

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 août 2026

Composition : Mme LIVET, présidente

MM. Neu et Piguet, juges

Greffière : Mme Matthey

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à R***, recourant, représenté par Me Lino Maggioni, avocat à Renens,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI.

En fait :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, sans formation professionnelle, a travaillé pour des entreprises de nettoyage depuis son arrivée en Suisse en 1998. Le 14 mars 2007, alors qu'il travaillait sur un chantier, il a reçu un lourd plateau glissant d'une pile dans la région de l'épaule droite et sur le pouce droite, ce qui a entraîné une incapacité de travail totale pendant plusieurs mois et son licenciement en mai 2007.

Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), qui a mis fin aux prestations au 30 septembre 2008, sur avis de son médecin-conseil. Ce dernier avait estimé, dans son rapport d'examen médical final du 10 juin 2008, que l'assuré pouvait travailler dans une activité de nettoyeur léger. L'assuré n'a cependant plus repris d'emploi depuis son accident du 14 mars 2007.

b) 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 6 mars 2008.

L'OAI a établi, le 1^{er} septembre 2008, un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, au motif que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité légère ainsi que pour l'activité habituelle de nettoyeur pour autant que ses limitations fonctionnelles (pas de travaux de force ni de travaux au-dessus de l'horizontale du bras droit) soient respectées. Après comparaison du revenu sans invalidité (revenu annuel de 45'383 fr. selon la convention collective de travail 2008 dans la branche du nettoyage) et avec invalidité (55'250 fr.), l'OAI constatait qu'un nouveau travail, respectant les limitations fonctionnelles, n'entraînerait aucune perte de gain et que, par conséquent, l'assuré n'avait pas le droit à une rente d'invalidité. Une aide au placement pouvait toutefois lui être octroyée.

En l'absence d'objections de la part de l'assuré, l'OAI a confirmé son projet par décision du 9 octobre 2008.

L'assuré a interjeté un recours à l'encontre de cette décision par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 31 octobre 2008, laquelle l'a rejeté par arrêt du 3 décembre 2010 (arrêt AI 549/08 - 482/2010). L'assuré a recouru en vain contre l'arrêt précité auprès du Tribunal fédéral (arrêt d'irrecevabilité TF 9C_80/2011 du 17 octobre 2011).

B. Le 16 décembre 2012, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a confié la mise en œuvre d'une expertise au Centre B._____ (ci-après : B._____), à T***, auprès duquel l'assuré a été examiné les 27 et 28 janvier 2016 par le Dr C._____, spécialiste en médecine générale, la Dre D._____, spécialiste en rhumatologie et le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport d'expertise du 27 mai 2016 a notamment retenu le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) avec composante asthmatiforme de stade 2 selon GOLD et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1) apparue progressivement depuis 2007, de syndrome métabolique avec obésité à BMI de 34.8 dès 2012, d'hypertension artérielle traitée, de syndrome des apnées obstructives du sommeil de degré modéré, non appareillé, de micronodules pleuraux stables depuis 2011 dans le cadre d'une probable exposition à l'amiante, de tuberculose latente non traitée et de reflux gastro-oesophagien. Ils ont estimé la capacité de travail de l'intéressé à 50 % comme employé dans une entreprise de nettoyage, en raison des difficultés à travailler en hauteur et à effectuer des mouvements répétés avec le membre supérieur droit ; dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100%, celle-ci devant satisfaire aux critères suivants : pas de travail au-dessus du niveau de l'épaule avec le membre supérieur droit, pas de mouvements répétés avec le membre supérieur droit, pas de port

de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, et de 8 kg avec les deux mains.

Par décision du 14 décembre 2016, confirmant un projet de décision du 1^{er} septembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que son degré d'invalidité s'élevait à 10 % - taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente -, compte tenu de sa capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par acte du 31 janvier 2017, l'assuré a interjeté un recours à l'encontre de cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, laquelle l'a rejeté et a confirmé la décision litigieuse par arrêt du 12 juillet 2018 (arrêt AI 34/17 - 206/2018).

C. L'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI le 26 novembre 2018 et produit un rapport de sa psychiatre traitante daté du 16 janvier 2018 (*recte* : 2019) posant le diagnostic d'autre trouble lié à des traumatismes ou des facteurs de stress spécifié (F43.8) et faisant état d'une dégradation de l'état de santé physique de son patient depuis trois ans, qui péjorait également son tableau dépressif et anxieux.

Par décision du 25 mars 2019, confirmant un projet de décision du 11 février 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, au motif que le rapport médical du 16 janvier 2019 n'avait pas permis de rendre plausible une modification significative de l'état de santé de l'assuré, ni l'existence d'éléments médicaux nouveaux dont il n'aurait pas connaissance au dossier.

D. Le 14 juillet 2020, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir une aggravation de son état de santé.

L'OAI est entré en matière sur cette demande et a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertises G. _____ SA (ci-après : G. _____), à V***. L'assuré y a été examiné le

14 février 2022 par la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 24 février 2022 par le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie, et le 1^{er} mars 2022 par le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans leur rapport du 9 mai 2022, les experts ont posé les diagnostics de douleur de l'épaule droite sur déchirure partielle du tendon du supra-épineux et inflammation du long biceps, de ténosynovite du tendon du fléchisseur du 3^{ème} doigt de la main gauche, de syndrome fémoro-patellaire droit, de gonalgie gauche avec ostéo-chondromatose secondaire sur arthrose fémoro-patellaire, opérée le 13 juin 2018, de cervicalgies sans irradiation dans les membres supérieurs avec examen neurologique normal et électromyogramme normal, de lombalgies sans irradiation dans les membres inférieurs avec examen neurologique normal et électromyogramme normal, de bronchopneumopathie chronique obstructive de degré moyennement sévère sur tabagisme, limitant les efforts et aggravée par un syndrome restrictif lié à l'obésité, ainsi que de syndrome des apnées du sommeil obstructives de degré léger à moyen, pouvant contribuer à une fatigue accrue. Ils ont également posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'obésité de stade 2, d'hypertension artérielle, de reflux gastro-œsophagien, de mycoses œsophagiennes secondaires au traitement par IPP et peut-être aux corticoïdes topiques utilisés dans le traitement de la bronchopneumopathie chronique obstructive, de mycoses cutanées sévères interdigitales plantaires ayant présenté une sévère surinfection après l'introduction d'un traitement immunosuppresseur pour des polyarthralgies, de lipomatose ayant nécessité l'excision de plusieurs lipomes ou angioliipomes, de fibromyalgie de sévérité faible, de chirurgie pour canal carpien gauche, de rhizarthrose débutante du pouce droit, de dysthymie (F.34.1) et de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4). Les experts du G._____ ont évalué la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à 100 % sans baisse de rendement en dehors des interruptions entre avril et septembre 2017 pour le traitement d'une infection et de juin à juillet 2018 pour une arthroscopie du genou. Les limitations fonctionnelles rhumatologiques consistaient en : pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5kg, pas de porte-à-faux du buste et du rachis cervical, ni de rotation du buste et du rachis cervical, port de charge proche du corps limité

à 10 kg, pas de montée et descente d'escaliers, pas de position à genoux ou accroupie, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage), pas de position du membre supérieur droit allant au-delà de la ligne des épaules en abduction et en antépulsion, pas de mouvement de préhension forcée de la main gauche ; en outre, la problématique respiratoire imposait d'éviter le travail dans des milieux poussiéreux ou en présence d'irritants, ainsi que d'éviter des efforts physiques importants tels que les longs déplacements ou le port de charge d'ailleurs déjà limité sur le plan rhumatologique ; les travaux nécessitant le port de grosses chaussures susceptibles de favoriser une nouvelle surinfection des mycoses interdigitales étaient également à proscrire.

Par avis du 18 août 2022, la médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a estimé que l'expertise susmentionnée était convaincante et qu'il convenait de suivre ses conclusions.

Par décision du 24 janvier 2023, confirmant un projet de décision du 29 novembre 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que sa capacité de travail s'élevait toujours à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que listées dans l'expertise du G._____. Après comparaison du revenu sans invalidité (revenu annuel de 65'815 fr. 11 basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS ; salaire que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services en 2020, TA1, niveau de compétence 1]) et avec invalidité (59'233 fr. 60 sur la base du même salaire ressortant de l'ESS, avec un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles), l'office précité a constaté que le degré d'invalidité, de 10 %, était inférieur à 40 %, de sorte qu'il ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

E. Le 29 mai 2024, l'assuré a déposé une cinquième demande de prestations à l'OAI, invoquant notamment à titre d'atteintes à la santé un diabète, une dépression, des troubles de la mémoire et une maladie chronique responsables d'une incapacité de travail totale depuis 2010.

Par courrier électronique du 30 mai 2024, la Dre P._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a expliqué à l'OAI que son patient avait consulté le Centre de la mémoire du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) le 6 mars 2024, mais qu'elle n'avait pas encore reçu le rapport de cette consultation ; elle a ainsi requis une prolongation du délai de remise de son rapport médical. Elle a en outre notamment produit les pièces suivantes :

- un rapport relatif à une IRM cérébrale réalisée le 30 mai 2022, qui a mis en évidence une « atrophie cortico-sous-corticale bi-fronto-temporale pour l'âge », une microhémorragie isolée en région frontale droite, non spécifique, une absence d'évènement ischémique ou hémorragique aigu ou subaigu, une absence d'anomalie du polygone de Willis, et une absence d'effet de masse et de rehaussement pathologique ;

- un rapport d'examen neuropsychologique du 14 octobre 2022, réalisé au Service de neurologie de l'Hôpital J._____, concluant à des scores très inférieurs à la norme dans le domaine attentionnel, des scores inférieurs voire très inférieurs à la norme aux épreuves de mémoire épisodique verbale et visuelle, des scores très inférieurs à la norme aux épreuves exécutives, des scores très inférieurs à la norme à une épreuve visuoconstructive et un score très inférieur à la norme en mémoire de travail visuospatiale ; les médecins de l'Hôpital précité ont relevé que l'analyse des facteurs intrinsèques, l'échec à une épreuve de validation de performances et l'observation clinique montrant des signes discordants confirmaient la présence de discordances ; l'examen n'était donc pas valide selon les directives de spécialité ; ils ne pouvaient ainsi se prononcer sur le réel potentiel cognitif du patient et, par extension, sur un éventuel diagnostic neurodégénératif, qui ne pouvait pas non plus être exclu. Les médecins ont estimé que d'autres facteurs participaient au tableau neuropsychologique actuel, comme les douleurs, l'état dépressif important, les troubles du sommeil et un récent COVID-19. Ils ont proposé de revoir le patient dans six mois ;

- un rapport d'examen neuropsychologique réalisé le 1^{er} février 2024 à l'Unité de neurologie de l'Hôpital J._____, dont il ressortait ce qui suit :

« Ce nouvel examen neuropsychologique réalisé en [...] chez ce patient de [...] ans, algique manifestant de multiples plaintes, démonstratif, verbalisant une fatigue dès son arrivée ainsi qu'un manque de sommeil, s'exprimant avec une lenteur avec des latences irrégulières variant entre des réponses rapides et de longues latences, met en évidence des scores inférieurs voire très inférieurs à la norme dans la plupart des domaines investigués (attention, fonctions exécutives, mémoire,gnosies visuelles, calcul écrit...) dans le contexte d'un examen neuropsychologique comportant des incohérences inter- et intra-épreuves à l'analyse des facteurs intrinsèques et un échec à une épreuve de validation de performances. Ainsi, le présent examen est invalide selon les directives de spécialité et ne permet donc pas de statuer sur la présence ni l'absence de troubles cognitifs, et par extension d'inférer un diagnostic neurologique ou d'éventuelles limitations fonctionnelles.

En revanche, on relève la résurgence d'un réflexe palmo-mentonnier inépuisable à gauche et épuisable à droite pouvant se comprendre dans le contexte de l'athrophie cortico-sous-corticale bifronto-temporale relevée à l'IRM cérébrale du 30.05.2022. L'examen neuropsychologique ne permettant pas de mettre en lumière un tableau pouvant s'associer à un diagnostic connu, la réalisation d'investigations médicales plus approfondies par un neurologue ou dans un Centre de la Mémoire permettrait de préciser la présence ou l'absence d'un diagnostic neurologique précis. »

- un rapport du 6 mars 2024 adressé au Dr Q._____, spécialiste en neurologie, par lequel la Dre P._____ a, pour l'essentiel, requis de ce dernier qu'il convoque son patient pour une évaluation neuropsychologique, en raison d'une suspicion de pathologie démentielle débutante, les troubles neuropsychologiques paraissant de plus en plus importants.

Selon le compte-rendu de la permanence SMR du 3 septembre 2024, la seule suspicion de diagnostic ne suffisait pas ; les rapports fournis ne démontraient aucun nouveau diagnostic incapacitant ni aucune aggravation justifiant que la capacité de travail retenue en 2023 n'était plus d'actualité.

Par projet de décision du 3 septembre 2024, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande de prestations, au motif que celui-ci n'avait pas rendu plausible une modification notable de sa situation, telle qu'elle prévalait dans sa précédente décision du 24 janvier 2023.

Par rapport du 11 octobre 2024 à l'OAI, la Dre P._____ a exposé que l'état de santé de son patient s'aggravait sévèrement depuis 2022 ; celui-ci présentait un tableau dégénératif cérébral avec atrophie hippocampique et atrophie cortico-sous-corticale fronto-pariéto-temporale bilatérale. Elle a annoncé que des investigations étaient en cours au Centre Leenaards de la Mémoire où il était prévu que son patient soit incessamment convoqué. La médecin précitée a ajouté que le tableau d'atteinte à la santé actuel, outre le côté somatique avec de multiples comorbidités, se surimposait à des troubles cognitifs majeurs, une inversion du rythme nycthéméral, une hyperphagie et un état de totale aboulie rendant l'intéressé totalement inapte à travailler dans n'importe quelle activité. Elle a transmis les pièces suivantes :

- un rapport relatif à une IRM cérébrale réalisée le 23 septembre 2024, mettant en évidence une stabilité de l'atrophie cortico-sous-corticale fronto-pariéto-temporale bilatérale par rapport au comparatif du 30 mai 2022, une atrophie des hippocampes de grade 2 de l'échelle de Scheltens, une microhémorragie isolée de la région frontale inférieure à droite, non spécifique et inchangée, ainsi qu'une absence de processus de rehaussant suspect d'évolutivité intra ni extra-axiale ;

- un certificat médical du 30 septembre 2024, par lequel elle a listé les diagnostics retenus pour son patient, à savoir une spondylarthrite inflammatoire de forme axiale et périphérique, un tableau douloureux chronique de l'appareil locomoteur dans le contexte d'une spondylarthropathie inflammatoire, des troubles dégénératifs polytopiques et un état dépressif sévère, une tuberculose latente traitée, une dyspnée d'origine multifactorielle dans le contexte d'une obésité de stade II selon

l'OMS, une bronchopneumopathie chronique obstructive de degré moyennement sévère, des troubles de la diffusion de degré léger sur emphysème pulmonaire et un déconditionnement respiratoire, une dyssomnie sur troubles du rythme circadien majeur avec syndrome des apnées du sommeil obstructives de degré moyen, difficilement appareillable, un état dépressif chronique traité, une maladie de reflux gastro-œsophagien avec gastrite, une épaule droite douloureuse sur status post accident de travail avec déchirure de la coiffe et lésions labrales, une œsophagite peptique grade A selon Los Angeles et une gastrite érosive, des névralgies cervicobrachiales droites C5-C6-C7 sur sténose foraminale disco-ostéophytaires C5-C6 et C6-C7 droite, un état dentaire précaire, des douleurs hémi-abdominales droites hautes possiblement d'origine dorsale (CT-scan thoraco-abdominal normal début 2022), une hypertension artérielle traitée, un diabète de type II traité par Metformine depuis mi-juillet 2022, un status post mycose œsophagienne secondaire au traitement par inhibiteurs de la pompe à protons (mai 2016), un status post pneumonie basale droite (mai 2018), un status post ménisectomie interne et résection de corps étrangers intra-articulaires du genou gauche (juin 2018), un status post excision d'un acrochordon axillaire gauche (juillet 2018), un status post sévère infection du membre inférieur droit ayant nécessité un suivi dermatologique au CHUV (de juillet à octobre 2018), un status post excision de multiples lipomes sous-cutanés (abdomen, membre supérieur gauche, membre supérieur droit) (été 2020), un status post infection par Coronavirus (août 2021), un status post infection cutanée du membre inférieur ayant frôlé l'amputation pour sévère infection sur problématique cutanée interdigitale aux orteils (alors que le patient était sous immuno-suppression) et un status post candidose orale. La Dre P._____ a précisé que des investigations étaient en cours au Centre Leenaards de la Mémoire, en raison d'importants troubles cognitifs, qui s'étaient aggravés depuis le début de l'année.

Par décision du 14 octobre 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré, pour les motifs exposés dans son précédent projet de décision.

Par avis du 23 octobre 2024, la médecin du SMR a noté qu'en l'état, elle ne disposait pas d'élément confirmant une aggravation documentée de l'état de santé de l'assuré, notamment sur le plan cognitif. Il existait ainsi deux possibilités : soit proposer un prolongement du délai jusqu'à l'obtention d'un rapport étayé du Centre Leenaards de la Mémoire, soit maintenir la décision de refus du 14 octobre 2024, en sachant que l'assuré redéposerait une demande de prestation dès que le bilan concernant sa mémoire aurait été réalisé.

F. Par acte du 12 novembre 2024, A. _____ a interjeté un recours à l'encontre de la décision du 14 octobre 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à ce que l'intimé entre en matière sur sa demande de prestations du 29 mai 2024. Il a exposé avoir rencontré les médecins consultants du Centre Leenaards de la Mémoire et être en attente des résultats de leur évaluation.

Par réponse du 12 décembre 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours, estimant que les rapports médicaux produits dans le cadre de la nouvelle demande n'apportaient aucun élément nouveau objectif susceptible de rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant.

Le 20 janvier 2025, Me Lino Maggioni a informé la Cour de céans avoir été consulté et constitué avocat par le recourant. Il a sollicité l'octroi d'un délai pour déposer des explications complémentaires et que son mandant soit mis au bénéfice de l'assistance judiciaire comprenant sa désignation en qualité de conseil d'office.

Par décision du 22 janvier 2025, la juge instructrice a octroyé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 17 janvier 2025 et désigné Me Lino Maggioni comme conseil d'office.

Par réplique du 27 mars 2025 intitulée « complément au recours », le recourant, sous la plume de son conseil, a conclu principalement à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'il est

entré en matière sur la demande de révision (sic), subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur sa demande du 29 août 2023 (sic), et à titre plus subsidiaire au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Dans un premier moyen, le recourant se plaint de ce que la décision litigieuse violerait son droit d'être entendu, puisque l'intimé a prononcé une décision de refus d'entrer en matière avant même qu'une prise de position par un praticien compétent n'ait été effectuée s'agissant des nouvelles pièces produites par la Dre P._____ le 11 octobre 2024. A cet égard, le recourant soutient également que la décision entreprise ne permet pas de comprendre pourquoi les nombreuses pièces communiquées par la médecin précitée ne permettent pas d'entrer en matière sur sa demande. Sur le fond du litige, il fait valoir que, dans sa décision du 24 janvier 2023, l'OAI ne retiendrait aucune limitation fonctionnelle psychiatrique, ni aucune éventuelle atteinte neurocognitive, tandis que les différents rapports de la Dre P._____ attesteraient un état dépressif chronique, une aggravation de son état de santé sur le plan neuropsychologique et une double comorbidité somatique et psychique. Selon lui, les pièces produites par cette dernière à l'intimé rendaient hautement vraisemblable une aggravation de son état de santé. Pour étayer ses dires, le recourant a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 10 février 2025 relatif au séjour du recourant du 29 janvier au 5 février 2025 au Service de médecine interne du CHUV en raison d'une exacerbation d'origine infectieuse à influenza A et probable surinfection bactérienne de la BPCO de stade 2 ;

- un rapport du 14 février 2025 à son conseil, dans lequel le Dr V._____, médecin associé au Centre Leenaards de la Mémoire du CHUV, a noté que le patient présentait un trouble neurocognitif majeur d'origine mixte (dégénérescence fronto-temporale variante comportementale, hypotoxique et thymique) et présentait en outre une polymorbidité importante avec une BPCO, une spondylarthropathie, un diabète de type 2, un trouble dépressif sans précision et un syndrome d'apnée du sommeil. Au vu des troubles cognitifs attentionnels et exécutifs constatés ainsi que de

l'apathie, la tendance à la persévération, les troubles du comportement alimentaire et l'irritabilité en lien avec sa pathologie cérébrale, la reprise d'une activité lucrative régulière ne lui semblait pas possible ;

- un rapport du 20 février 2024 (*recte* : 2025) à son conseil, par lequel la Dre W. _____ a posé les diagnostics de trouble somatoforme (F45.0), d'autres troubles de l'humeur récurrents (F38.1) et de trouble mixte de la personnalité (F61) et expliqué que le diagnostic récemment retenu par le Centre Leenaards de la Mémoire était une démence fronto-temporale dans sa variante comportementale. A son avis, une incapacité de travail totale devait être retenue quelle que soit l'activité depuis 2017. Il existait désormais des troubles cognitifs avec des éléments comportementaux (apathie, irritabilité, hyperoralité) et thymiques.

Par duplique du 25 avril 2025, l'intimé a maintenu sa position.

Par déterminations du 2 mai 2025, le recourant, par son conseil, a confirmé ses conclusions. Me Lino Maggioni a, par la même occasion, déposé la liste de ses opérations.

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. Est litigieuse la question de savoir si l'autorité intimée était fondée à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 29 mai 2024.

3. Dans un grief de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu sous l'angle d'une motivation insuffisante, ainsi que d'une violation du devoir d'instruction de la part de l'intimé, qui n'aurait pas tenu compte des éléments médicaux produits par la Dre P._____ le 11 octobre 2024 avant de rendre sa décision, le 14 octobre 2024.

En l'occurrence, compte tenu de l'issue du litige – et donc du renvoi de la cause à l'autorité intimée pour qu'elle entre en matière sur la demande de prestations du recourant –, cette question peut demeurer indécise.

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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande,

l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_555/2023 du 15 avril 2024 consid. 4.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve,

ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

5. a) A titre préliminaire, on relèvera qu'il ne saurait être tenu compte dans l'examen de la présente cause des pièces produites par le recourant le 17 mars 2025 à l'appui de sa réplique, dans la mesure où elles sont postérieures à la décision litigieuse, datée du 14 octobre 2024 (cf. consid. 4c *supra*).

b) En l'espèce, le recourant a déposé une précédente demande de prestations auprès de l'OAI le 14 juillet 2020. Dans ce cadre, l'office a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de G._____. Dans leur rapport du 9 mai 2022, les experts en psychiatrie et psychothérapie, rhumatologie et médecine interne générale ont posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de douleur de l'épaule droite sur déchirure partielle du tendon du supra-épineux et inflammation du long biceps, de ténosynovite du tendon du fléchisseur du 3^{ème} doigt de la main gauche, de syndrome fémoro-patellaire droit, de gonalgie gauche avec ostéo-chondromatose secondaire sur arthrose fémoro-patellaire, opérée le 13 juin 2018, de cervicalgies sans irradiation dans les membres supérieurs avec examen neurologique normal et électromyogramme normal, de lombalgies sans irradiation dans les membres inférieurs avec examen neurologique normal et électromyogramme normal, de bronchopneumopathie chronique obstructive de degré moyennement sévère sur tabagisme, limitant les efforts et aggravée par un syndrome restrictif lié à l'obésité, ainsi que de syndrome des apnées du sommeil obstructives de degré léger à moyen, pouvant contribuer à une fatigue accrue. Ils ont également posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'obésité de stade 2, d'hypertension artérielle, de reflux gastro-œsophagien, de mycoses œsophagiennes secondaires au traitement par IPP et peut-être aux corticoïdes topiques utilisés dans le traitement de la bronchopneumopathie chronique obstructive, de mycoses cutanées sévères interdigitales plantaires ayant présenté une sévère surinfection après l'introduction d'un traitement immunosuppresseur pour des

polyarthralgies, de lipomatose ayant nécessité l'excision de plusieurs lipomes ou angioliipomes, de fibromyalgie de sévérité faible, de chirurgie pour canal carpien gauche, de rhizarthrose débutante du pouce droit, de dysthymie (F.34.1) et de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4).

D'après les experts, l'intéressé était capable de travailler dans une activité adaptée à 100 % sans baisse de rendement – hormis entre avril et septembre 2017 pour le traitement d'une infection et de juin à juillet 2018 pour une arthroscopie du genou – respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5kg, pas de porte-à-faux du buste et du rachis cervical, ni de rotation du buste et du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg, pas de montée et descente d'escaliers, pas de position à genoux ou accroupie, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage), pas de position du membre supérieur droit allant au-delà de la ligne des épaules en abduction et en antépulsion, pas de mouvement de préhension forcée de la main gauche ; en outre, la problématique respiratoire imposait d'éviter le travail dans des milieux poussiéreux ou en présence d'irritants, ainsi que d'éviter des efforts physiques importants tels que les longs déplacements ou le port de charge d'ailleurs déjà limité sur le plan rhumatologique ; les travaux nécessitant le port de grosses chaussures susceptibles de favoriser une nouvelle surinfection des mycoses interdigitales étaient également à proscrire.

Sur la base de cette expertise, jugée convaincante par le SMR, l'OAI a rendu une décision le 24 janvier 2023 rejetant la demande de prestations de l'assuré, au motif que son degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 10 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

c) A l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 29 mai 2024, le recourant, par sa rhumatologue traitante, a en particulier produit un rapport relatif à une IRM cérébrale réalisée le 30 mai 2022 – dont l'OAI n'avait pas connaissance au moment où sa décision du 24 janvier 2023 a été rendue – qui a mis en évidence une « atrophie cortico-sous-corticale bi-

fronto-temporale pour l'âge », ainsi qu'un rapport relatif à une IRM cérébrale réalisée le 23 septembre 2024, révélant une stabilité de l'atrophie susmentionnée et faisant état d'une atrophie des hippocampes de grade 2 de l'échelle de Scheltens. Il a également transmis un rapport d'examen neuropsychologique réalisé le 1^{er} février 2024, dans lequel les médecins de l'Unité de neurologie de l'Hôpital J._____ ont exposé que les examens subis mettaient en évidence des scores inférieurs, voire très inférieurs à la norme dans la plupart des domaines investigués (attention, fonctions exécutives, mémoire,gnosies visuelles, calcul écrit), l'examen étant toutefois invalide selon les directives de spécialité et ne permettant pas de statuer sur la présence ou l'absence de troubles cognitifs. Les médecins précitées ont noté que la réalisation d'investigations médicales plus approfondies par un neurologue ou dans un Centre de la mémoire permettrait de préciser la présence ou l'absence d'un diagnostic neurologique précis. Enfin, dans son rapport du 11 octobre 2024 adressé à l'OAI, la Dre P._____ a expliqué que l'état de santé de son patient s'aggravait sévèrement depuis 2022, celui-ci présentant un tableau dégénératif cérébral avec des troubles cognitifs majeurs ; elle a annoncé que des investigations étaient en cours au Centre Leenaards de la Mémoire, au CHUV.

En l'occurrence, l'expertise pluridisciplinaire du G._____ du 9 mai 2022 ne mentionne aucun trouble d'ordre neurologique, ne fait état d'aucune investigation dans ce domaine et retient l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique. Les nouveaux éléments médicaux produits dans le cadre de la présente procédure mettent en revanche en évidence des constatations objectives qui n'existaient pas lors de la précédente procédure, en particulier une atrophie cortico-sous-corticale bi-fronto-temporale objectivée par IRM dès le 30 mai 2022, confirmée lors de l'examen du 23 septembre 2024, une atrophie des hippocampes de grade 2 de l'échelle de Scheltens révélée par l'examen précité, ainsi que la suspicion d'un processus neurodégénératif accompagné de troubles cognitifs majeurs décrits par la médecin spécialisée traitante. Certes, au moment où la décision litigieuse a été rendue, les investigations entreprises auprès du Centre de la mémoire Leenaards n'avaient pas encore abouti et

aucun diagnostic neurologique définitif n'avait été posé, ou exclu. Cela étant, les éléments médicaux précités suffisaient à rendre plausible une aggravation notable de l'état de santé du recourant depuis la décision du 24 janvier 2023, justifiant ainsi que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande et procède à une instruction complémentaire.

d) Il s'ensuit que l'office intimé a violé le droit fédéral en refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 29 mai 2024 par le recourant. Il convient, par conséquent, de renvoyer la cause à cette autorité, afin qu'elle entre en matière sur cette demande puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), mette en œuvre les mesures d'instruction nécessaires aux fins d'éclaircir objectivement la situation sur le plan neurologique et/ou psychiatrique.

6. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 14 octobre 2024 par l'intimé annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 29 mai 2024 par le recourant.

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

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG). Après examen de la liste des opérations déposée le 2 mai 2025 par Me Lino Maggioni, qui ne peut être intégralement suivie, l'activité dépassant ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 14 octobre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à ce dernier afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 29 mai 2024 par A._____.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Lino Maggioni (pour A. _____),
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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).

La greffière :