

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 571 vom 16. Juli 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-07-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__571

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 571 du 16 juillet 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 571 del 16 luglio 2025

Regeste

REJET DE LA DEMANDE, REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, PRÉAVIS{ASSURANCE SOCIALE}, PROLONGATION DU DÉLAI, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 57a LAI, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2025 / 571

REJET DE LA DEMANDE, REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, PRÉAVIS{ASSURANCE SOCIALE}, PROLONGATION DU DÉLAI, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 57a LAI, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 364/24 - 217/2025 ZD24.054284 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 16 juillet 2025 _____ Composition : M. Piguet , président
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges Greffier : M. Addor ***** Cause
pendante entre : G. _____ , à W. _____ , recourant, représenté par Me Jean-Michel
Duc, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L' ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE
CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. _____ Art. 57 a LAI ; 87 al. 2 et 3
RAI E n f a i t : A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, originaire
de République dominicaine, titulaire d'un permis C, travaillait comme manœuvre de
chantier pour le compte de Q. _____ Sàrl sur placement de S. _____ SA. Le 30 avril
2014, alors qu'il procédait à un décoffrage, l'assuré a reçu des panneaux sur la jambe droite,
ce qui a entraîné une incapacité de travail totale. Une imagerie par résonance magnétique
(IRM) du 14 mai 2014 a montré une rupture du ligament croisé antérieur (LCA), associée à
une déchirure de la corne moyenne du ménisque externe. La Caisse nationale suisse
d'assurance en cas d'accidents (CNA) a pris en charge le traitement médical et alloué des
indemnités journalières. L'assuré a subi une première intervention chirurgicale le 6 juin
2014 sous la forme d'une reconstruction du LCA droit aux ischio-jambiers et d'une
ménisectomie partielle externe (lettre de sortie de l'Hôpital T. _____ du 11 juin 2014
rédigée par le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de
l'appareil locomoteur). Le 12 janvier 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations
auprès de l'Office cantonal AI du Valais. En raison de l'évolution défavorable, marquée par
la recrudescence des douleurs et des limitations fonctionnelles, l'assuré a séjourné du 27
janvier au 11 mars 2015 à la Clinique J. _____ de Z. _____ pour un complément de
rééducation et une prise en charge pluridisciplinaire. Dans son rapport du 21 avril 2015, le
Dr P. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a notamment retenu les
diagnostics de gonalgies chroniques droites, d'accident du travail le 30 avril 2014 avec

rupture complète du LCA et de déchirure de la corne moyenne du ménisque externe, ainsi que des comorbidités sous la forme de lombalgies chroniques et de troubles dégénératifs lombaires étagés au niveau des vertèbres L1 à L5 (IRM lombaire réalisée le 5 février 2015). Le 2 juin 2015, le service de réadaptation de l'Office cantonal AI du Valais a relevé que, selon les praticiens de la Clinique J. _____, les limitations de positions suivantes devaient être respectées : « pas accroupie ou à genoux, pas d'échelles, d'escaliers, marche sur de moyennes distances, ports de charges lourdes répétés ». L'assuré a consulté le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital M. _____, en vue d'une reprise chirurgicale (cf. rapports du Dr B. _____ des 21 août et 23 novembre 2015). Dans un contexte de plastie mal positionnée, le Dr B. _____ a effectué le 22 juin 2016 une arthroscopie du genou droit et procédé à l'ablation de la plastie du LCA réalisée à l'Hôpital T. _____, au débridement des tunnels tibial et fémoral ainsi qu'au comblement de ceux-ci par des allogreffes osseuses spongieuses (rapport du 8 septembre 2016). Il ressort de ce dernier rapport que l'évolution était favorable, l'assuré ne recourant plus aux antalgiques. Le Dr B. _____ observait une récupération quasi-complète des amplitudes articulaires. Le pronostic de réinsertion dans la profession de maçon semblait mauvais vu l'atteinte arthrosique, la chronicité des lésions, le contexte social, l'atteinte lombaire (alors en rémission) et la nécessité d'une troisième opération, réalisée le 18 janvier 2017. L'assuré a séjourné à la Clinique J. _____ du 24 janvier au 28 février 2017 pour la rééducation consécutive à la plastie du LCA réalisée par le Dr B. _____. Selon le rapport du 9 mars 2017 de la Clinique J. _____, les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les suites de la rupture complète du LCA et la déchirure de la corne moyenne du ménisque externe au genou droit. Des facteurs contextuels (mauvaise maîtrise du français, situation familiale complexe) influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient qui cotait très haut ses douleurs. Sur le plan du rachis, les radiographies réalisées le 26 janvier 2017 étaient comparables à l'examen du 5 février 2015. Les médecins de la Clinique J. _____ ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : activités nécessitant le maintien d'une position accroupie ou à genoux ; marche sur de moyennes distances ; montées, descentes répétées d'échelles ou d'escaliers ; port de charges. La stabilisation de la situation médicale n'était pas attendue avant un délai de six mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison des conséquences de l'accident et des troubles dégénératifs du rachis lombaire. La Clinique J. _____ a estimé que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était limité par les facteurs contextuels (absence de qualification reconnue, mauvaise maîtrise du français). Le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré le 27 septembre 2017 sur demande de la CNA. Le Dr C. _____ a retenu que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. S'agissant des plaintes de l'intéressé, il a relevé que l'impression qui prévalait était « très nettement celle de la simulation ». Il a estimé que l'intéressé pouvait reprendre le travail à 100 % dès le 1^{er} octobre 2017 avec pour seules limitations fonctionnelles les travaux accroupis ou à genoux prolongés. Il a retenu que les imageries au dossier ne montraient pas de troubles dégénératifs et qu'il n'y avait par conséquent pas d'atteinte à l'intégrité (rapport du Dr C. _____ du 1^{er} novembre 2017). Par courrier du 29 septembre 2017, la CNA a confirmé à l'assuré qu'elle mettait fin au versement de ses prestations à compter du 2 octobre 2017, expliquant que, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, il bénéficiait d'une pleine capacité de

travail dans une activité ne nécessitant pas de travaux accroupis ou à genoux de manière prolongée. Le 25 octobre 2017, l'assuré a signifié à la CNA son désaccord quant à l'arrêt des prestations. La CNA a complété le dossier médical et recueilli les rapports du Dr H. _____ (du 17 avril 2018), médecin-chef auprès du Centre médical E. _____, et du Dr B. _____ (du 14 décembre 2018). Par décision sur opposition du 27 juin 2019, confirmant une décision du 24 avril 2019, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a considéré que l'assuré était, sur le plan médical, à même, en ce qui concerne les séquelles accidentelles, d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travaux accroupis ou à genoux prolongés) dans différents secteurs de l'industrie et ne présentait par conséquent pas de préjudice économique. Elle a aussi expliqué que les constatations médicales n'avaient pas montré d'atteinte importante à l'intégrité consécutive à l'accident. Par acte du 8 août 2019, G. _____ a recouru contre la décision sur opposition de la CNA du 27 juin 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Dans le cadre de cette procédure, le juge instructeur a requis des renseignements auprès du Dr B. _____, lequel a déposé ses réponses le 9 avril 2020. Statuant par arrêt du 4 mai 2021 (cause AA 101/19 – 48/2021), la Cour de céans a partiellement admis le recours et réformé la décision attaquée en ce sens que l'assuré avait droit aux prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 30 avril 2018. En bref, elle a retenu que l'état de santé de l'intéressé devait être considéré comme stabilisé à compter de cette date, dès lors que la situation après la seconde plastie du ligament croisé antérieur était satisfaisante sur le plan clinique et qu'il ne pouvait plus être attendu d'amélioration de la situation sur le plan de la capacité de travail. B. a) Dans l'intervalle, l'Office cantonal AI du Valais a, par projet d'acceptation de rente du 30 janvier 2018, informé l'assuré de son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2015 au 31 décembre 2017. Il considérait que, dès le 1^{er} octobre 2017 (date retenue par le Dr C. _____ dans son rapport du 1^{er} novembre 2017), l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité légère et adaptée n'impliquant pas de travaux accroupis ou à genoux prolongés et présentait un degré d'invalidité de 7 %. Dans un second projet de décision du 1^{er} février 2018, l'Office cantonal AI du Valais a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser des mesures d'ordre professionnel, au motif que le degré d'invalidité de 7 % était inférieur au taux minimum de 20 % exigé pour l'octroi d'une mesure de reclassement. G. _____ a contesté ces projets en date du 14 février 2018. En substance, il a mis en doute le fait d'avoir recouvré une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Se prévalant de l'avis du Dr B. _____, il a souligné la persistance de ses douleurs aux genoux et a relevé que ses problèmes de dos n'avaient pas été pris en compte. Par décision du 11 décembre 2018, annulée et remplacée le 9 avril 2019, l'Office cantonal AI du Valais a confirmé les projets de décisions des 30 janvier et 1^{er} février 2018. Dans une prise de position annexée à la décision susmentionnée, l'Office cantonal AI du Valais a considéré qu'aucun élément nouveau susceptible de mettre en doute les projets de décision n'avait été apporté par l'assuré. Représenté par Me Jean-Michel Duc, G. _____ a interjeté recours en date du 15 janvier 2019 auprès du Tribunal cantonal du Valais. Dans le cadre de cette procédure, l'assuré a notamment produit, le 23 mai 2019, un rapport du Prof. V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, daté du 13 mai 2019. Par arrêt du 11 février 2021 (TC-VS S1 19 16), le Tribunal cantonal du Valais a rejeté le recours formé le 15 janvier 2019 par G. _____ à l'encontre de la décision de l'Office cantonal AI du Valais du 11 décembre 2018. En bref, il

a confirmé que « dès le 1^{er} octobre 2017, le recourant avait bien recouvré une pleine capacité de travail dans des activités adaptées à ses problèmes de genoux, mais également à ses douleurs dorsales, soit respectant les limitations telles qu'elles avaient été décrites par les praticiens de la Clinique J. _____, à savoir dans des activités légères ne nécessitant pas le maintien de la position accroupie ou à genoux, ni marche sur de moyennes distances, montées, descentes répétées d'échelles ou d'escaliers, ports de charges lourdes répétés ». C. Entre-temps, G. _____ avait déposé, le 16 juin 2020, une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal AI du Valais. Dans un avis médical du 10 septembre 2020, le Dr F. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que les éléments produits à l'appui de la demande précitée ne démontraient pas de manière plausible une aggravation de l'état de santé. A la suite du déménagement de G. _____ dans le canton de Vaud, l'Office cantonal AI du Valais a, le 3 mai 2021, transmis le dossier de l'assuré à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) comme objet de sa compétence. Le 28 septembre 2021, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande du 16 juin 2020. En dépit des objections formulées, l'office AI a, par décision du 18 janvier 2022, confirmé le refus d'entrer en matière sur la demande de prestations du 16 juin 2020, au vu de l'absence de modification notable de la situation médicale. Par arrêt du 11 janvier 2023 (cause AI 21/22 – 10/2023), la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'assuré contre cette décision. Statuant le 17 octobre 2023 (cause 9C_160/2023), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par G. _____ contre l'arrêt cantonal. D. Le 28 novembre 2023, G. _____ a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité en invoquant, sur la base d'un rapport établi le 30 mars 2023 par le Prof. V. _____, une aggravation de son état de santé à l'origine d'une incapacité totale de travail en toute activité. Par courrier du 29 mai 2024, l'assuré a transmis à l'office AI un nouveau rapport rédigé par le Prof. V. _____ le 18 avril 2024. Selon ce dernier, l'intéressé se plaignait de douleurs récurrentes aux deux genoux, de lombalgies chroniques et de problèmes de sommeil. S'agissant des diagnostics, il y avait lieu de retenir une insuffisance chronique du ligament croisé antérieur du genou droit avec persistance d'une laxité et d'une instabilité douloureuse ; une chondropathie fémoropatellaire et fémorotibiale externe de stade III du genou droit ; une dégénérescence du ménisque externe avec extrusion méniscale du genou droit ; un pincement de l'interligne articulaire fémorotibial médial du genou gauche ; un syndrome vertébral avec une raideur lombaire ; une lombarthrose étagée avec des pincements discaux et une ostéophytose marginale ; une inclinaison scoliothique à convexité gauche avec rotation axiale des corps vertébraux et des séquelles d'un coup du lapin à la suite d'un accident survenu en 2020. Sur la base de ses constatations, le Prof. V. _____ admettait une aggravation de l'état de santé depuis 2018, à savoir une progression de l'arthrose aux deux genoux avec un pincement visible de l'interligne articulaire et l'apparition d'ébauches ostéophytaires fémoraux et tibiaux des deux côtés ; de plus, la lombarthrose s'était également accentuée. Au vu de ces éléments, il estimait que la capacité de travail était nulle en toute activité et que le pronostic était défavorable compte tenu d'une tendance à l'aggravation des phénomènes arthrosiques. Après avoir sollicité l'avis du SMR (compte-rendu du 20 juin 2024), l'office AI a, par projet de décision du 8 juillet 2024, avisé l'assuré qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations, au motif que les éléments médicaux amenés étaient similaires à ceux déjà pris en considération et ne démontraient aucune modification significative quant à l'appréciation de la capacité de

travail précédemment retenue. Par courrier du 7 août 2024, G. _____ a présenté des objections à ce projet de décision, en faisant valoir que le rapport précité du Prof. V. _____ documentait une aggravation de son état de santé en raison de la progression de l'arthrose aux deux genoux et de la lombarthrose, lesquelles induisaient une réduction du périmètre de marche à une dizaine de minutes environ ; à cela s'ajoutait qu'il bénéficiait d'un suivi psychiatrique. Dès lors qu'il était dans l'attente de rapports médicaux afin de compléter sa contestation, l'assuré a sollicité l'octroi d'un délai d'un mois pour lui permettre de produire ces documents. Le 9 août 2024, l'office AI a accordé à l'assuré un délai au 20 septembre 2024. En réponse à la requête de l'assuré du 20 septembre 2024, l'office AI lui a accordé, par courrier du 25 septembre 2024, une ultime prolongation au 24 octobre 2024 pour compléter ses objections et lui fournir des éléments susceptibles d'étayer sa position. Il a précisé qu'aucune nouvelle prolongation ne serait accordée et qu'il prendrait position à cette échéance en tenant compte des éléments en sa possession. Par décision du 28 octobre 2024, l'office AI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations du 28 novembre 2023. Dans une lettre d'accompagnement datée du même jour, il a observé qu'en l'absence de nouvel élément médical produit dans le cadre de la procédure d'audition, il ne pouvait que maintenir son appréciation, conformément au projet de décision du 8 juillet 2024. E. a) Par acte du 2 décembre 2024, G. _____, toujours représenté par Me Duc, a recouru devant la Cour de céans contre la décision du 28 octobre 2024 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme et à ce que l'office AI entre en matière sur la demande de prestations du 28 novembre 2023, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour nouvelle décision. Sur le plan formel, l'assuré s'est plaint d'une violation de son droit d'être entendu. Selon lui, c'était de manière infondée que l'office AI avait refusé de lui accorder une nouvelle prolongation de délai pour compléter ses objections. En effet, alors que les assurés devaient solliciter des rapports médicaux auprès de leurs différents médecins traitants – démarche nécessitant souvent de nombreux mois au vu des tâches essentiellement thérapeutiques déployées par ces derniers –, l'office AI n'avait qu'à contacter un médecin du SMR, lequel se contentait de rédiger rapidement un avis sur dossier. Il en résultait une inégalité en faveur de l'assureur lequel apparaissait « mal placé pour refuser des prolongations de délais à des assurés impécunieux, corsetés par des délais légaux de 30 jours et sensiblement atteints dans leur santé », alors que lui-même n'était tenu par aucun délai légal. En l'occurrence, en refusant la prolongation de délai requise, l'office AI avait non seulement violé le principe de l'égalité des armes, puisque l'assuré n'avait pas eu la possibilité de présenter ses propres moyens de preuve, mais il l'avait aussi privé de la garantie de la double instance. Sur le plan matériel, l'assuré s'est essentiellement prévalu du rapport établi par le Prof. V. _____ le 18 avril 2024 pour affirmer que son état de santé s'était péjoré depuis la décision du 11 décembre 2018, en raison de la progression des troubles arthrosiques aux genoux et au niveau de la colonne lombaire. En effet, alors qu'à l'époque les seules limitations fonctionnelles retenues étaient les travaux à genoux ou accroupis prolongés, le médecin prénommé estimait désormais que le périmètre de marche était limité à une dizaine de minutes, que le port de charges excédant 5 kg était impossible de même que tout travail sur un escabeau ou une échelle ainsi que la marche en terrain irrégulier. Cette aggravation de la situation se répercutait sur la capacité de travail, puisque, aux dires du Prof. V. _____, celle-ci était nulle en toute activité, ce qui n'était pas le cas en 2018. b) Dans sa réponse du 30 janvier 2025, l'office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, en renvoyant plus particulièrement au compte-rendu du

SMR du 20 juin 2024 et au courrier accompagnant la décision litigieuse du 28 octobre 2024. c) Dans sa réplique du 21 février 2025, l'assuré a relevé que le rapport du Prof. V._____ du 18 avril 2024 décrivait de manière motivée des éléments médicaux objectifs permettant de retenir, de façon plausible, une aggravation de son état de santé. Partant, il a déclaré maintenir les conclusions prises au pied de son mémoire de recours du 2 décembre 2024. d) Dans des déterminations spontanées du 6 mars 2025, l'assuré a confirmé une nouvelle fois ses conclusions. Il a souligné que le compte-rendu du SMR du 20 juin 2024 était insuffisamment motivé, tandis que le rapport du Prof. V._____ retenait clairement l'existence d'une aggravation, laquelle était objectivée par l'évolution des imageries effectuées au fil du temps, aggravation qui affectait sensiblement la capacité de travail, puisque celle-ci était actuellement nulle. 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. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1 er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, 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 er janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1 er janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1 er juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). b) En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 28 octobre 2024, fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 28 novembre 2023. La Cour doit par conséquent appliquer, s'il y a lieu, le nouveau droit en vigueur depuis le 1 er janvier 2022. 3. A titre liminaire, il convient d'examiner le grief tiré d'une prétendue violation du droit d'être entendu invoquée par la recourant. a) En l'occurrence, l'office intimé n'a pas violé le droit d'être entendu du recourant en refusant de lui accorder une nouvelle prolongation de délai afin de lui permettre de compléter ses objections. b) aa) L'art. 57 a LAI – dans sa version en vigueur depuis le 1 er janvier 2021, applicable au cas d'espèce – dispose qu'au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée ainsi que toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations (al. 1, première phrase) ; l'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA (al. 1, seconde phrase) ; les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de trente jours (al. 3). bb) Le message du Conseil fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (FF 2018 1597) rappelle que les

mesures de simplification de la procédure de l'assurance-invalidité, entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2006, ont réintroduit le préavis dans l'AI. Le délai de trente jours accordé pour le contester a été réglé dans ce cadre à l'art. 73 ter al. 1 RAI. Selon l'ATF 143 V 71, le délai fixé au niveau de l'ordonnance pouvait être prolongé. Il ressortait cependant clairement des travaux préparatoires que telle n'était pas la volonté du législateur. Il importait donc d'inscrire dans la loi, à l'occasion de la révision de la LPGA, que ce délai de trente jours ne pouvait être prolongé. Le Conseil fédéral a retenu que, d'une part, le préavis avait été mis en place dans le contexte de la simplification de la procédure. Or, si ce délai restait réglementé dans le RAI et que le Tribunal fédéral estimait finalement qu'il s'agissait d'un délai judiciaire, cela irait à l'encontre de l'objectif visé et risquerait même de prolonger la procédure. D'autre part, la contestation du préavis n'était pas soumise à une grande exigence formelle (elle pouvait par exemple aussi se faire oralement). En outre, un délai absolu de trente jours ne semblait pas non plus problématique pour ce qui était de la protection du droit des assurés, étant donné qu'ils avaient également la possibilité de faire recours contre la décision dans un délai de trente jours après que celle-ci leur avait été communiquée. Le Conseil fédéral a dès lors conclu que le délai devait être inscrit à l'alinéa 3 de l'art. 57 a LAI (cf. Message du Conseil fédéral précité ; FF 2018 1636 et 1637). c) Au regard de la jurisprudence précitée, c'est à juste titre que l'office intimé a refusé de prolonger le délai au 24 octobre 2024 qu'il avait accordé au recourant pour faire part de ses objections. L'office intimé avait expressément précisé, en accordant cette prolongation, qu'il n'y aurait pas de nouvelle prolongation et qu'il statuerait en l'état du dossier à l'échéance du délai. Le recourant ne saurait donc reprocher à l'office AI de lui avoir refusé une troisième prolongation de délai, alors qu'il avait déjà bénéficié de deux prolongations. Le fait que les médecins qu'il a consultés n'ont pas été en mesure d'établir un rapport médical dans un délai raisonnable ne relève pas de la problématique liée à la mise en œuvre du droit d'être entendu, mais bien plutôt de motifs qui tiennent aux médecins eux-mêmes. A ce propos, il convient de relever que le recourant n'a pas même transmis un courrier, une convocation ou tout autre document attestant des démarches entreprises. Dans ces circonstances, il ne saurait faire grief à l'office intimé d'avoir violé son droit d'être entendu. En tout état de cause, force est de constater que le recourant a disposé de près de onze mois pour étayer sa nouvelle demande ; accéder à la demande de prolongation du recourant reviendrait dans ces conditions à suspendre indéfiniment le traitement de la nouvelle demande et à lui transférer la direction de la procédure, ce qui serait contraire au système prévu par la loi. 4. Sur le fond, le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible une aggravation de son état de santé qui justifierait un nouvel examen de son cas. 5. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). 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). 6. a) En l'espèce, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 28 novembre 2023. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision – entrée en force – du 9 avril 2019 accordant au recourant une rente limitée dans le temps – dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente – et la décision litigieuse du 28 octobre 2024, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit. Il faut au contraire 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 depuis la précédente décision en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 28 octobre 2024 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 9 avril 2019. b) Il ressort des arrêts rendus par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Valais en matière d'assurance-invalidité (arrêt du 11 février 2021) et par la Cour de céans en matière d'assurance-accidents (arrêt du 4 mai 2019) que les divers praticiens consultés s'accordaient pour constater que l'assuré ne pourrait plus reprendre son ancienne activité de maçon, trop lourde et exigeant l'adoption de postures inadéquates. Leurs avis étaient également concordants s'agissant des importantes autolimitations, des discrédances entre les constatations objectives et les plaintes et l'existence de facteurs non médicaux. Par contre, dès le 1^{er} octobre 2017, tous les avis concluaient à l'exigibilité d'une activité légère adaptée que ce soit à l'aune des atteintes aux genoux, mais également en tenant compte des problèmes de rachis, ces derniers ayant notamment toujours été pris en compte dans les évaluations de la Clinique J._____ ou du Dr L._____. c) A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit deux nouveaux rapports médicaux (des 30 mars 2023 et 18 avril 2024) établis par le Prof. V._____. Ces pièces ne permettent toutefois pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. En premier lieu, il convient de relever que les plaintes relatées par ce médecin dans son rapport du 18 avril 2024, à savoir des douleurs aux deux genoux, des lombalgies et des problèmes de sommeil sont, pour l'essentiel, similaires à celles que le recourant exprimait à l'époque où la décision du 9 avril 2019 a été rendue. En effet, lors de son examen médical final du 27 septembre 2017, le Dr C._____ avait fait état, sur le plan subjectif, d'une augmentation des douleurs au niveau du genou gauche, de douleurs antérieures ainsi qu'au niveau du compartiment externe du genou droit, de lombo-sciatalgies droites et de difficultés à avoir des nuits réparatrices (cf. rapport du 1^{er} novembre 2017). Certes, les rapports établis par le

Prof. V. _____ laissent transparaître une évolution – de nature dégénérative – des atteintes au genou droit et à la colonne lombaire ; à cet égard, ce médecin a indiqué, dans son rapport du 18 avril 2024, qu’il existait actuellement un début d’arthrose du genou gauche qui n’était pas présente en 2018 et que l’arthrose posttraumatique au niveau du genou droit s’était aggravée de même que la lombarthrose. Pour autant, rien ne permet – si ce n’est l’affirmation péremptoire que la capacité de travail du recourant serait nulle – de retenir que dite évolution aurait un impact sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, au regard des limitations fonctionnelles retenues notamment par la Clinique J. _____, dont on relève au demeurant qu’elles rejoignent dans une large mesure celles décrites par le Prof. V. _____. Quant aux séquelles d’un coup du lapin à la suite d’un accident survenu en 2020, elles ne sont étayées par aucune pièce médicale et ne sauraient justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande. d) Sur le plan psychique, l’assuré n’a transmis à l’intimé aucun document attestant de la prise en charge alléguée dans son courrier du 7 août 2024. e) Sur le vu de ce qui précède, c’est à bon droit que l’intimé a refusé d’entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 28 novembre 2023, celui-ci n’ayant pas rendu plausible une modification de son invalidité susceptible de modifier ses droits. 7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 8. a) 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. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. b) 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 LPGA). c) La partie recourante est au bénéfice de l’assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l’Etat et Me Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d’office. Après examen de la liste des opérations déposée le 21 mars 2025, compte tenu de l’importance et de la complexité du litige, il convient d’arrêter l’indemnité à 993 fr. 56, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3 bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l’assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu’elle devra rembourser les frais et l’indemnité provisoirement pris en charge par l’Etat dès qu’elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l’art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 28 octobre 2024 par l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de G. _____ et provisoirement supportés par l’Etat. IV. Il n’est pas alloué de dépens. V. L’indemnité d’office de Me Jean-Michel Duc, conseil de G. _____, est arrêtée à 993 fr. 56 (neuf cent nonante-trois francs et cinquante-six centimes), débours et TVA compris. VI. Le bénéficiaire de l’assistance judiciaire est, dans la mesure de l’art. 123 CPC, applicable par renvoi de l’art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l’indemnité du conseil d’office mis provisoirement à la charge de l’Etat. Le président : Le greffier : Du L’arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Michel Duc, avocat (pour G. _____), ■ Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l’envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l’objet d’un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF

(loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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