

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 février 2026

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Neu, juge, et Mme Peris, assesseure  
Greffier : M. Varidel

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**C.**\_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourant, représenté par Me Sarah Braunschmidt Scheidegger, avocate à Genève,

et

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

---

**Art. 29 al. 1 LPGA; 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI**

**En fait :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en \*\*\*, marié et père de trois enfants (dont un majeur), sans formation, était employé par G.\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1998 en qualité de [...] à 100 %.

Le 26 mai 2015, il a chuté à vélo et a subi une fracture comminutive du plateau tibial du genou gauche avec avulsion du pied tibial du ligament croisé postérieur. Lors de l'opération réalisée le 18 juin 2015, la fracture du plateau tibial a été réduite et le ligament croisé postérieur réinséré par vissage. L'assuré a été totalement incapable de travailler à la suite de l'accident.

Un arthro-scanner du genou gauche réalisé le 28 janvier 2016 a mis en évidence une ostéopénie dystrophique de sous-utilisation du genou gauche. La rotule présentait une chondropathie de grade III de sa facette latérale et de grade II de sa crête.

Le 23 août 2016, 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 d'une incapacité de travail totale depuis le 26 mai 2015. Quant au genre de l'atteinte, il a indiqué une « fracture avulsion comminutive, déplacée, du pied tibial du ligament croisé postérieur à hauteur du genou gauche ».

Faisant suite à un examen de l'assuré le 3 octobre 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir à l'OAI le 30 octobre 2017 qu'il estimait, à deux ans du traumatisme, que le cas était stabilisé. Une réadaptation professionnelle lui semblait nécessaire, l'invalidité étant principalement liée à l'arthrose fémoro-patellaire post-traumatique. Il a établi les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail à genoux ou en position accroupie, travail impliquant les stations debout de maximum 45 minutes à la fois, position assise par périodes de deux à trois heures à la fois maximum, montée d'escaliers limitée à deux étages à la fois, changement régulier de

positions dans l'idéal. Il a estimé que l'incapacité de travail demeurerait totale dans l'activité habituelle.

L'assuré a été examiné le 13 décembre 2017 par la Dre P.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Dans son rapport du 21 décembre 2017, elle a posé le diagnostic de douleurs persistantes du genou gauche avec syndrome fémoro-patellaire gauche dans le cadre d'un status après réinsertion d'une fracture avulsion du pied tibial du ligament croisé postérieur le 26 mai 2015 qui avait nécessité, le 18 juin 2015, une réduction ouverte et ostéosynthèse de cette fracture. Les diagnostics secondaires étaient ceux de déconditionnement musculaire et d'obésité de stade II. La situation était stabilisée. Des facteurs extra-médicaux (l'assuré n'écrit pas le français, le parle assez bien, n'a pas de formation certifiante, présente une kinésiophobie, une accentuation des plaintes, une attitude démonstrative, une inquiétude vis-à-vis de l'avenir, ainsi qu'une tristesse par rapport à son licenciement) n'étaient pas à prendre en compte dans l'appréciation de la capacité de travail en lien avec l'événement du 26 mai 2015.

L'OAI, par son service de réadaptation, a constaté le 23 janvier 2018 que le droit aux mesures d'ordre professionnel était ouvert en raison du préjudice économique, évalué à 19,69 % le 11 août 2017.

L'OAI a ensuite accordé à l'assuré une mesure de reclassement et a pris en charge à ce titre les coûts d'une formation pratique d'opérateur en horlogerie dispensée du 11 juin au 31 décembre 2018 par l'E.\_\_\_\_\_; (communication du 20 juin 2018), ainsi que des cours de français privés du 3 au 31 août 2018 (communication du 25 juillet 2018). Ces mesures ont été prolongées jusqu'au 26 avril 2019 pour les cours de français (communications des 6 septembre et 13 décembre 2018) et jusqu'au 31 juillet 2019 pour la formation pratique d'opérateur en horlogerie (communication du 13 décembre 2018).

Le 9 juillet 2019, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge des coûts d'un soutien à la formation et à l'intégration professionnelle, du 1<sup>er</sup> août au 31 octobre 2019. La mesure a été prolongée jusqu'au 20 décembre 2019, puis jusqu'au 31 janvier 2020, et enfin jusqu'au 21 février 2020. L'OAI a ensuite pris en charge les frais d'une mesure de formation H.\_\_\_\_\_, du 24 février au 24 avril 2020, au taux de 80 %, mesure prolongée jusqu'au 19 juin 2020. A l'issue de la mesure, l'assuré s'est inscrit au chômage.

Le 8 mai 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une aide au placement.

Dans son rapport final de réadaptation du 27 juillet 2020, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé que la mesure d'orientation à l'E.\_\_\_\_\_ avait permis à l'assuré d'établir un projet professionnel dans le domaine de l'horlogerie. Une formation pratique lui avait été proposée en raison de ses connaissances écrites insuffisantes en français pour viser une attestation fédérale de formation professionnelle. Des cours de français avaient été octroyés en parallèle à sa formation. Malgré ces cours, une formation théorique n'avait pas été possible. Au terme de la formation pratique, l'évaluation du centre avait été très positive, l'assuré démontrant de belles qualités et de bonnes compétences dans le domaine. Des recherches de stages avaient été effectuées, sans succès. Un cours technique H.\_\_\_\_\_ avait été octroyé afin de donner encore plus d'atouts à l'assuré avant de rechercher une place de travail. L'assuré pouvait désormais chercher du travail dans l'horlogerie ou dans un domaine technique dans l'industrie légère. Il résultait en outre de la fiche de calcul du salaire exigible établie le même jour que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail 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, ouvrier dans le conditionnement, opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres) ou opérateur dans l'horlogerie.

Par projet de décision du 21 août 2020, l'OAI a informé l'assuré, désormais représenté par Me Braunschmidt Scheidegger, qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> février 2017 au 31 janvier 2018, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, ramené ensuite à 20,98%. L'OAI a retenu, en substance, que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle mais disposait encore d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le mois d'octobre 2017.

Le 8 septembre 2020, l'OAI a encore accordé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle et pris en charge les coûts d'un stage en qualité d'ouvrier de production du 14 septembre au 15 novembre 2020.

Par décision du 21 octobre 2020, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2017 au 31 janvier 2018, fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, conformément à son projet de décision du 21 août 2020.

Selon une communication du 13 novembre 2020 de l'OAI, la mesure d'orientation professionnelle en cours était prolongée jusqu'au 15 décembre 2020.

**B.** Par acte du 20 novembre 2020, l'assuré, sous la plume de son conseil Me Braunschmidt Scheidegger, a recouru contre la décision du 21 octobre 2020 susmentionnée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Par arrêt du 25 janvier 2023 rendu dans la cause AI 368/20 - 28/2023, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours de l'assuré.

**C.** Entre-temps, soit par courrier du 14 décembre 2020, l'OAI s'est adressé à l'assuré, en se référant à un entretien téléphonique qu'il avait eu avec son épouse le 11 décembre précédent, durant lequel celle-ci avait signalé une dégradation de l'état de santé de son mari, raison pour laquelle le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait attesté

d'une incapacité de travail de 100 %. Était joint un courrier à compléter selon lequel l'assuré ne se sentait pas apte à reprendre une activité professionnelle et renonçait pour le moment à l'aide au placement. Il figure au dossier un certificat médical, établi le 16 novembre 2020 par le Dr L.\_\_\_\_\_, faisant état d'une incapacité de travail totale du 16 novembre au 16 décembre 2020, ainsi qu'un certificat du 17 décembre 2020 de ce même médecin prolongeant l'incapacité de travail jusqu'au 31 décembre 2020.

Le 22 décembre 2020, l'assuré a retourné le courrier de renonciation à l'aide au placement susmentionné à l'OAI.

Par certificat du 23 décembre 2020 adressé à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a prolongé l'incapacité de travail totale de l'assuré jusqu'au 31 janvier 2021.

Par courrier recommandé du 1<sup>er</sup> mars 2021, l'assuré, par l'entremise de son conseil, Me Braunschmidt Scheidegger, s'est adressé à l'OAI en relevant ce qui suit :

« [...]

Mon mandant vous a communiqué, à la fin de l'année 2020, un certificat d'arrêt de travail émanant d'un médecin psychiatre et confirmant l'existence d'une aggravation de son état de santé.

Mon mandant considère que l'aggravation de cet état de santé est d'ores et déjà antérieure au prononcé de votre décision du mois d'octobre 2020.

Cela étant, et si par impossible, il devait être admis que cette aggravation est postérieure à votre décision, je vous remercie de prendre note de ce que mon mandant formule alors une demande de révision de son dossier, compte tenu de l'aggravation de son état de santé sur le plan psychique.

Je ne manquerai pas de vous adresser les documents médicaux à ce propos. »

Le 4 mars 2021, l'OAI lui a indiqué ce qui suit :

« Nous accusons réception le 3 mars 2021 de votre courrier du 1<sup>er</sup> mars 2021.

Le 21 octobre 2020, une décision de rente limitée dans le temps a été notifiée.

Cette dernière n'étant pas encore entrée en force du fait qu'il y a un recours auprès du tribunal, nous analyserons alors votre nouvelle demande dès qu'un jugement sera prononcé.

Si vous souhaitez que nous réexaminions une nouvelle fois le droit à des mesures professionnelles et à une rente en faveur de la personne susmentionnée, vous devez déposer une nouvelle demande, accompagnée de toutes les annexes mentionnées dans le questionnaire.

A cet effet, vous trouverez ci-joint un formulaire officiel de demande de prestations AI que vous voudrez bien nous retourner avant le 10 avril 2021. Passé ce délai, nous classerons le courrier précité sans autre suite et considérerons que vous renoncez à déposer une nouvelle demande. Si la demande est déposée avant cette échéance, nous prendrons en considération la date de réception de votre courrier.

[...] ».

Le 17 juin 2021, l'assuré a déposé une demande formelle de prestations AI, en indiquant une atteinte existant depuis le 26 mai 2015 et en précisant quant au genre de l'atteinte « Douleurs diffuses, stress, sentiments négatifs, manque de confiance, dépression, pas de concentration, angoisse, tristesse ».

Par courrier du 23 juin 2021, l'OAI a fait savoir à l'assuré que, s'agissant d'une nouvelle demande, il ne pourrait entrer en matière qu'à la condition qu'il soit rendu plausible une modification durable de son état de santé et postérieure à la décision de rente limitée dans le temps faisant actuellement l'objet d'un recours auprès de la Cour des assurances sociales. L'OAI a dès lors informé l'assuré que sa nouvelle demande était mise en suspens le temps que le Tribunal cantonal se positionne.

Selon une note au dossier de l'OAI du 24 mars 2023 faisant suite à la notification de l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 25 janvier 2023 dans la cause AI 368/20 - 28/2023, il convenait d'examiner si l'OAI

pouvait entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 17 juin 2021.

Le 27 mars 2023, l'OAI s'est adressé à l'assuré pour lui signifier qu'il considérait sa demande déposée le 17 juin 2021 comme une nouvelle demande de prestations. Il appartenait par conséquent à l'assuré d'apporter les éléments médicaux permettant de rendre plausible un changement de sa situation de nature à influencer ses droits depuis la dernière décision, entrée en force à la suite de la notification de l'arrêt du 25 janvier 2023 susmentionné.

Le 28 avril 2023, l'assuré a produit notamment une lettre de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) selon laquelle il avait séjourné du 24 au 27 avril 2022 auprès du service de médecine de premiers recours, au motif d'un soutien psychologique, le diagnostic principal étant un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère.

Le 8 juin 2023, l'assuré a encore produit un rapport du 30 mai 2023 de la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel elle posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, et indiquait que l'assuré était actuellement hospitalisé.

L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré (cf. avis médical du SMR du 23 août 2023) et, après avoir recueilli l'avis de ses psychiatres traitants, a mis en œuvre une expertise psychiatrique avec bilan neuropsychologique (cf. avis médical SMR du 6 mai 2024), confiée au Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et à la neuropsychologue S.\_\_\_\_\_ (cf. courrier du 23 mai 2024 de l'OAI). Dans leur rapport communiqué le 26 juillet 2024, ils ont posé le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.1) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), sans répercussion sur la capacité de travail. L'assuré, qui n'était plus capable d'exercer son activité habituelle, disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité

adaptée, à savoir dans un milieu simple, répétitif, bienveillant, avec peu d'interactions hiérarchiques.

A la requête de l'OAI, l'expert lui a indiqué, dans un complément d'expertise du 2 décembre 2024, que le début de l'incapacité de travail se situait à la fin août 2020, date du début de son suivi psychiatrique par le Dr L.\_\_\_\_\_. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 %, à l'exception des périodes de février à mars 2024 et de mars à décembre 2022, durant lesquelles elle avait été nulle.

Par avis médical du 12 décembre 2024, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise.

Par décision du 11 juin 2025 confirmant un projet du 27 mars précédent, l'OAI a octroyé à l'assuré un trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2021 au 31 mai 2022, une rente entière du 1<sup>er</sup> juin 2022 au 31 mars 2023, une rente de 68 % du 1<sup>er</sup> avril au 31 décembre 2023 et une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024. L'assuré avait déposé, le 17 juin 2021, une nouvelle demande de prestations AI en raison d'une aggravation de son état de santé. L'instruction médicale avait permis à l'OAI d'établir qu'il avait présenté une nouvelle incapacité de travail depuis le 16 décembre 2020. La capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis cette date, alors qu'une capacité de travail de 50 % pouvait raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles. L'OAI précisait que le droit à la rente de l'assuré ne pouvait prendre naissance qu'à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2021, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle il avait fait valoir son droit aux prestations.

**D.** Par acte du 14 juillet 2025, C.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Braunschmidt Scheidegger, a interjeté recours contre la décision susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi d'un trois-quarts de rente depuis le 1<sup>er</sup> mai 2021. Il soutenait que l'intimé aurait dû retenir, en tant que date du dépôt de sa nouvelle demande de prestations, celle du 14

décembre 2020, date du courrier de l'OAI l'informant qu'au cours d'un entretien téléphonique avec son épouse, celle-ci avait signalé une dégradation de son état de santé attestée par le Dr L.\_\_\_\_\_, respectivement celle du 1<sup>er</sup> mars 2021, à laquelle son conseil avait rappelé dite aggravation à l'OAI par courrier recommandé, si bien que l'ouverture du droit aux prestations devait être fixée au 1<sup>er</sup> mai 2021, voire au 1<sup>er</sup> septembre 2021 au plus tard.

Dans sa réponse du 2 septembre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a exposé avoir dûment informé le recourant, par courrier du 4 mars 2021, que s'il souhaitait un réexamen de sa situation, il lui appartenait de déposer une nouvelle demande de prestations au moyen du formulaire officiel annexé qu'il était invité à retourner à l'OAI dans un délai échéant le 10 avril 2021. Ladite formule officielle n'ayant été transmise à l'intimé que le 17 juin 2021, c'est cette date qui avait été retenue comme celle du dépôt de la nouvelle demande et point de départ du délai d'attente de six mois.

En réplique, le 17 octobre 2025, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a fait valoir qu'au moment de l'annonce à l'OAI de l'aggravation de son état de santé, en décembre 2020, puis par courrier en mars 2021, sa demande de prestations déposée en 2016 était toujours en cours d'instruction devant la Cour des assurances sociales, et que l'intimé disposait de toutes les informations nécessaires pour traiter sa demande, le formulaire rempli en juin 2021 n'ayant apporté aucun nouvel élément ne figurant pas déjà dans son dossier. Il a également soutenu que sa nouvelle demande portait sur le même genre de prestations et était fondée sur un complexe de faits identiques, et qu'il avait d'ailleurs souligné, dans son courrier du 1<sup>er</sup> mars 2021, que cette missive devrait valoir nouvelle demande pour le cas où l'intimé considérait que les éléments médicaux produits confirmaient une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision rendue en octobre 2020. Se référant au chiffre 1006 de la circulaire sur la procédure en matière d'assurance-invalidité (CPAI), le recourant a estimé que l'OAI aurait dû considérer son courrier du 1<sup>er</sup> mars 2021 comme une nouvelle demande, dans la mesure où la procédure relative à sa première demande de prestations n'était pas achevée

puisqu'elle était pendante devant le Tribunal cantonal et que l'intimé disposait de toutes les pièces utiles. Pour le recourant, l'intimé avait fait preuve d'un formalisme excessif contraire à la bonne foi en considérant qu'il n'avait pas rempli le formulaire de demande de prestations dans un délai raisonnable et en repoussant la naissance de son droit aux prestations au 1<sup>er</sup> décembre 2021.

Dupliquant le 10 novembre 2025, l'OAI a maintenu sa position en se référant à sa réponse pour le surplus.

### **En droit :**

**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 uniquement sur le moment de la naissance du droit à une rente d'invalidité du recourant, ce dernier soutenant que ce droit est ouvert depuis le 1<sup>er</sup> mai 2021, au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 2021, et non pas le 1<sup>er</sup> décembre 2021 comme le retient l'intimé.

**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 antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu’au 31 décembre 2021.

**b)** En l’occurrence, l’intimé a reconnu le droit du recourant à une rente d’invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021 et la demande de prestations est, dans tous les cas, antérieure au 1<sup>er</sup> juillet 2021, si bien que l’ancien droit demeure applicable au cas d’espèce (cf. art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**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.

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).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**b)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Le droit à la rente ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI).

**c)** Lorsque le droit à la rente a été précédemment refusé en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'il y a par la suite aggravation de l'état de santé à la suite d'une maladie ou d'un accident n'étant pas à l'origine de ce refus, il s'agit d'un nouveau cas d'assurance entraînant pour conséquence que le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b recommence à courir (TF 9C\_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.3.3 et les références citées).

**d)** Conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée. Aux termes de l'art. 65 RAI, celui qui veut exercer son droit aux prestations de l'assurance doit présenter sa demande sur formule officielle.

Selon la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) édictée par l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales), dans sa version 17, valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, état au 1<sup>er</sup> janvier 2018, les demandes de prestations de l'AI ou de l'AVS doivent être présentées sur les formulaires prévus à cet effet (ch. 1002). Si la demande n'est pas présentée sur un formulaire officiel, l'office AI en remet un à l'assuré et lui impartit un délai convenable pour le dépôt de sa demande (ch. 1004). Lorsque l'assuré ne donne pas suite à l'injonction qui lui est faite, l'office AI lui communique que sa demande ne peut pas être examinée tant qu'elle n'est pas présentée sur le formulaire officiel (ch. 1005). Dans les cas où une demande a déjà été présentée, l'office AI se contente, sous réserve du ch. 1007, de la remise d'une simple lettre lorsque l'assuré demande de nouvelles prestations, du même genre ou d'une autre nature. Il faut toutefois que les pièces au dossier fournissent clairement les indications nécessaires à l'examen du droit aux prestations requises. Si la procédure s'est achevée par une décision de refus, une nouvelle demande est nécessaire (ch. 1006). Les assurés qui, lorsqu'ils atteignent l'âge de 18 ans, perçoivent une prestation périodique de l'AI (allocation pour impotent destinée aux mineurs, prestations pour la formation professionnelle initiale) ou sont au bénéfice de mesures médicales et demandent une indemnité journalière, une rente ou une allocation pour impotent adulte sont considérés comme ayant demandé à l'AI l'examen du droit à ces prestations, mais doivent tout de même remplir le formulaire de demande officiel. L'office AI le leur envoie. Le droit à la prestation prend ainsi naissance dès le 18<sup>e</sup> anniversaire, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies (ch. 1007).

Les circulaires et directives administratives s'adressent aux organes d'exécution et n'ont pas d'effets contraignants pour le juge. Toutefois, dès lors qu'elles tendent à une application uniforme et égale du droit, il convient d'en tenir compte et en particulier de ne pas s'en écarter sans motifs valables lorsqu'elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce et traduisent une concrétisation convaincante de celles-ci. En revanche, une circulaire ne saurait sortir du cadre fixé par la norme supérieure qu'elle est censée concrétiser. En d'autres termes, à défaut de lacune, un tel acte ne peut prévoir autre chose

que ce qui découle de la législation ou de la jurisprudence (ATF 132 V 121 consid. 4.4 ; 131 V 42 consid. 2.3). Le juge doit s'en écarter lorsqu'une ordonnance administrative établit des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 129 V 200 consid. 3.2).

**e)** Le formalisme excessif est un aspect particulier du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). Il est réalisé lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi, complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 135 I 6 consid. 2.1 ; 130 V 177 consid. 5.4.1 ; TF 9C\_761/2015 du 3 mai 2016 consid. 4). En tant qu'il sanctionne un comportement répréhensible de l'autorité dans ses relations avec le justiciable, l'interdiction du formalisme excessif poursuit le même but que le principe de la bonne foi consacré aux art. 5 al. 3 et 9 Cst. A cet égard, il commande à l'autorité d'éviter de sanctionner par l'irrecevabilité les vices de procédure aisément reconnaissables qui auraient pu être redressés à temps, lorsqu'elle pouvait s'en rendre compte assez tôt et les signaler utilement au plaideur (ATF 135 I 6 consid. 2.1 et ATF 125 I 166 consid. 3a ; TF 2C\_45/2013 du 23 janvier 2013 consid. 4.1).

**5. a)** En l'espèce, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2021, soit six mois après le dépôt de sa nouvelle demande de prestations déposée via formulaire officiel, en date du 17 juin 2021.

Le recourant prétend que la rente aurait dû lui être versée dès le 1<sup>er</sup> mai 2021, soit dès l'annonce à l'intimé de la péjoration de son état de santé en décembre 2020, subsidiairement à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2021, compte tenu du courrier du 1<sup>er</sup> mars 2021 adressé par son conseil à l'OAI.

**b)** En l'occurrence, il sied de constater que la seule mention d'un téléphone de l'épouse de l'assuré faisant état d'une péjoration de son

état de santé, en décembre 2020, même accompagnée d'une attestation médicale de son psychiatre traitant, ne permet pas de considérer qu'une demande formelle de prestations a été déposée par l'intéressé à cette date. Rien n'indiquait en effet que le recourant entendait alors déposer une nouvelle demande.

Quant au courrier du 1<sup>er</sup> mars 2021 de l'avocate du recourant, il ne peut pas non plus être considéré comme le dépôt d'une nouvelle demande formelle. A ce moment-là, le recourant n'était plus bénéficiaire des prestations de l'Al. Certes, un recours était pendant auprès de la Cour des assurances sociales contre la décision rendue par l'OAI le 21 octobre 2020, mais cette décision avait limité dans le temps le droit aux prestations de l'assuré à la période du 1<sup>er</sup> février 2017 au 31 janvier 2018. Sa situation n'est donc pas celle visée au ch. 1006 CPAI (dans sa version en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits, en mars 2021 ; cf. consid. 4c *supra*).

De même, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il se plaint d'un formalisme excessif de la part de l'intimé, respectivement d'une violation du principe de la bonne foi. L'OAI a en effet suivi la procédure prévue aux ch. 1004 ss CPAI, et invité le recourant à déposer une demande au moyen de la formule officielle. L'office a réagi très rapidement à l'envoi de l'avocate du recourant du 1<sup>er</sup> mars 2021, en lui envoyant la formule officielle idoine, le 4 mars 2021 déjà. Le fait que le recourant ait attendu jusqu'au 17 juin 2021 pour déposer une demande formelle au moyen du formulaire officiel ne peut dès lors lui être reproché.

**c)** Cela posé, il faut encore et surtout relever que l'atteinte qui a motivé la nouvelle demande du recourant, puis l'octroi en sa faveur de prestations, n'est pas d'ordre somatique, comme c'était le cas dans le cadre de sa première demande de prestations déposée en 2016, motivée par les suites de l'événement accidentel du 26 mai 2015. C'est en effet une atteinte psychiatrique qui a conduit au dépôt de la nouvelle demande. Il s'agit donc d'une atteinte nouvelle, exigeant le respect du délai de carence d'une année, conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. consid. 4c *supra*), lequel

serait quoi qu'il en soit arrivé à échéance au plus tôt à la fin du mois d'août 2021, la nouvelle atteinte ayant débuté en août 2020 (cf. expertise psychiatrique du 30 juillet 2024 du Dr N.\_\_\_\_\_ et avis SMR du 12 décembre 2024).

**d)** Cela étant, le recourant a, en l'occurrence, déposé une demande formelle de prestations en juin 2021. Le délai de six mois dès le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI) est arrivé à échéance le 1<sup>er</sup> décembre 2021 et, partant, le droit à une rente d'invalidité ne pouvait prendre naissance qu'à compter de cette date, comme l'a retenu l'intimé à juste titre.

Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a fixé le moment de la naissance du droit à une rente d'invalidité en faveur du recourant au 1<sup>er</sup> décembre 2021.

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

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

**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 11 juin 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 C.\_\_\_\_\_.
- 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 Sarah Braunschmidt Scheidegger, pour C.\_\_\_\_\_,
- 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 :