

VD_GERICHTE ZD24.030226 vom 25. Juli 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-07-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.030226

FR: VD_GERICHTE ZD24.030226 du 25 juillet 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.030226 del 25 luglio 2025

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 202/24 - 226/2025 ZD24.030226 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 25 juillet 2025 _____ Composition : Mme LIVET, présidente
MM. Piguet et Wiedler, juges Greffière : Mme Chenux ***** Cause pendante entre :
O. _____, à [...], recourant, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE
CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 87 RAI 402

- 2 - E n f a i t : A. a) O. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une première demande de prestations le 19 septembre 2019 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci- après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une entorse de Chopart au pied gauche avec amputation du membre inférieur gauche. Aux termes d'un rapport du 14 juin 2019, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale et en infectiologie et médecin traitant de l'assuré, a indiqué qu'il suivait l'assuré pour une hypertension artérielle et que celui-ci se plaignait de douleurs dans les jambes prédominantes à gauche. Il ressort d'un rapport du CHUV du 27 août 2019 que l'assuré a été hospitalisé d'urgence à [...], puis transféré au Centre hospitalier [...] (ci-après : [...]) le 23 juin 2019 en raison d'une ischémie aiguë sévère du membre inférieur gauche Rutherford IIA, compliquée d'une surinfection de lésions ischémiques nécrotiques. Malgré plusieurs traitements vasculaires, l'évolution défavorable a nécessité une amputation transfémorale selon Gritti le 20 juillet 2019. Le 20 août 2019, l'assuré a été transféré à la D. _____ à [...] (ci-après : [...]) pour rééducation et appareillage prothétique (cf. rapport de la CRR du 12 novembre 2019). Dans un rapport du 19 novembre 2019, les Dres B. _____, cheffe de clinique au sein de la D. _____ et spécialiste en médecine interne générale, et [...], médecin assistante, ont retenu comme incapacitants les diagnostics suivants : « Surinfection de lésions ischémiques nécrotiques au membre inférieur gauche sur status post-ischémie aiguë Rutherford 2A du membre inférieur gauche le 23.06.2019 avec : Thrombose artérielle de : - Artère fémorale superficielle poplitée en jambe artère fibulaire et unique réinjectée par un flux démodulé.

- 3 - Thrombus au sein des artères tibiales antérieure et postérieure - recanalisation de l'artère fémorale superficielle le 28.06.2019 Thrombose de l'artère fémorale superficielle et profonde le 28.06.2019 avec rhabdomyolyse. Hématome inguinal droit le 29.06.2019 Interventions : - 20.07.2019 : amputation selon Gritti du membre inférieur gauche ». Elles ont constaté que l'assuré présentait également d'autres troubles sans incidence sur la capacité de travail, notamment des troubles cardiovasculaires, une obésité de grade I et un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Les limitations fonctionnelles liées à l'amputation ont été décrites comme suit : « Marche avec cannes. Marche prolongée. Position debout prolongée. Montée et descentes d'escaliers ou de pentes. Port de charges. Doit pouvoir enlever la prothèse si nécessaire. Doit pouvoir se déplacer en chaise roulante

(donc accessibilité) si problème nécessitant une pause prolongée dans le port de la prothèse. » Les médecins ont considéré que l'assuré était totalement incapable de travailler, relevant qu'il était sans emploi et n'avait, à leur connaissance, jamais exercé d'activité professionnelle depuis son arrivée Suisse le 11 décembre 2012. Elles ont indiqué qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la future capacité de travail de l'assuré, celui-ci étant encore hospitalisé mais ont évoqué une capacité de travail partielle théorique dans une activité sédentaire dans les mois à venir. Aux termes d'un rapport du 27 décembre 2019, les Dres B. _____ et Y. _____ ont indiqué que l'assuré avait séjourné à la E. _____ du 20 août 2019 au 13 décembre 2019, date de son retour à domicile. La participation du patient aux différentes thérapies mises en place avait été élevée, aucune incohérence n'avait été relevée et l'évolution subjective et objective était favorable. Les médecins précitées

- 4 - ont en particulier expliqué que l'assuré avait progressivement acquis de l'autonomie et se débrouillait seul à la sortie pour mettre la prothèse et surveiller l'état cutané du moignon ; il était autonome dans les activités de la vie quotidienne et pouvait marcher avec sa prothèse dans diverses situations (à plat, terrain irrégulier, pentes, escaliers) avec deux bâtons de marche. Sur le plan psychologique, l'assuré, très affecté par son amputation, avait bénéficié d'un suivi psychothérapeutique de soutien en raison de légers troubles du sommeil. Les Dres B. _____ et Y. _____ ont attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 31 janvier 2020 et relevé que la situation n'était pas stabilisée et que l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la qualité de la marche, de l'équilibre et du rythme de marche. Dans un rapport du 15 janvier 2020 à l'OAI, les Dres [...], cheffe de clinique du département de l'appareil locomoteur du [...] et [...], médecin assistante, ont retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle pour les activités physiques impliquant le port de charges lourdes. En revanche, elles ont estimé que l'assuré était autorisé à exercer une activité de type administratif ou de bureau à un taux de 80 à 100 %. Dans son rapport du 29 janvier 2020, la Dre [...], médecin praticienne et nouvelle médecin traitante de l'assuré, a attesté une incapacité de travail totale quelle que soit l'activité et évoqué l'impossibilité de son patient de se déplacer sans aide. Elle a joint à son envoi un rapport adressé à la Dre B. _____, dans lequel elle avait constaté une détérioration de l'état psychologique de l'assuré. Interrogée par l'OAI, la Dre B. _____ a noté, dans son rapport du 3 juillet 2020, une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée en raison des pauses nécessaires pour la mise en place de la prothèse.

- 5 - Le 19 août 2020, cette médecin a sollicité auprès de l'OAI la prise en charge d'un genou prothétique à microprocesseur de type Kenevo, en raison de chutes fréquentes dont se plaignait l'assuré. A la suite de la demande de l'assuré du 1er septembre 2020 tendant à la prise en charge d'un genou prothétique électronique, la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires (ci-après : FSCMA) a pris position dans un rapport du 13 novembre 2020 et a indiqué ne pas comprendre la cause des chutes rapportées, la marche de l'assuré étant bonne, ni la pertinence du composant prothétique prescrit, compte tenu de l'absence d'activité lucrative de l'assuré. Elle a rappelé que, selon la jurisprudence fédérale, l'octroi d'un genou électronique restait réservé à des cas présentant un besoin de réadaptation particulièrement élevé, tout en précisant qu'il incombait à l'office AI de se prononcer. Dans un courrier reçu par l'OAI le 1er décembre 2020, la médecin traitante de l'assuré a retenu une capacité résiduelle de travail de 20 à 30 % au maximum dans une activité adaptée. Elle a précisé que l'assuré ne pouvait rester en position debout et que la position assise lui occasionnait d'importantes douleurs lombaires. Des mesures d'ordre professionnel étaient

selon elle possibles à raison de deux à trois heures par jour à partir de décembre 2020. Selon l'avis du Service médical régional de l'assurance- invalidité (ci-après : SMR) du 12 janvier 2021, l'assuré présentait, outre son amputation, plusieurs comorbidités cardiovasculaires ainsi que des difficultés psychologiques. Le médecin du SMR a aussi noté que les appréciations des différents médecins consultés divergeaient. Au vu de ces éléments, il a recommandé de réaliser une expertise pluridisciplinaire de médecine physique et réadaptation, psychiatrie et médecine interne. L'OAI a, par conséquent, confié la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne générale, un volet de médecine physique et réadaptation et un

- 6 - volet de psychiatrie au G._____, à [...]. Dans leur rapport d'expertise du 5 mai 2021, les Drs [...], spécialiste en médecine interne générale, [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, et [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics suivants : « - Hypertension artérielle - Syndrome des apnées obstructives du sommeil. - Status post amputation fémorale gauche le 20.07.2019. - Appareillage non adapté. - Lombalgies chroniques dans un contexte de maladie de Forestier sévère diffuse. » Ils ont conclu à une capacité de travail totale à compter du 13 décembre 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles détaillées comme suit : pas de marche prolongée au-delà de 500 mètres sur terrain plat, absence de marche sur terrain accidenté, pas de travail en position debout prolongée, pas de travail en position accroupie ou à genoux, pas de montée et descente répétées des escaliers, pas de travail en antéflexion du tronc, pas de port de charges supérieures à 5 kg, nécessité de changement de position avec possibilité de déambulation au moins une fois par heure. Les experts ont, en outre, noté que les lombalgies pouvaient être traitées par la poursuite de la physiothérapie. Le médecin du SMR s'est rallié aux conclusions formulées par les experts dans son rapport du 9 juin 2021. Par projet de décision du 11 juin 2021, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de rejeter sa demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Adhérant aux conclusions des experts, il a retenu que la capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était entière dès le 14 décembre 2019 et l'était donc également à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 19 juin 2020.

- 7 - Dans un courrier du 29 juin 2021 adressé à l'OAI, la médecin traitante de l'assuré a demandé la reconsidération de ce projet de décision, s'interrogeant sur la possibilité pour son patient de retrouver un emploi compatible avec les nombreuses limitations fonctionnelles retenues. Elle a notamment évoqué des chutes à répétition survenues dans son cabinet et confirmé l'impossibilité, selon elle, d'exercer une activité à plein temps. Le 8 juillet 2021, l'assuré, sous la plume de l'association Swiss- Exile, a contesté le projet de décision du 11 juin 2021 et conclu à l'octroi des mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. Il a notamment produit la première page d'un rapport du 19 mars 2020, la suite étant manquante, établi par le Dr [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, dans lequel celui-ci a décrit la situation de l'assuré et a rapporté ses plaintes (chutes, douleurs fantômes et démangeaisons). Dans un courrier du 22 octobre 2021, l'assuré, par le biais de son représentant, a invoqué que sa capacité de travail était de 30 % selon son médecin traitant. Il a produit plusieurs pièces, notamment un courrier du 19 juillet 2021 de la Dre B._____, confirmant que la demande d'un genou prothétique à microprocesseur était toujours d'actualité. Par décision du 2 novembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité, au motif que les pièces transmises ne remettaient pas en cause son appréciation préalable de la situation. Par décision du 27 janvier 2022 confirmant un projet

de décision du 12 juillet 2021, l'OAI, se fondant sur le rapport de la FSCMA du 13 novembre 2020, a refusé de prendre en charge une prothèse électronique, relevant que lors des visites de l'assuré à la D. _____ et à la FSCMA, il avait été constaté que sa marche était stable et sans hésitation. Il a en outre rappelé que, selon la jurisprudence, l'octroi de ce type de prothèse était réservé à des cas présentant un besoin de réadaptation particulièrement élevé ou des exigences professionnelles

- 8 - spécifiques, ce qui n'était pas le cas en l'espèce, l'assuré n'exerçant aucune activité lucrative et bénéficiant de l'aide sociale. b) Le 26 décembre 2023, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison de son amputation du membre inférieur gauche, de lombalgies et de douleurs musculaires au membre inférieur droit. Il a produit les documents suivants : - un rapport du 19 mars 2020 du Dr [...], cette fois-ci complet, dont la première page avait déjà été produite dans le cadre de la précédente demande de prestations ; en résumé, le médecin précité constate que l'appareillage est correctement adapté et préconise de la physiothérapie auprès d'un spécialiste, précisant que la situation est en cours de stabilisation, celle-ci devant intervenir après environ une année après l'amputation. - deux rapports des 18 février et 3 juillet 2020 de la Dre B. _____, adressés à la médecin traitante de l'assuré, constatant, pour l'essentiel, que l'évolution de la marche est favorable. - trois certificats médicaux des 11 septembre, 23 octobre et 14 décembre 2023 du Dr [...], médecin assistant au Centre médical [...], dans lesquels celui-ci attestait que l'assuré était en incapacité totale de travailler du 11 au 25 septembre 2023, du 23 au 31 octobre 2023 et du 14 au 31 décembre 2023, pour cause de maladie. Sur demande de l'OAI, l'assuré a notamment transmis une attestation établie le 30 janvier 2024 par le Dr [...], dont il ressort ce qui suit : « M. présente des infections à répétition de l'extrémité distale de la jambe amputée à l'intérieur de la prothèse depuis 2 ans avec la présence de 2 nodules d'apparition successives, douloureuses, purulentes et récidivantes. Il présente également une instabilité à la marche, des chutes fréquentes à répétitions avec des douleurs

- 9 - lombaires depuis 4 ans et ne peut pas rester debout plus de 5 min. La marche prolongée est de plus en plus difficile surtout à cause des douleurs de la jambe amputée et une prothèse de moins en moins adaptée. On observe également une atteinte de l'état psychique avec un trouble de l'adaptation à cause de son état de santé qui ne s'améliore pas mais tend à se dégrader et une condition socio-économique précaire. Il est actuellement en IT [incapacité de travail] de 100 % ». Dans un compte rendu du 28 mars 2024, le médecin du SMR a estimé que les nouvelles pièces médicales produites par l'assuré n'étaient pas suffisantes pour entrer en matière sur la nouvelle demande, faute d'atteinte nouvelle ou de suivi psychiatrique, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail demeurant inchangées. Par projet de décision daté du même jour, l'OAI a annoncé à l'assuré son intention de rendre une décision de non-entrée en matière, faute de changement dans sa situation. Le 10 mai 2024, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un rapport médical établi le 6 mai 2024 par sa médecin traitante. Celle-ci a confirmé les troubles déjà décrits dans le rapport du Dr R. _____ du 30 janvier 2024, à savoir : infections récidivantes du moignon avec nodules purulents, douleurs lombaires chroniques, instabilité à la marche, chutes fréquentes, trouble de l'adaptation et précarité socio-économique. Selon elle, ces éléments témoignaient d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, dont la survenance remontait à octobre 2023, et le pronostic était incertain et probablement défavorable. Par courrier du 17 mai 2024, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI du 28 mars 2024. Par décision du 3 juin 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations au

motif que l'examen du dossier n'avait montré aucune modification de l'état de santé depuis la décision précédente du 2 novembre 2021.

- 10 - B. Par acte du 4 juillet 2024, O. _____, alors représenté par l'association Inclusion Handicap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations. A titre liminaire, le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire partielle, précisant que le mandat de son avocat se terminait par l'envoi du présent recours. A l'appui de son recours, il a fait valoir que le diagnostic de nodules purulents récidivants au niveau de l'extrémité distale de sa jambe amputée, à l'intérieur de la prothèse, constituait un élément nouveau qui n'existait pas au moment de la précédente décision rendue par l'OAI le 2 novembre 2021. Il a soutenu que les répercussions de ce diagnostic sur sa capacité de travail n'avaient pas à être prouvées par ses soins, mais devaient faire l'objet d'une instruction par l'OAI. Il a invoqué en outre que l'apparition d'un trouble de l'adaptation consécutif à l'amputation constituait un nouveau diagnostic, devant entraîner une réévaluation de ses droits. Selon lui, l'aggravation était donc rendue plausible et justifiait une reprise de l'instruction par l'OAI. Par ordonnance du 19 septembre 2024, la juge instructrice a octroyé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet rétroactif au 4 juillet 2024 en ce sens qu'il était exonéré de toute avance de frais et franchise mensuelle. Dans sa réponse du 17 octobre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 3 juin 2024. Il a indiqué que les pièces médicales produites à l'appui de la nouvelle demande avaient été soumises à l'appréciation du médecin du SMR, lequel avait considéré qu'elles n'apportaient aucun élément nouveau de nature à remettre en cause l'évaluation médicale préalable. Le recourant n'a pas répliqué malgré la prolongation de délai octroyée au 6 janvier 2025 pour ce faire.

- 11 - 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) Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 26 décembre 2023. Il s'agit en particulier de déterminer si ce dernier a rendu plausible, au vu des pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait, qui justifierait une réévaluation de son droit aux prestations depuis la dernière décision du 2 novembre 2021. b) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à

- 12 - 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). c) 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). d) 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

- 13 - pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et 6). 4. a) Dans le cas d'espèce, le recourant a déposé une première demande de prestations le 19 septembre 2019, laquelle a été rejetée par décision du 2 novembre 2021. L'OAI a en effet constaté que les atteintes à la santé dont souffrait le recourant n'entraînaient aucune incapacité durable, celui-ci disposant d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, hormis durant la période d'hospitalisation du 19 juin 2019 au 13 décembre 2019. Cette appréciation reposait sur une expertise médicale pluridisciplinaire mise en œuvre par l'OAI auprès du [...]. C'est par rapport à cette décision, fondée sur un examen matériel du droit à la rente, qu'il convient d'examiner si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé justifiant une entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations. b) Dans leur rapport du 5 mai 2021, les experts ont diagnostiqué une hypertension artérielle, un syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS), un status post amputation fémorale gauche le 20 juillet 2019, un appareillage non adapté et des lombalgies chroniques dans un contexte de maladie de Forestier sévère et diffuse. Ces affections ont été analysées de manière circonstanciée. Les experts ont constaté que l'hypertension artérielle était contrôlée et que le SAOS pourrait l'être à nouveau si le traitement était repris, ce que l'assuré avait toutefois refusé après son retour à domicile. Les lombalgies chroniques pouvaient, quant à elles, être traitées par la poursuite de la physiothérapie. S'agissant de l'appareillage jugé inadapté, les experts ont recommandé la réalisation d'essais avec un genou électronique, sans se prononcer sur la prise en charge. Sur le plan psychique, l'expert psychiatre a exposé que l'assuré n'avait pas spontanément formulé de plaintes ; ce n'était que sur interrogation ciblée que ce dernier avait évoqué de manière vague des symptômes d'anxiété. L'évaluation n'avait pas permis de mettre en évidence une symptomatologie d'une intensité suffisante pour poser un

diagnostic selon les critères de la CIM-10. Seuls des

- 14 - symptômes anxieux et dépressifs, fluctuants et non durablement installés, avaient été observés. Le psychiatre a relevé l'absence de traitement spécialisé ou de suivi psychiatrique régulier, hormis durant ses séjours à la D. _____. Les experts ont ainsi conclu à une capacité de travail totale à compter du 13 décembre 2019 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche prolongée au-delà de 500 mètres sur terrain plat, absence de marche sur terrain accidenté, pas de travail en position debout prolongée, pas de travail en position accroupie ou à genoux, pas de montée et descente répétées des escaliers, pas de travail en antéflexion du tronc, pas de port de charges supérieures à 5 kg, nécessité de changement de position avec possibilité de déambulation au moins une fois par heure. c) A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit plusieurs certificats médicaux datés de septembre à décembre 2023, émis par le Dr R. _____, médecin assistant, qui attestent d'une incapacité totale de travail durant de courtes durées (une à deux semaines), sans exposé clinique ou justificatif médical détaillé. Ils ne sont dès lors pas suffisants pour démontrer, à eux seuls, une aggravation de l'état de santé. Il a également fourni le rapport du Dr L. _____ du 19 mars 2020, ainsi que deux rapports de la Dre B. _____ des 18 février et 3 juillet 2020. Ces documents, antérieurs à la décision de l'OAI refusant l'octroi d'une rente d'invalidité, ne sauraient être retenus comme éléments probants permettant d'établir une aggravation de l'état de santé postérieure à cette décision. La nouvelle demande repose ainsi principalement sur deux rapports médicaux plus récents, datés des 30 janvier et 6 mai 2024. Le premier, établi par le Dr [...], rapporte l'apparition, depuis deux ans, d'infections récidivantes au niveau du moignon amputé, accompagnées de nodules purulents et douloureux au contact de la prothèse. Il y est également fait état d'une instabilité à la marche avec chutes fréquentes,

- 15 - de douleurs lombaires persistantes, ainsi que de difficultés croissantes à la marche prolongée en lien avec un appareillage devenu moins adapté. Le rapport mentionne en outre un trouble de l'adaptation, en lien avec une dégradation de l'état de santé et un contexte socio-économique précaire. L'assuré était par ailleurs en incapacité totale de travailler au moment de l'établissement du rapport. Le rapport médical du 6 mai 2024, rédigé par la Dre W. _____, reprend pour l'essentiel les constats déjà formulés par son confrère dans celui du 30 janvier 2024, sans apporter de constatations cliniques supplémentaires, si ce n'est que l'aggravation serait survenue en octobre 2023 et que « le pronostic serait incertain et probablement défavorable ». Cela étant, s'il est exact que le diagnostic d'infections récidivantes au niveau du moignon est nouveau, ces pièces médicales ne permettent pas d'établir que ces infections entraîneraient une incapacité de travail durable. En effet, seule trois périodes d'incapacité de courtes durées (d'une à deux semaines chacune) ont été attestées entre septembre et décembre 2023, ce qui ne suffit pas à rendre plausible une aggravation notable de l'état de santé. En outre, ce type d'atteinte, bien que gênant sur le plan fonctionnel, peut généralement être traité de manière efficace par des soins locaux appropriés, une hygiène adaptée ou une adaptation de l'appareillage, de sorte qu'il ne présente pas, en principe, de caractère invalidant durable. L'intensité, la fréquence et les conséquences fonctionnelles de ces infections ne sont d'ailleurs ni documentées de manière précise, ni accompagnées de données cliniques objectivant une aggravation durable. Le recourant soutient que les répercussions de ce nouveau diagnostic sur sa capacité de travail ne doivent pas être prouvées par ses soins, au motif qu'il ne faudrait pas préjuger l'issue d'une éventuelle instruction par l'OAI. Cet argument méconnaît les exigences posées par

l'art. 87 al. 2 RAI et la jurisprudence constante y relative mentionnée ci-dessus (cf. consid. 3 supra) ; il incombe en effet à l'assuré de rendre plausible, au stade de la nouvelle demande, une modification notable de

- 16 - son état de santé, susceptible d'avoir une incidence sur sa capacité de travail ou son invalidité. A défaut, l'administration n'a pas à instruire davantage et peut refuser l'entrée en matière. Par ailleurs, les douleurs lombaires invoquées étaient déjà connues et avaient été prises en compte dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire antérieure. Les experts avaient alors estimé que ces lombalgies pouvaient être traitées par la poursuite de la physiothérapie. Les rapports médicaux récents ne font état d'aucune aggravation objectivable de ces douleurs, ni de limitations fonctionnelles nouvelles qui en résulteraient. Les limitations décrites par le Dr R. _____, à savoir l'instabilité à la marche, les chutes fréquentes, les douleurs lombaires persistantes et l'impossibilité de rester debout plus de cinq minutes, concordent d'ailleurs avec celles déjà constatées lors de l'expertise en 2021. Ces limitations figuraient déjà dans le dossier médical lors de la première demande et avaient été expressément prises en compte par les experts, qui avaient par ailleurs recommandé des essais avec un genou électronique, en laissant ouverte la possibilité de son octroi en cas de résultat concluant. Dans ces circonstances, le recourant échoue à démontrer une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer l'évaluation de son invalidité sur le plan somatique. Sur le plan psychique, le diagnostic de trouble de l'adaptation posé par les médecins consultés ne permet pas davantage de rendre plausible une aggravation de l'état de santé. Il convient de rappeler que ces praticiens ne possèdent pas une formation spécialisée en psychiatrie, ne motivent pas ce diagnostic par une analyse clinique approfondie, ne décrivent aucune limitation fonctionnelle en lien avec ce trouble et n'en déduisent aucune incapacité de travail. De surcroît, ils associent ce trouble à la condition socio-économique précaire du recourant, un facteur qui ne relève pas du champ médical au sens de l'assurance-invalidité et ne saurait être pris en compte dans l'évaluation du droit aux prestations. Ce lien avec la précarité sociale dominait d'ailleurs déjà le tableau psychique du recourant au moment de l'expertise. Comme l'avait souligné l'expert

- 17 - psychiatre, il n'existait aucun suivi psychiatrique documenté ; les évaluations psychiques auxquelles le recourant avait été soumis ont uniquement été réalisées dans le cadre du séjour à la D. _____ et sa prise en charge s'était limitée à la prescription d'anxiolytiques et de somnifères. Dans ce contexte, aucune aggravation de l'état de santé psychique ne saurait être retenue comme plausible. d) En définitive, les pièces versées dans le cadre de la nouvelle demande du recourant ne mettent pas en évidence d'aggravation des troubles existants par rapport à la situation ayant conduit à la décision du 2 novembre 2021. Le recourant n'a donc pas rendu plausible une modification de son état de santé propre à influencer ses droits depuis cette décision. Dans ces conditions, l'intimé a refusé, à juste titre, d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 26 décembre 2023. 5. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra

rembourser les frais provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC). c) 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 a contrario).

- 18 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 3 juin 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. 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 mis à la charge de l'Etat. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - O. _____, - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales,

- 19 - par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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