

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2025 / 381 vom 22. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2025\\_\\_381](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__381)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2025 / 381 du 22 avril 2025

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2025 / 381 del 22 aprile 2025

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, ORDONNANCE DE NON-ENTRÉE EN MATIÈRE, REJET DE LA DEMANDE | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

## Erwägungen

### E. 22

avril 2025 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Pasche , présidente Mme Glas et M. Bonjour, assesseurs Greffier : M. Varidel \*\*\*\*\* Cause pendante entre : P. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 87 al. 2 et 3 RAI E n f a i t : A. a) P. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], chauffeur-livreur, a été victime le 5 octobre 1999 d'une chute dans des escaliers et a subi une entorse du genou gauche avec lésion des deux ménisques et du ligament croisé antérieur (LCA). Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou SUVA). Le 30 janvier 2012, l'assuré est tombé sur le dos après avoir manqué une marche d'escalier alors qu'il livrait des objets lourds. Le 10 octobre 2012, il a reçu une barrière métallique sur le bas du dos qui a occasionné une contusion de la colonne lombaire. Puis, le 14 juin 2013, il s'est blessé à l'épaule gauche en tombant sur son côté gauche alors qu'il descendait les escaliers à son domicile. Le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une arthroscopie de l'épaule gauche avec réparation du tendon supra-épineux le 6 novembre 2013. Dans un rapport d'examen du 23 octobre 2013, le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a confirmé que le statu quo ante pour le rachis lombaire avait été atteint six mois après l'événement du 10 octobre 2012. b) Le 7 avril 2014, par l'entremise de la CNA, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Le Dr N. \_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen le 2 juillet 2014, au terme duquel il a conclu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux répétés au-dessus du niveau de l'horizontale, pas de port de charges répété excédant 10 kg, pas de mouvement répétitif des membres supérieurs. Il a noté que l'assuré conservait subjectivement des douleurs au niveau de son épaule gauche, mais qu'objectivement, sa mobilité était comparable au côté opposé, avec un testing de la coiffe des rotateurs rassurant. Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a pris connaissance des pièces médicales réunies par l'OAI et a rendu un rapport le 26 février 2015. Il a noté que les atteintes à la santé du ressort de l'assurance-invalidité étaient, principalement, des omalgies gauches (statut après réparation arthroscopique du tendon supra-épineux le 6 novembre 2013), ainsi qu'une gonarthrose gauche (statut après

ménisectomie interne et ancienne lésion du LCA) et des lombalgies chroniques (discopathies étagées, spondylolyse de L5 avec spondylolisthésis L5/S1 de degré I). Le début de l'interruption totale de travail était le 10 octobre 2012. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail entière était exigible depuis mai 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 2 ■ 5 kg, mobilisation de l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale, position debout immobile prolongée, marche prolongée, accroupissements, franchissements d'escaliers/escabeaux, utilisation d'échelles/échafaudages. Par décision du 1<sup>er</sup> avril 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était devenue exigible en mai 2014, sans que ne subsiste de préjudice économique. Le recours déposé par l'assuré auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision a été déclaré irrecevable par arrêt du 26 octobre 2015 (AI 180/15 - 275/2015). B. Le 17 octobre 2016, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a sollicité auprès de la CNA une garantie de prise en charge pour la pose d'une prothèse du genou gauche, le patient présentant une gonarthrose tricompartmentale dans le cadre d'un genou instable sur lésion du ligament croisé antérieur chronique et résection méniscale partielle. Puis l'assuré a annoncé une chute survenue le 4 novembre 2016 sur son lieu de travail, en descendant d'un quai de chargement, causant des douleurs au genou gauche. La CNA a admis la prise en charge de l'opération et le versement d'indemnités journalières en tant que rechute de l'accident assuré du 5 octobre 1999. La pose d'une prothèse totale de genou gauche a eu lieu le 10 mai 2017. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 13 juin 2017, en indiquant, quant au genre de l'atteinte, que la pose d'une prothèse avait été « obligatoire » à la suite d'une forte chute au travail et de complications après une intervention chirurgicale au genou gauche, et qu'il souffrait en outre de troubles du sommeil. Il a précisé être en arrêt de travail depuis le 4 novembre 2016. Dans un rapport du 11 décembre 2017, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics présents depuis 2008 de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), et trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.2). La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 25 janvier 2017, date du début du suivi psychothérapeutique. Répondant le 16 avril 2018 à un questionnaire de l'OAI, le Dr B. \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient présentait quelques douleurs résiduelles en lien avec la prothèse totale de genou gauche, ainsi que des gonarthroses à droite et une tendinopathie non transfixiante du sus-épineux gauche. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 10 mai 2017, mais « probablement [d']au moins » 50 % dans une activité sédentaire. Le 12 décembre 2018, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale, avec l'implantation d'une prothèse totale de genou à droite (cf. rapport de sortie de l'Hôpital [...] du 17 décembre 2018). Le Dr K. \_\_\_\_\_ a répondu le 30 janvier 2019 aux questions de l'OAI, en indiquant que l'état de santé de son patient s'était nettement péjoré sur le plan physique (nouvelle intervention au niveau du genou droit), ce qui avait entraîné une détérioration de l'état psychique avec une exacerbation anxieuse et dépressive. La capacité de travail était nulle dans toute activité, les limitations fonctionnelles étant la position debout ou assise, des difficultés à la marche, une importante anxiété et une baisse de l'humeur. Dans un rapport du 17 septembre 2019, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé que son patient, qui avait des prothèses totales aux deux genoux, souffrait en outre des deux épaules avec tendinopathie de la coiffe

des rotateurs, ainsi que de lombalgies chroniques. Ces différentes pathologies n'étant pas compatibles avec son métier habituel, il fallait opter pour une reconversion ou une rente. L'assuré a séjourné à la Clinique T.\_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique T.\_\_\_\_\_) du 20 novembre au 17 décembre 2019, à la suggestion du médecin d'arrondissement de la CNA. Dans le rapport final établi le 6 janvier 2020, les médecins de la Clinique T.\_\_\_\_\_ ont constaté que la situation était stabilisée du point de vue médical. Ils ont retenu les diagnostics, sur le plan orthopédique, de tendinopathie du long chef du biceps et de bursite sous-acromiale, tandis que le psychiatre ne retenait aucun diagnostic. La poursuite de la physiothérapie n'était pas proposée, au vu du manque de résultat. Il n'y avait aucune proposition chirurgicale. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de chauffeur-livreur était défavorable. Il était en revanche favorable pour une réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, avec une pleine capacité attendue, sous réserve de facteurs non-médicaux susceptibles de ralentir le processus de réinsertion (facteurs contextuels, notamment une légère kinésiophobie, un catastrophisme élevé, une perception du handicap fonctionnel majeur associé à une focalisation sur la douleur et de nombreuses autolimitations). Les limitations fonctionnelles définitives retenues pour les deux genoux étaient le port de charges répétitif supérieur à 15-20 kg, la marche prolongée surtout en terrain irrégulier, les positions accroupies et à genoux répétitives et l'utilisation répétée d'escaliers et/ou d'échelles. Le 23 janvier 2020, la Dre H.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen final de l'assuré. Constatant que la situation était stabilisée sur le plan médical, elle a conclu à une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Cependant, compte tenu des plaintes émises par l'assuré à cette occasion à propos de son épaule gauche, la Dre H.\_\_\_\_\_ s'est fait remettre l'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche passée par l'assuré le

## **E. 23**

janvier 2020 ainsi que le rapport de consultation du Dr R.\_\_\_\_\_ du 24 janvier 2020. Il en ressort que le patient présentait des douleurs récidivantes à l'épaule gauche dans le contexte de marche avec des cannes anglaises après la pose des prothèses de genou. Il s'agissait d'une décompensation de type inflammatoire de l'épaule gauche pour laquelle le Dr R.\_\_\_\_\_ privilégiait un traitement conservateur (physiothérapie). Dans un avis du 3 février 2020, la Dre H.\_\_\_\_\_ a admis la nécessité de poursuivre le traitement et l'absence de stabilisation du cas. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a indiqué ensuite, dans un rapport du 16 mars 2020, que l'évolution était favorable sous physiothérapie. Réinterrogée par la CNA, la Dre H.\_\_\_\_\_ a conclu le 21 avril 2020 que la situation médicale des troubles actuels, en relation de causalité probable avec l'événement du 14 juin 2013, était stabilisée et superposable à celle qui prévalait lors de l'examen du médecin d'arrondissement du 2 juillet 2014 dont les conclusions restaient valables. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a répondu le 2 juillet 2020 à de nouvelles questions de l'OAI. Posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.2), ce médecin a mentionné les limitations fonctionnelles d'ordre psychique suivantes : importante fatigabilité, tristesse, anxiété et anhédonie. L'évolution était stationnaire et la capacité de travail nulle compte tenu de « toute la symptomatologie physique et psychique ». Consulté pour avis, le SMR a émis l'appréciation suivante le 8 septembre 2020 : « Discussion : Au final, sur le plan orthopédique, l'état de santé s'est aggravé depuis la première demande, notamment avec

l'apparition de limitations fonctionnelles des deux genoux [status post] mise en place de [prothèses totales de genou] des deux côtés (nouvelles atteintes). En ce qui concerne l'épaule [gauche], la situation paraît stationnaire. Sur le plan orthopédique, il y a des nouvelles [limitations fonctionnelles] à prendre en compte mais la [capacité de travail résiduelle] dans une activité adaptée reste de 100 %, selon les conclusions de la SUVA. Par ailleurs, l'assuré présente des lombalgies sur troubles dégénératifs avancés du rachis lombaire sans rapport avec les accidents pris en charge par la SUVA. Nous sommes d'avis que les répercussions de troubles du rachis sont incomplètement investiguées par les médecins de la SUVA. Sur le plan psychiatrique, le dossier de la SUVA ne permet pas non plus de se prononcer (pas de rapport psychiatrique) alors que le psychiatre traitant atteste une [capacité de travail] nulle dans toute activité pour un syndrome dépressif sévère. Enfin nous avons souligné la mention d'incohérence relevées par les médecins de la Clinique T.\_\_\_\_\_ et le [médecin d'arrondissement] de la SUVA. Dans ce contexte, nous ne sommes pas en mesure de statuer et proposons de préciser les atteintes du ressort de l'AI et la [capacité de travail] résiduelle tenant compte de l'ensemble des [limitations fonctionnelles] orthopédiques et du rachis au moyen d'une Expertise ou un examen SMR bidisciplinaire rhumato-psychiatrique ». Le 17 septembre 2020, la CNA a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision du 16 juin 2020 par laquelle elle a refusé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que la comparaison des revenus ne laissait apparaître aucune perte de salaire, et octroyant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35 % pour les suites de l'accident de 1999. L'assuré a été examiné au SMR les 15 et 25 février 2021 par les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avec la supervision du Dr L.\_\_\_\_\_, également spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport bidisciplinaire, déposé en mars 2021, retient principalement les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de gonalgies mécaniques bilatérales dans un status post pose de prothèses totales de genou pour une gonarthrose (M17.2), associées à des lombopygalgies droites dans un contexte de spondylolisthésis de grade I et de protrusion circonférentielle en L5-S1, ainsi qu'à une tendinopathie chronique du supraépineux gauche. Les spécialistes ont par ailleurs retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'antécédent personnel d'intervention chirurgicale au niveau de l'épaule droite il y a 20 ans, de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4). L'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 4 novembre 2016 en raison de la gonarthrose tricompartimentale gauche, mais une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100 % depuis le 18 décembre 2019, date de sortie de la Clinique T.\_\_\_\_\_. Les atteintes psychiatriques avaient par ailleurs entraîné une incapacité de travail totale du 25 janvier au 26 septembre 2017. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit : « Limitations fonctionnelles Sur le plan rhumatologique, les [limitations fonctionnelles] sont les suivantes : Genoux : pas de travail accroupi ou à genou, pas de montée/descente répétée d'escaliers, pas de travail en hauteur ou sur un plan instable. Pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre. Pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes. Pas de position debout statique au-delà de 20 minutes. Epaule [gauche] : pas de travail prolongé avec le bras au-dessus de l'horizontale, pas de soulèvement de charges avec le [membre supérieur droit] au-delà de 3 kg. Rachis : pas de mouvement répété de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, changement de position identique à celui décrit pour le rachis lombaire. Globalement, pas de port de charges répété au-dessus de 10 kg. Nous sommes

plus restrictifs au niveau des [limitations fonctionnelles] que celles retenues par la Dresse H. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement dans son examen final du 23.01.2020. Le port de charge annoncé jusqu'à 15 kg nous paraît trop important au vu des atteintes à la santé ostéoarticulaires multiples que présente l'assuré. Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacité, il n'y a pas de [limitation fonctionnelle]. » Le 29 mars 2021, l'OAI a établi un calcul du salaire exigible pour l'année 2019, fondé sur le salaire que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, au taux d'activité de 100 % tant pour le revenu avec que sans invalidité. Pour le revenu avec invalidité, un abattement supplémentaire de 5 % a été admis pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Il était relevé que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères. Le même jour, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 31 mars 2020. Tenant compte d'une capacité de travail nulle dans toute activité au moment du dépôt de la demande de prestations en novembre 2016 et de la récupération d'une capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès décembre 2019, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité à cette date était de 5 %, taux qui n'ouvrait pas le droit à une rente. Dans une communication séparée, l'OAI a octroyé une aide au placement. Par courrier du 11 mai 2021 de son conseil, Me Jean-Michel Duc, l'assuré a déclaré contester entièrement le projet de décision en raison de son état de santé invalidant et a sollicité un délai de deux mois pour pouvoir produire des rapports médicaux complémentaires dont il était en attente. Un délai au 30 juin 2021 lui a été octroyé par l'OAI (cf. communication du 12 mai 2021), délai prolongé au 3 août 2021 au plus tard (cf. communication du 1<sup>er</sup> juillet 2021) sur requête présentée le 30 juin 2021 par Me Duc. Tout en sollicitant un délai exceptionnel au 3 septembre 2021 pour pouvoir produire d'éventuels nouvelles pièces médicales dont il était toujours en attente, l'assuré a complété ses objections par courrier du 3 août 2021 en s'appuyant sur un rapport établi le

## **E. 27**

juin 2024, dans lequel il a relevé que son patient présentait des gonalgies bilatérales qui se manifestaient par des douleurs significatives, qui avaient entraîné une diminution importante de son périmètre de marche (qui était passé de 20 minutes à 10 minutes). Les omalgies étaient en outre en augmentation depuis 2022 et les douleurs y relatives affectaient sa capacité à effectuer des mouvements quotidiens et porter des charges. Le Dr O. \_\_\_\_\_ a ainsi retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail dans le domaine de la construction ou tout autre emploi nécessitant un effort physique important. Pour le Dr O. \_\_\_\_\_, ces limitations empêchaient l'assuré d'exercer une quelconque activité professionnelle à ce jour. Le Dr O. \_\_\_\_\_ a joint le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 21 mars 2024, ainsi qu'un rapport du 27 juin 2024 du Dr R. \_\_\_\_\_ posant le diagnostic de décompensation d'une tendinopathie du supra-épineux gauche avec status post réparation arthroscopique du tendon supra-épineux gauche en 2013. L'assuré l'avait consulté pour faire un point de situation, annonçant qu'une IRM des épaules serait organisée et qu'il reverrait le patient en août [2024] pour planifier la suite de la thérapie. Le 11 juillet 2024, l'OAI a à nouveau rendu l'assuré attentif au fait qu'il n'avait pas reçu le formulaire officiel. L'assuré a déposé une demande formelle de prestations le 17 juillet 2024, en indiquant être suivi par le Dr O. \_\_\_\_\_ depuis 2014 et par le psychologue W. \_\_\_\_\_ depuis 2024. Quant au genre de l'atteinte, il a indiqué

« physique et psychique », dite atteinte existant depuis 2014. Le dossier de l'assuré a été soumis le 27 août 2024 à la permanence SMR. Cette dernière a relevé être en présence des mêmes atteintes, les gonalgies bilatérales et les douleurs aux épaules étant connues, si bien que les éléments transmis ne permettaient pas de retenir une aggravation de l'état de santé. Par projet de décision du 27 août 2024, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 17 juillet 2024. Par décision du 7 octobre 2024, l'OAI a confirmé refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande, dès lors que l'examen de son dossier n'avait montré aucun changement. G. Par acte du 5 novembre 2024, P. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à ce que l'OAI entre en matière sur sa nouvelle demande. Il a en substance fait valoir qu'il fallait prendre en considération les deux interventions chirurgicales effectuées le 7 mars 2024 sur sa jambe gauche, et le 2 septembre 2024 sur ses deux pieds. Une autre intervention sur la jambe droite devait encore être planifiée. Le recourant annonçait la production de rapports. Le 17 décembre 2024, le recourant a sollicité une réévaluation de son dossier, compte tenu de la péjoration de son état de santé. Il a produit avec son écriture complémentaire un rapport du 27 août 2024 du Dr R. \_\_\_\_\_, ainsi qu'un rapport du 3 décembre 2024 du Dr B. \_\_\_\_\_. Par réponse du 20 décembre 2024, l'OAI a proposé le rejet du recours. Le 28 janvier 2025, le recourant a répété que son incapacité de travail était totale. Il a joint à cet égard une attestation du Dr O. \_\_\_\_\_ du 20 janvier 2025, ainsi qu'un rapport du 22 janvier 2025 du Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W. \_\_\_\_\_, psychologue. Dans sa duplique du 21 février 2025, l'OAI a rappelé que lorsque l'objet du litige est, comme en l'espèce, une décision de refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, sans prendre en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée. L'OAI a dès lors une nouvelle fois proposé le rejet du recours. Il a relevé qu'une fois droit connu sur le recourant, se poserait la question de savoir s'il y avait lieu d'examiner si les rapports des 27 août et 3 décembre 2024, ainsi que des 20 et 22 janvier 2025, étaient de nature à permettre à l'OAI d'entrer en matière sur les nouvelles demandes de réexamen qui lui étaient parvenues les 19 décembre 2024 et 31 janvier 2025 par l'intermédiaire de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 17 juillet 2024 par le recourant, singulièrement sur la question de savoir si celui-ci a rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits depuis la décision de l'OAI du 11 janvier 2022. 3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet

au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

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

4. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b).

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

5. a) En l'espèce, par décision du 11 janvier 2022 entrée en force, l'OAI a accordé à l'assuré une rente limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 31 mars 2020, et lui a nié ce droit à compter du 1<sup>er</sup> avril 2020, au motif qu'il avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de décembre 2019. Cette décision a été confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du 19 juillet 2024. Par décision du 7 octobre 2024, l'intimé a refusé d'entrer en

matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 17 juillet 2024 par le recourant, au motif que celui-ci n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de rente limitée dans le temps du 11 janvier 2022. Comme l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, il s'agit donc pour la Cour de céans d'examiner si les rapports du Dr O. \_\_\_\_\_ des 22 mai et 27 juin 2024, du Dr B. \_\_\_\_\_ du 21 mars 2024, et du Dr R. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2024 établissent de manière plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment où a été rendue la décision de rente limitée dans le temps du 11 janvier 2022, laquelle constitue la dernière décision entrée en force fondée sur un examen matériel du droit aux prestations. On relèvera à ce stade déjà que dans la mesure où la situation doit être examinée d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, les pièces produites en recours ne peuvent pas être prises en considération (cf. consid. 4 let. c). Il incombera le cas échéant au recourant de s'en prévaloir dans le cadre d'une éventuelle nouvelle demande de prestations. b) En l'occurrence, il faut constater, avec l'intimé, que les éléments produits dans le cadre de la procédure administrative, listés ci-dessus, ne sont pas de nature à rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Le Dr O. \_\_\_\_\_ ne fait pas état dans ses rapports des 22 mai et 27 juin 2024 de nouvelles atteintes, pas plus que de nouvelles limitations fonctionnelles. A cet égard, les médecins du SMR retenaient déjà dans leur rapport bidisciplinaire déposé en mars 2021 que l'assuré, compte tenu des atteintes à l'épaule gauche, devait éviter le travail prolongé avec les bras au-dessus de l'horizontale et le soulèvement de charges de plus de 3 kg. Les médecins du SMR retenaient également, au niveau des genoux, qu'il fallait notamment éviter le travail accroupi ou à genou, ainsi que la station assise ou debout prolongée, ce qui rejoint en tout point les limitations retenues par le Dr O. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 mai 2024. Les gonalgies sont connues, de même que les omalgies. La simple allégation d'une péjoration de ces atteintes, sans autres éléments, ainsi que le fait le Dr O. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 juin 2024, ne permet pas de rendre plausible une modification de l'état de santé. Le même constat vaut s'agissant de l'affirmation du médecin traitant selon laquelle son patient est régulièrement suivi par les Drs B. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, mais sans autres rapports de ces médecins que ceux des 21 mars et 27 juin 2024. S'agissant du rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2024, on relèvera qu'il n'est pas non plus propre à attester la péjoration alléguée. Ce médecin fait état d'une décompensation d'une tendinopathie du supra-épineux de l'épaule gauche en rappelant le fait que son patient a été opéré des deux épaules il y a plus de dix ans avec une évolution marquée par des douleurs persistantes à l'effort à prédominance gauche. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a annoncé qu'il allait effectuer une IRM des épaules, puis qu'il reverrait le patient en août 2024 pour faire le point. Le recourant n'a toutefois, dans le cadre de la procédure administrative, produit aucun élément en lien avec son suivi. Quant au Dr B. \_\_\_\_\_, il s'est limité, dans son rapport du 21 mars 2024, à résumer la situation de son patient, sans plus d'information, et sans, en particulier, se prononcer sur sa capacité de travail. Pour le surplus, si le rapport du 22 mai 2024 du Dr O. \_\_\_\_\_ fait état d'un suivi psychiatrique, de même que celui du Dr R. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2024, aucun élément ne vient étayer cette allégation qui, en tant que telle, est insuffisante à établir une péjoration à ce niveau. c) En conclusion, les différents rapports médicaux produits par le recourant l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 17 juillet 2024 n'objectivent pas de nouvelles atteintes ou une aggravation des atteintes existantes par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision rendue le 11 janvier 2022, entrée en force à la suite de l'arrêt de rejet de la Cour des assurances

sociales du 19 juillet 2023. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le recourant n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Dans ces conditions, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 17 juillet 2024. 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu l'issue du litige. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.