

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 382 vom 28. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__382

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 382 du 28 avril 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 382 del 28 aprile 2025

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, AI{ASSURANCE}, ORDONNANCE DE NON-ENTRÉE EN MATIÈRE | 28 al. 1 LAI, 28b LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Erwägungen

E. 28

mai 2008. Le 12 avril 2010, le Dr C. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a examiné l'assuré le même jour, a diagnostiqué une arthrose fémoro-tibiale externe du genou droit et constaté l'exigibilité d'une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir, avec évitement des charges supérieures à 15-20 kg, la montée ou la descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, l'évitement de la marche en terrain instable ou irrégulier ainsi que le travail à genoux ou accroupi). Compte tenu de l'âge de l'intéressé, ce médecin était d'avis que la mise en place d'une prothèse totale du genou était prématurée. L'assuré a séjourné une seconde fois à la S. _____ du 27 avril 2010 au 26 mai 2010. Dans leur rapport final du 20 juillet 2010, les Drs T. _____ et [...], médecin-assistant, ont posé les diagnostics de gonalgie droite chronique, de gonarthrose droite tricompartmentale débutante et de troubles dégénératifs cervicaux et lombaires. Une incapacité de travail totale a été reconnue dans l'activité habituelle dès le 27 mai 2010, ainsi que dans une activité adaptée du 27 avril 2010 au 27 mai 2010, la capacité de travail étant entière dès cette date dans une activité adaptée. Une expertise psychiatrique a été mise en œuvre par l'assureur perte de gain maladie auprès du Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 6 août 2010, l'expert a retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive léger, trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique (avec probable amplification des symptômes). La capacité de travail était entière. Puis, l'assuré a été réexaminé le 30 août 2010 par le Dr C. _____ qui a constaté que, subjectivement, l'évolution depuis le 12 avril 2010 était stationnaire malgré un séjour à la S. _____ qui s'était avéré peu fructueux et qu'objectivement, l'examen clinique était superposable à celui observé en avril 2010. Ce médecin a en outre réexpliqué à l'assuré les avantages et les inconvénients d'une prothèse totale du genou et l'a laissé décider. e) Dans un avis du 21 septembre 2010, le Dr R. _____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu, comme atteinte principale à la santé, des gonalgies post-traumatiques sur gonarthrose tri-compartmentale débutante du genou droit (M 17.03) et, comme pathologies associées, des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires ainsi qu'un status après trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive. Le médecin du SMR a considéré que, du point de vue orthopédique et somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée

pouvait être retenue dès le 11 mai 2009. Il a également constaté qu'il y avait eu une incapacité de travail de 50 % 6 juillet 2009 au 7 mars 2010 sur le plan psychiatrique et que, dès le 8 mars 2010, une pleine capacité de travail pouvait être admise dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans des rapports du 18 février et 8 avril 2011 à la CNA et du 29 avril 2011 à l'OAI, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que le genou droit restait très symptomatique, douloureux à la marche, au repos et au moindre effort, avec parfois des épanchements et des lâchages articulaires. La flexion du genou était fortement limitée par la douleur avec une mobilité de 105-0-0. Ce médecin observait également une légère insuffisance du quadriceps. Quant à l'appareil ligamentaire, il était stable dans tous les plans. La radiographie totale des membres inférieurs montrait un discret varum de 1°. Le Dr M. _____ mentionnait encore que la seule solution chirurgicale consistait en la mise en place d'une prothèse totale, opération que son patient n'était pas du tout prêt à subir à court ou moyen terme. Quant à l'incapacité de travail, elle demeurait à 100 %. f) L'OAI a rendu un projet de décision le 3 mars 2011 prévoyant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2009 au 30 juin 2010. Il était constaté que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale dans son activité de manoeuvre aide-poseur dès le 10 septembre 2008. Cependant, dès le 7 septembre 2009, l'intéressé avait retrouvé une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir, port de charges répété de plus de 15 kg, montée et descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, marche en terrain irrégulier, position accroupie et à genoux ainsi que position statique assise et debout prolongée sans pouvoir la modifier une fois par heure), ouvrant le droit à une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2009 compte tenu de la date de dépôt de la demande. Puis, une capacité de travail totale était exigible dans une activité adaptée dès le 8 mars 2010. A cette date, après comparaison des revenus, le degré d'invalidité n'était plus que de 18 %, taux qui ne donnait pas droit à une rente et entraînait la suppression de la demi-rente au 30 juin 2010. L'OAI a par ailleurs reconnu à l'assuré le droit à une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi. L'OAI s'est positionné le 17 octobre 2011 sur les objections de l'assuré au projet précité puis a rendu, le 6 décembre 2011, une décision reprenant la motivation dudit projet. g) Par arrêt du 11 mars 2014, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours interjeté par l'assuré le 24 janvier 2012 et a confirmé la décision rendue le 6 décembre 2011 par l'OAI (arrêt AI 16/12 - 56/2014). B. a) L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 14 septembre 2021, en faisant valoir l'aggravation de la gonarthrose du genou droit. Il s'est prévalu d'un rapport établi le 11 juin 2020 par le Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il ressort ce qui suit : « Diagnostic : • Gonarthrose [droite] post-traumatique. Anamnèse : Patient connu pour des interventions arthroscopiques sur son ménisque externe [droit] (accident SUVA). Le patient a développé une gonarthrose [droite] pour laquelle il a vu le Dr M. _____, lequel propose la mise en place d'une [prothèse totale du genou droit]. Le patient m'est adressé pour un 2^{ème} avis. Monsieur Z. _____ ne travaille plus depuis 2008. Il a touché une rente de la SUVA de 15 % jusqu'en 2019. L'antalgie est faite de la prise de Méfénacide et de Dafalgan. Des douleurs nocturnes au niveau du genou [droit] sont mentionnées par le patient avec un phénomène de déverrouillage au lever. Le périmètre de marche atteint 30 à 45 minutes. Le patient se déplace avec une canne dans la main [gauche] à l'extérieur. Examen clinique : Le patient marche avec une légère boiterie d'épargne à [droite] dans la salle d'examen. En décubitus dorsal, le membre inférieur droit présente un léger valgus alors que le membre

inférieur gauche paraît normo-axé. Les [membres inférieurs] sont de même longueur. Le genou [droit] présente un épanchement intra-articulaire avec des frottements au rabot rotulien. La mobilité est mesurée en flexion-extension à 100-5-0° pour 130-5-0° à G. Le genou [droit] est stable dans les plans frontal et sagittal. Examen dans la norme des 2 hanches. Bilan radiologique : Ne disposant pas de radios plus récentes que 2009, j'ai effectué un bilan radiologique des 2 genoux de face en charge, des 2 genoux de profil et des rotules en axial : ces clichés montrent une gonarthrose tri-compartimentale [droite] à prédominance externe. Appréciation : À mon sens, la gonarthrose [droite] actuelle est en relation avec les interventions arthroscopiques du ménisque externe pratiquées dans les suites d'un accident Suva. Le genou [gauche] ne présente pas par ailleurs de gonarthrose significative. Je reste à disposition pour procéder à la mise en place de cette prothèse du genou [droit]. Le patient reprendra contact avec moi lorsque la situation asséurologique sera éclaircie. » Dans le cadre de cette nouvelle demande de prestations, l'OAI a encore reçu les pièces médicales suivantes : - Les réponses suivantes, données le 2 avril 2019 par le Dr M. _____ aux questions de la protection juridique de l'assuré : « 1. Depuis quand soignez-vous notre assuré ? Depuis le 10.03.2010. 2. Quels sont vos diagnostics ? Gonarthrose sévère à droite, à prédominance externe. 3. Quels sont les [traitements] médicaux prescrits ? Proposition de mise en place d'une prothèse totale du genou. 4. Comment la capacité de travail de notre assuré a-t-elle évoluée à partir du 07.04.2008 dans son activité habituelle de manœuvre ? Dans une activité adaptée ? Je n'ai jamais suivi régulièrement ce patient que j'ai vu épisodiquement depuis 2010. A ma connaissance, il n'a jamais été capable de reprendre une activité professionnelle significative jusqu'à aujourd'hui. 5. Quelle est la capacité de travail de Mr Z. _____ dans son activité de manœuvre ? Je ne pense pas que ce patient puisse avoir une activité professionnelle quelconque. 6. Quel[le]s sont les limitations fonctionnelles présentées par notre assuré dans son activité de manœuvre ? Dans une activité adaptée ? Une activité de manœuvre est impossible et je ne pense pas qu'il soit possible non plus de trouver une activité adaptée. 7. Estimez-vous que l'état de santé du patient s'est péjoré depuis 2008 ? Oui, la gonarthrose s'est aggravée radiologiquement. Cliniquement, il n'y a pas de modifications significatives depuis 2014. 8. Sa capacité de travail pourrait-elle évoluer à l'avenir ? Si oui, dans quelle mesure et dans quel délai ? La situation du genou ne peut que s'aggraver à l'avenir. 9. Pronostic ? Défavorable. 10. Partagez-vous l'avis de l'expert de la SUVA selon lequel il y aurait une prédisposition constitutionnelle, que les troubles de notre assuré résulteraient d'une arthropathie dégénérative si bien que l'accident n'aurait que temporairement aggravé des problèmes de santé évolutifs et que finalement 6 mois après l'accident, les troubles à la santé de notre assuré ne seraient plus en lien avec l'accident ? Si non, nous vous remercions de motiver votre réponse. L'arthrose actuelle est certainement en relation avec les interventions multiples qui ont été faites sur le ménisque externe. La première de ces interventions a toujours été considérée comme traumatique, d[u]e à une lésion méniscale attribuée à une entorse survenue en avril 2008. Je ne pense pas que l'on puisse parler de prédisposition constitutionnelle étant donné qu'il n'y a pas de lésions significatives au niveau du genou [gauche] et que les lésions du genou [droit] touchent essentiellement le compartiment externe qui a été opéré à de multiples reprises. (...) » - Un complément du 12 avril 2019, dans lequel le Dr M. _____ a exposé ce qui suit : « J'ai revu ce patient le 08.04.2019 cliniquement et j'ai refait des radiographies. Je désire apporter une petite correction à mon récent rapport. Cliniquement, l'épanchement et la synovite ont augmenté depuis mars 2018. Il y a également une diminution de l'amplitude de la flexion d'environ

10°. La flexion-extension est actuellement de 130°/5°/0° à [droite] contre 150°/0°/0° à [gauche]. Le contrôle radiologique montre une progression de l'arthrose du compartiment externe, avec un interligne résiduel sur les clichés en charge d'un peu plus d'un millimètre. Sur le cliché en charge des deux genoux fait aujourd'hui, je peux vous confirmer qu'il n'y a pas de signes significatifs au niveau du genou [gauche]. (...) » - Un certificat établi le 4 octobre 2021 par le Dr G. _____, médecin généraliste traitant, attestant que son patient était toujours souffrant et qu'il ne pouvait pas travailler. b) Après avoir requis le point de vue du SMR lors de la permanence du 23 novembre 2021, l'OAI a signifié son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande par projet de décision du 13 décembre 2021, au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement depuis la dernière décision. Il a ajouté que, bien qu'il fût décrit une aggravation sur le plan radiologique, le status clinique ne s'était pas significativement modifié comparé à l'examen final de la CNA en 2010. En effet, en 2010 la possibilité d'une prothèse du genou était déjà évoquée, ce qui pouvait améliorer l'état de santé de l'assuré. Malgré les objections formulées par l'assuré le 21 décembre 2021 – faisant valoir en substance qu'en l'absence de pose de la prothèse du genou en 2010 la gonarthrose du genou droit s'était aggravée à tel point qu'elle entraînait une impossibilité totale de travailler –, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rendu le 27 avril 2022 une décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. c) Saisie d'un recours contre cette décision, la Cour des assurances sociales l'a rejeté par arrêt du 15 décembre 2022 (AI 141/22 - 375/2022). Par arrêt du 7 juillet 2023, le Tribunal fédéral a rejeté le recours déposé contre l'arrêt cantonal (TF 8C_29/2023). C. a) Le 25 septembre 2024, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en se référant à un rapport du 11 janvier 2024 établi à la demande de l'assuré par le Prof. W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. La description de l'examen clinique auquel ce médecin a procédé était la suivante : « 78 cm /86 kg (BMI : 27.1 kg/m²). Marche avec une canne à gauche. Monte les escaliers pas à pas, descente prudente pas alternés. Marche impossible sur les pointes et sur les talons. Accroupissement impossible. Rachis raide avec DOS à 60 cm ; inclinaison D/G 20°/0/20° ; rotation D/G 20°/0/20°. Schober 12cm/15 cm. Le bassin est horizontal et le rachis est bien aligné. La musculature paravertébrale lombaire reste contractée dans toutes les positions. Les hanches ont une mobilité normale D/G : F/E 110/0/0 ; RI/RE 20°/0/30° ; AB/AD 30°/0/20°. Genou [droit] : F/E : 90°/5°/0, stable dans le plan sagittal avec un battement en ouverture externe ++ dans le plan frontal ; épanchement et épaissement synovial importants avec bourse sous-quadricipitale sous tension. Creux poplité sous tension. Rabot rotulien douloureux à la mobilisation, rotule stable. Interlignes interne et externe douloureux. Genou [gauche] : F/E : 135°/0/0°, stable, pas d'épanchement, discret rabot rotulien. Le membre inférieur droit est axé en valgus et le membre inférieur [gauche] est normoaxé avec 2 travers de doigt intermalléolaire en position debout. Les poulx sont palpables. Les ROT sont présents. Il n'y a pas de déficit de force aux [membres inférieurs]. Périmètres : D/G cuisse (15 cm en dessus pôle supérieur de la rotule) : 50 cm/51 cm ; Genou D/G : 45 cm / 43 cm ; Jambe (mi-mollet) 42 cm / 42 cm. » Ce médecin a rappelé que la CNA avait retenu, en 2011, une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : évitement de charges supérieures à 15-20 kg, la montée fréquente d'escalier/d'échelle, l'évitement de la marche en terrain instable ou irrégulier ainsi que du travail à genou ou accroupi. Il a ajouté que l'assuré n'avait, dans les faits, plus pu reprendre une activité professionnelle depuis 2008 hormis une courte période d'essai « inconclusif » de quelques semaines en 2009 chez son ancien

employeur. Selon le Prof. W. _____, la situation avait beaucoup évolué depuis, le genou droit restait douloureux avec un épanchement persistant et une raideur, la flexion ne dépassait pas 90°. Les radiographies du 8 janvier 2024 confirmaient la quasi-disparition de l'interligne externe et la valgisation progressive du genou droit causée par la perte du cartilage articulaire du compartiment externe. Le traitement consistait en la médication suivante : Méfénacide, Condrosulf et Dafalgan, depuis 2008. Le Prof. W. _____ a relevé que plusieurs spécialistes en chirurgie orthopédique envisageaient et recommandaient la pose d'une prothèse totale de genou et ce depuis 2014. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post contusion sévère et dérangement interne du genou droit posttraumatique, status post méniscectomie externe complète du 28 mai 2008, arthrose tricompartmentale post traumatique du genou droit surtout du compartiment externe et status post méniscectomie partielle du genou droit en 1996. Il a conclu que l'assuré souffrait d'une gonarthrose posttraumatique aggravée par l'accident du 7 avril 2008 qui lui avait causé une déchirure large du ménisque externe et suivi d'une méniscectomie externe. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être réévaluée à 30 %, la situation n'était pas stabilisée, une indication à une prothèse totale de genou droit était posée. L'incapacité de travail restait complète autant pour une activité adaptée que pour l'activité habituelle. b) Dans son compte rendu du 14 novembre 2024, la permanence SMR a conclu qu'il n'y avait pas de nouveau traitement médicamenteux antalgique (Dafalgan, Méfénacide), qui restait identique à celui prescrit pendant le séjour de la S. _____ en 2010 et selon le rapport médical du 11 juin 2020 ; l'arthrose progressait, mais il s'agissait d'une évolution naturelle de la pathologie ; une prothèse de genou était recommandée mais il en était question depuis 10 ans sans qu'elle ne fût mise en place ; au niveau clinique, on ne voyait guère de différence, hormis la flexion un peu amoindrie du genou, mais ne justifiant pas que l'assuré ne pût pas travailler à 50 % [sic] dans une activité adaptée ; il n'y avait pas de modification significative justifiant l'entrée en matière. c) Dans un projet de décision du 18 novembre 2024, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande pour le motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement depuis la dernière décision. Il a reconnu que l'arthrose progressait mais qu'il s'agissait de l'évolution naturelle de la pathologie. L'utilisation d'une canne existait déjà lors de la précédente décision, ainsi que la recommandation d'une prothèse du genou droit qui n'avait pourtant pas été posée. Il a ajouté que bien que la flexion du genou fût un peu amoindrie, elle ne justifiait pas que l'assuré ne pût travailler à 50 % [sic] dans une activité adaptée, tel que reconnu dans la décision du 6 décembre 2011. De plus le traitement médicamenteux antalgique était identique à celui prescrit lors du séjour à la S. _____ en 2010 et selon le rapport du Dr V. _____ du 11 juin 2020. Il n'y avait donc pas de modification significative au niveau clinique. Sous la plume de Me Jean-Michel Duc, l'assuré a déposé le 20 décembre 2024 des objections à l'encontre de ce projet de décision. Dans un avis du 21 janvier 2025, le médecin du SMR a comparé les situations présentes en 2011 et actuelles sur le plan clinique et du point de vue du traitement. Il a constaté que, bien qu'il y ait eu une aggravation radiologique de la gonarthrose, les éléments de comparaison objectifs montraient un status clinique en 2010, 2011 et 2021 qui était semblable à celui décrit par le Prof. W. _____ en 2024 ; il en était de même pour le traitement. La mise en place d'une prothèse de genou était recommandée déjà en 2011 mais n'avait pas été réalisée. Le médecin du SMR a ajouté que, certes l'assuré présentait une gonarthrose tricompartmentale du genou droit qui s'aggravait au fil du temps, suivant l'évolution naturelle d'une atteinte dégénérative articulaire, mais les répercussions cliniques ne

montraient pas de modification significative de cette atteinte par rapport à 2010-2011. Dès lors, le rapport du Prof. W. _____ n'apportait pas d'élément médical en faveur d'une aggravation objective de la situation clinique de l'assuré, et par là-même de sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée à des mesures d'épargne des genoux. d) Par décision du 27 janvier 2025, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Dans un courrier séparé du même jour, réputé faire partie intégrante de sa décision, il a fait part de l'avis SMR précité et conclu que la contestation n'avait pas apporté d'élément susceptible de remettre en doute le bien-fondé de sa position. D. Par acte du 3 mars 2025, Z. _____, toujours représenté par Me Duc, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations, avec suite de frais et dépens. Il a en outre requis l'assistance judiciaire et la tenue d'une audience de débats publics. Il a fait valoir que l'avis du SMR, dont il a critiqué la teneur, était insuffisant pour constater que le recourant n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé par rapport à la décision de 2011. Il s'est référé en particulier aux rapports du Prof. W. _____ du 11 janvier 2024 et du Dr V. _____ du 11 juin 2020 pour établir la dégradation fonctionnelle du genou droit et a mis en avant une progression décrite par le Dr D. _____ en 2016 et par le Dr M. _____ en 2019. Il a ajouté que les pièces produites échappaient désormais aux critiques émises par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 7 juillet 2023 dès lors que l'incapacité de travail était confirmée cliniquement. Sur requête de la juge instructrice, l'OAI a produit l'intégralité du dossier du recourant en date du 14 avril 2025. 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]), 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 par le recourant le 25 septembre 2024, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision du 6 décembre 2011, confirmée par arrêt du 11 mars 2014, statuant sur son droit aux prestations.
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 1er 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). b) Dans le cas présent, la décision litigieuse du 27 janvier 2025 fait suite à la nouvelle demande déposée le 25 septembre 2024 par le recourant. Le nouveau droit en

vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 trouve donc application. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. 5. a) Lorsque 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). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71). b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 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 demande de révision, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au

moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et 6). 6. a) En l'occurrence, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 27 janvier 2025 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 6 décembre 2011, confirmée le 11 mars 2014 par la Cour de céans. Il est relevé que la décision attaquée mentionne une fois par erreur une capacité de travail de 50 %. Or, il est constant que la comparaison a été effectuée avec la situation telle que présentée lors de la décision du 6 décembre 2011, à savoir une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Cette erreur manifeste ne modifie en rien l'argumentation de l'OAI qui repose sur le dernier avis du SMR du 21 janvier 2025, lequel prend en compte une capacité de travail de 100 % à titre de comparaison avec la situation actuelle. Elle n'a suscité aucun doute auprès du recourant qui n'en a fait aucune mention. Il est encore précisé que le recourant se prévaut essentiellement d'une aggravation de l'état de son genou droit. b) Comme relevé lors de l'examen de la précédente décision de refus d'entrer en matière (arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 15 décembre 2022, confirmé par le Tribunal fédéral le 7 juillet 2023), la situation ayant donné lieu à la décision de 2011 était fondée sur les rapports de la S._____, notamment le rapport final du 20 juillet 2010 qui retenait en particulier les éléments suivants : « Au status, on retient une boiterie antalgique à droite à la marche avec un patient qui n'utilise presque pas son genou, le pliant à peine à 30° et traînant sa jambe en abduction et rotation externe. Le genou droit présente un épanchement modéré, et légèrement plus chaud sans érythème cutané. La palpation est diffusément douloureuse chez un patient ne se laissant pas examiner comme il faut. L'amplitude active et de flexion-extension 110°-0-0°, améliorable en passif à 120°-0-0° (autolimitée). Il n'y a pas de laxité ligamentaire. A l'examen neurologique, le patient allègue une hypoesthésie n'intéressant que tout le côté latéral de la cuisse droite. Le reste du status neurologique est dans les normes. Au plan radiologique, nous ne disposons pas de cliché bilatéral des genoux récent. Nous complétons par un nouveau bilan radiologique des deux genoux en comparatif. Les radiographies actuelles des genoux confirment des signes de gonarthrose tricompartmentale débutante prédominant au compartiment fémoro-tibial externe avec dans ce compartiment une sclérose sous-chondrale et ostéophytose avec malgré tout un bon espace cartilagineux. Notre orthopédiste consultant estime qu'une hémiprothèse externe ne réglera pas les douleurs antéro-internes et qu'une prothèse totale du genou est une mesure disproportionnée par rapport aux images IRM et aux images radiologiques, de plus dans un contexte psychosocial délétère. Il propose de poursuivre le traitement conservateur. Au plan médicamenteux, nous poursuivons le traitement par Chondrosulf associé à du Dafalgan et du Méfénacid. » Avant de rendre la décision de refus de rente, l'intimé s'était positionné sur les objections du recourant en relevant notamment que les rapports du Dr M._____ des 8 et

E. 29

avril 2011 différaient du constat clinique des experts de la S._____ sur deux points : l'amplitude de la flexion-extension du genou et la question de la mise en place d'une

prothèse totale du genou. Les degrés de flexion-extension tels que relevés par le Dr M. _____ étaient légèrement plus faibles. Néanmoins, aucun élément précis dans le rapport de ce praticien ne permettait de retenir que les limitations fonctionnelles telles que décrites par la S. _____ pouvaient être insuffisantes, outre que la mesure de l'amplitude de la flexion-extension pouvait être influencée par la compliance du patient lors de l'examen. S'agissant de la divergence quant à la pose d'une prothèse totale, elle demeurait sans incidence en l'espèce et n'aurait d'importance que dans le cadre de l'examen de l'exigibilité d'une réduction du dommage. c) Afin de rendre plausible l'aggravation de son invalidité, le recourant s'est référé à une expertise qui aurait été réalisée par le Dr D. _____ en 2016 à la demande de la CNA, qui n'est toutefois pas au dossier et qu'il n'a pas produite. Il s'est ensuite prévalu des rapports du Dr M. _____ établis en 2019 et du Dr V. _____ rédigé en 2020. Ces rapports ont cependant d'ores et déjà fait l'objet d'un examen par la Cour de céans dans son arrêt du 15 décembre 2022, qui a considéré que ces rapports médicaux ne rendaient pas plausible une aggravation de l'état de santé du recourant. Cette appréciation a été confirmée par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 7 juillet 2023 (consid. 6.2.2, auquel il est renvoyé). S'agissant du rapport du Prof. W. _____ du 11 janvier 2024, produit à l'appui de la nouvelle demande, le médecin du SMR dans son avis du 21 janvier 2025 a constaté que bien qu'il y ait eu une aggravation radiologique de la gonarthrose, les éléments de comparaison objectifs montraient un status clinique en 2010, 2011 et 2021 qui était semblable à celui décrit par le Prof. W. _____ en 2024. Le recourant y a objecté que la flexion du genou droit était passée de 100° à 90° avec une disparition quasi complète de l'interligne externe, ce qui constituait un critère objectif d'aggravation. Or, comme le Tribunal fédéral l'a déjà relevé dans son arrêt du 7 juillet 2023, une augmentation de la synovite, une augmentation de l'épanchement (dont l'ampleur n'a toujours pas été précisée) et une diminution de l'amplitude de la flexion d'environ 10° ne suffisent pas à elles seules à rendre plausible une modification de l'invalidité. Le recourant a ajouté que le médecin avait constaté une dégradation avancée du genou droit et des douleurs invalidantes qui ne permettaient plus un travail même léger. Or ce constat d'aggravation clinique n'est pas objectivé et le Prof. W. _____, comme le Dr M. _____ auparavant, n'a pas exposé concrètement en quoi l'aggravation de la gonarthrose aurait une incidence sur les limitations fonctionnelles telles que décrites dans la décision du 6 décembre 2011. Il est relevé que le médecin du recourant avait déjà un avis divergent relatif à la capacité de travail en 2011. A l'instar de ce qui ressort de l'arrêt du Tribunal fédéral précité, il n'est toujours pas fait état de nouvelles limitations fonctionnelles. Dans son rapport du 2 avril 2019, le Dr M. _____ a au demeurant observé que, cliniquement, il n'y avait pas de modifications significatives depuis 2014. Quant au Prof. W. _____, il a noté que la situation avait beaucoup évolué, le genou droit restant douloureux avec un épanchement persistant et une raideur. On ne discerne pas de péjoration dans ces constatations qui parlent davantage en faveur de la persistance d'un état. Quoiqu'en dise le recourant, le traitement antalgique est également demeuré inchangé, ce qui n'indique pas une aggravation de l'état. Le recourant estime que la recommandation de la mise en place d'une prothèse totale du genou montre une péjoration de son état. Or, celle-ci était recommandée déjà en 2011 mais n'a pas été réalisée. Encore une fois, comme le Tribunal fédéral l'a relevé dans son arrêt du 7 juillet 2023, l'indication actuelle à la pose d'une prothèse n'est pas suffisante pour justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations. A l'instar du SMR, il y a lieu de retenir que, certes l'assuré présente une gonarthrose tricompartmentale du genou droit qui s'aggrave au fil du temps,

suivant l'évolution naturelle d'une atteinte dégénérative articulaire, cependant les répercussions cliniques ne montrent pas de modification significative de cette atteinte par rapport à 2010-2011. Dès lors, le rapport du Prof. W. _____ n'apporte pas d'élément médical en faveur d'une aggravation objective de la situation clinique de l'assuré, et par là-même de sa capacité de travail dans une activité adaptée à des mesures d'épargne des genoux. En définitive, les rapports médicaux au dossier ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la dernière décision. C'est donc à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

7. a) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours apparaît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend, à bref délai, une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2). En l'occurrence, le recours est manifestement mal fondé. En effet, la seule pièce nouvelle produite à l'appui de la nouvelle demande consiste en un rapport du Prof. W. _____ qui ne contient manifestement pas les indications suffisantes requises et rappelées par le Tribunal fédéral dans son précédent arrêt. Ainsi, le recours doit être rejeté en application de l'art. 82 LPA-VD et la décision attaquée confirmée, sans autre échange d'écriture.

b) Le recourant a sollicité la mise en œuvre de débats publics au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101). Le juge peut s'abstenir de mettre en œuvre des débats publics dans les cas prévus par l'art. 6 par. 1 phr. 2 CEDH, lorsque la demande est abusive (chicanière ou dilatoire), lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien-fondé ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 141 I 97 consid. 5.1 ; TF 9C_59/2020 du 13 mai 2020 consid. 3.1 et les références citées). En l'espèce, il résulte des considérations exposées ci-avant que le recours est manifestement infondé. Partant, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de débats publics formulée par le recourant.

c) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD). Le caractère manifestement mal fondé du présent recours et son défaut prévisible de chance de succès commandent le rejet de l'assistance judiciaire (art. 61 let. f LPG), indépendamment de la situation financière dans laquelle se trouve le recourant.

d) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante qui succombe.

e) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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