a statué prématurément. Toutefois, comme l'a rappelé l'OAI dans ses écritures, l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549). On notera également à nouveau que la notion de stabilisation de l'état de santé, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, est étrangère au droit de l'assurance-invalidité (TF 8C_66/2022 du 11 août 2022 consid. 4.3).

8. 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 l'octroi ou le refus de 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 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 LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 mars 2025 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 :

- Me Philippe Zumsteg (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité du 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 :