

VD_GERICHTE ZD24.037336 vom 6. Januar 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-01-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.037336

FR: VD_GERICHTE ZD24.037336 du 6 janvier 2026

IT: VD_GERICHTE ZD24.037336 del 6 gennaio 2026

Erwägungen

E. 4

Dans un grief de nature formelle, le recourant a requis, dans un premier temps, la « destitution » de BC. _____, gestionnaire en charge de son dossier auprès de l'OAI et signataire de la décision du 19 juin 2024, dès lors que celle-ci avait déjà rendu une décision de refus

- 18 - d'entrer en matière le concernant le 4 juin 2019. Il a ensuite lui-même renoncé à demander cette « destitution » dans son courrier du 17 décembre 2024, de sorte que ce grief peut être écarté. Il aurait de toute façon été rejeté pour les motifs suivants. a) La récusation en procédure administrative est réglée par l'art. 36 LPGA, qui prévoit que les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (al. 1). L'art. 36 LPGA vise toutes les personnes impliquées dans l'instruction du dossier qui peuvent avoir une influence sur la décision à intervenir. Il n'est en revanche pas déterminant qu'elles établissent concrètement la décision. Sont ainsi concernés au premier chef les gestionnaires de dossiers auprès des différents assureurs sociaux ainsi que leurs collaborateurs spécialisés (juristes, etc.), mais également les médecins et autres spécialistes, qu'ils appartiennent à l'organisation de l'assureur ou qu'ils fonctionnent dans un service externe (Anne-Sylvie Dupont, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2025, 2e éd., n. 7 ad art. 36 LPGA). Les motifs tenant à l'organisation interne de l'assureur, par exemple le fait qu'un collaborateur intervienne à plusieurs reprises dans le même dossier, ne sont pas une raison de douter de son impartialité, même si ses avis ont pu être défavorables à l'assuré (Anne-Sylvie Dupont, op. cit., n. 12 ad art. 36 LPGA et les références). La récusation peut s'imposer même si une prévention effective n'est pas établie ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Cependant, seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions purement individuelles d'une des

- 19 - personnes impliquées ne sont pas décisives (ATF 137 II 431 consid. 5.2 ; 132 V 93 consid. 7.1 ; 127 I 196 consid. 2b et les références citées). b) En l'occurrence, s'agissant d'éventuels motifs de récusation à l'égard de la gestionnaire de dossier survenus en cours d'instruction, il appartenait au recourant de les soulever en temps utile devant l'OAI. En outre, la LPGA et la LAI, de même que leurs dispositions d'application, n'imposent pas la récusation d'office de l'auteur d'une première décision en cas de dépôt d'une nouvelle demande. Il n'y avait donc aucune raison justifiant que la gestionnaire de dossier, déjà en charge de la deuxième demande du recourant, se dessaisisse de l'affaire à la suite de sa troisième demande. Pour le surplus, le recourant ne présente aucun motif objectif de récusation à l'encontre de la gestionnaire de dossier. Il se contente de relever qu'elle a déjà

traité sa deuxième demande. Les pièces du dossier ne font par ailleurs pas ressortir de circonstances susceptibles de fonder une apparence de prévention de la part de la gestionnaire de dossier.

E. 5

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) A l'appui de son recours, le recourant invoque, d'une part, l'art. 53 LPGA relatif à la révision des décisions (cf. complément de recours du 17 décembre 2024, p. 16 ss) et, d'autre part, les art. 17 LPGA et 87 RAI, relatifs à la révision d'une rente d'invalidité pour l'avenir (cf. réplique du 9 avril 2025). Toutefois, contrairement à ce que semble penser le recourant, ces dispositions ne peuvent être invoquées indistinctement, dès

- 20 - lors qu'elles impliquent deux procédures différentes. En effet, comme l'a souligné l'intimé, l'application de l'art. 53 LPGA sous-tend une procédure de révision d'une décision entrée en force. En ce sens, elle impliquerait d'examiner s'il existe des motifs de révision, au sens de l'art. 53 LPGA, qui pourraient conduire à l'annulation de la décision prise le 24 mars 2014 et, le cas échéant, à l'examen de l'octroi d'une rente en relation avec la première demande formulée le 8 septembre 2011. Or une telle question n'est pas l'objet de la décision entreprise qui porte sur le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 27 novembre 2023. A cet égard, le recourant n'invoque aucun moyen permettant d'établir un motif de révision de la décision du 24 mars 2014, son argumentation tendant uniquement à tenter de démontrer que son état de santé s'est modifié, respectivement aggravé, depuis la décision précitée. Dès lors, pour autant que l'on doive interpréter l'invocation de l'art. 53 LPGA et les conclusions implicites que l'on pourrait en comprendre comme étant une demande de révision de la décision du 24 mars 2014, elles excèdent l'objet de la contestation, limité au refus d'entrer en matière sur la demande déposée le 27 novembre 2023, et sont donc irrecevables. Par ailleurs, le recourant a conclu à l'allocation d'une rente entière d'invalidité. Là encore, ce point excède l'objet de la contestation et la conclusion du recourant est irrecevable. c) En définitive, le litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il s'agit ainsi de déterminer si la situation médicale du recourant s'est notablement aggravée entre la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, à savoir la décision du 24 mars 2014 refusant l'octroi d'une mesure de reclassement et d'une rente d'invalidité, et la décision litigieuse du 19 juin 2024 et si, cas échéant, cette péjoration éventuelle justifie l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

E. 6

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

- 21 - 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) 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

- 22 - 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). d) 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). e) 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).

E. 7

En l'espèce, par décision du 19 juin 2024, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la troisième demande de prestations déposée le 27 novembre 2023 par le recourant. Il incombe, dans ce contexte, à la

- 23 - Cour de céans d'examiner si les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de cette demande établissent, de manière plausible, une aggravation de son état de santé par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision rendue par l'intimé le 24 mars 2014, laquelle constitue la dernière décision entrée en force fondée sur un examen du droit aux prestations. a) La première demande de prestations, déposée le 8 septembre 2011, fait mention, comme atteinte à la santé, d'une dépression, de problèmes d'alcoolisme et d'une déchirure des ligaments et ménisque du poignet droit. Selon les rapports recueillis par l'OAI lors de l'instruction de cette demande, le recourant souffrait, sur le plan psychique, d'un trouble de la personnalité dépendante, d'un épisode dépressif et d'une dépendance à l'alcool (cf. rapports des 9 décembre 2010, 11 mai, 4 juillet, 11 et 15 août, 10 octobre et 9 décembre 2011 des Drs D._____, G._____, F._____, L._____ et du J._____). Sur le plan physique, le recourant avait subi une arthroscopie le 23 mars 2005 à la suite d'un accident de ski survenu le 5 janvier 2003, qui avait entraîné une déchirure des ligaments du poignet droit (cf. déclaration de sinistre du 1er février 2005, protocole opératoire relatif à une arthroscopie du poignet droit et courrier du 8 septembre 2011 du Dr B._____). Faisant suite aux rapports des 14 août et 7 novembre 2012 du Dr L._____, selon lesquels le recourant rencontrait toujours des problèmes d'alcool, au rapport du 25 mars 2013 du Dr G._____, dont il ressortait que le recourant restait fragile, avec un rapport à l'alcool toujours difficile et des problèmes au poignet et à l'avis du 14 mai 2013 du SMR, un examen SMR, avec un volet orthopédique et un volet psychiatrique, a été confié aux Drs N._____ et I._____, qui ont examiné le recourant le 17 juin 2013. Ces médecins ont posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de douleurs chroniques du poignet droit, status après déchirure partielle du ligament lunéo- pyramidal (S63.5), de cervicalgies chroniques, de troubles de la statique du rachis sous forme d'une hypercyphose lombaire basse et d'un poids insuffisant avec BMI à 16.6, ainsi que les diagnostics, sans répercussion

- 24 - sur la capacité de travail, de tabagisme chronique, de douleurs nocturnes de l'épaule droite d'origine indéterminée, de status après arthroscopie du poignet droit, débridement d'une déchirure partielle du ligament lunéo- pyramidal et synovectomie par arthroscopie (23 mars 2005), de trouble de la personnalité dépendante, non décompensé (F60.7) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25). Le rapport des médecins précisait que, du point de vue psychiatrique, la consommation d'alcool du recourant n'était pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité et n'était pas non plus à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable. En outre, l'examen clinique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité décompensé, d'état de stress post- traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, de perturbation de l'environnement psychosocial, qui était inchangé depuis de nombreuses années, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui faisait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, ce diagnostic

n'était pas retenu. Le diagnostic de trouble de la personnalité dépendante, non décompensé, était retenu, mais sans valeur incapacitante, le recourant n'ayant pas d'antécédents psychiatriques jusqu'en 2010 et ayant été capable d'entreprendre une formation professionnelle et d'assumer ses responsabilités autant dans sa vie privée que professionnelle (cf. pp. 9 et 10 du rapport d'examen clinique du 17 juin 2013). En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'assuré ne souffrait d'aucune pathologie chronique et incapacitante et la capacité de travail exigible était de 100 % dans toute activité qui respectait les limitations fonctionnelles somatiques. En définitive, les Drs N. _____ et I. _____ ont attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port et le soulèvement de charges supérieures à 10 kg

- 25 - et les mouvements répétitifs du poignet droit, depuis mars 2005 sur le plan somatique et depuis le 1er février 2011 sur le plan psychiatrique. Se basant sur l'examen SMR du 17 juin 2013 et sur le rapport du SMR du 16 juillet 2013 l'ayant suivi, l'OAI a retenu, dans sa décision du 24 mars 2014, que le recourant disposait d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de menuisier, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que décrites par les Drs N. _____ et I. _____, à savoir pas de port ou de soulèvement de charges supérieures à 10 kg, ni de mouvements répétitifs du poignet droit. b) Dans le cadre de sa troisième demande de prestations du 27 novembre 2023, le recourant a produit un rapport du 27 décembre 2023 de BD. _____, physiothérapeute, un rapport du 18 décembre 2023 du Dr G. _____ et un rapport du 4 mars 2024 du Dr O. _____. Se basant sur un avis du SMR du 19 juin 2024, selon lequel il n'était pas apporté d'éléments médicaux objectifs nouveaux, l'OAI a, par décision du même jour, refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 27 novembre 2023. Dans le cadre de la procédure de recours, le recourant a produit un rapport du 1er novembre 2019, un rapport du 9 août 2024 et un certificat du 21 mars 2025, tous du Dr G. _____. Ces trois rapports ne peuvent toutefois pas être pris en compte, dès lors qu'ils ont été produits à un stade ultérieur à celui de la procédure administrative (cf. supra consid. 6e). On notera toutefois que ces rapports ne contiennent aucun élément nouveau, dont le Dr G. _____ n'aurait pas déjà fait état dans ses rapports précédents, notamment dans celui du 18 décembre 2023, qui mentionne des problèmes du rachis, des épaules et du poignet droit, ainsi que l'existence d'un processus dégénératif, ce médecin indiquant par ailleurs, dans son rapport du 9 août 2024, que les diagnostics ne s'étaient pas modifiés depuis les demandes de prestations effectuées auparavant, notamment en 2018. c) Ainsi, seuls les rapports établis par le Dr G. _____ le 18 décembre 2023, BD. _____ le 27 décembre 2023 et le Dr O. _____ le 4 mars 2024 peuvent être pris en compte et il convient d'examiner si ces

- 26 - rapports permettent de rendre plausible une modification ou une aggravation de l'état de santé du recourant. aa) Dans son rapport du 18 décembre 2023, le Dr G. _____ commence par confirmer qu'il suit le recourant depuis de nombreuses années dans le cadre de nombreux problèmes physiques et psychologiques ayant abouti à une incapacité de travail totale dans la profession de menuisier. Il ne fait toutefois aucune mention d'une aggravation particulière de ces problèmes, ni ne pose aucun diagnostic nouveau. A cet égard, le Dr G. _____ indique que la principale problématique du recourant reste un syndrome douloureux extrêmement invalidant, touchant essentiellement le rachis et les membres supérieurs. Or cette problématique n'est pas nouvelle, le Dr G. _____ en faisant déjà état dans son rapport du 9 décembre 2011, ainsi que le Dr N. _____ qui, lors

de son examen du 17 juin 2013, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de douleurs chroniques du poignet droit, status après déchirure partielle du ligament lunéo-pyramidal (S63.5), de cervicalgies chroniques et de troubles de la statique du rachis sous forme d'une hypercyphose lombaire basse, ainsi que celui, sans effet sur la capacité de travail, de douleurs nocturnes de l'épaule droite d'origine indéterminée. Le SMR a, dans son avis du 16 juillet 2013, tenu compte de ces diagnostics et a, en plus, retenu comme pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité les douleurs nocturnes de l'épaule droite d'origine indéterminée et le status après arthroscopie du poignet droit. On notera ici que la problématique somatique a, en outre, été prise en compte dans l'énumération des limitations fonctionnelles, à savoir l'absence de port et de soulèvement de charges supérieures à 10 kg et les mouvements répétitifs du poignet droit, visant à soulager les problèmes de rachis, du poignet droit et des épaules. En outre, le recourant lui-même se plaignait déjà, dans son courrier du 12 novembre 2013, que son poignet droit et son épaule ne fonctionnaient plus, qu'il avait un début d'arthrose à la nuque et que son nerf sciatique gauche lui faisait mal depuis plus de trois mois. On relèvera encore que les processus dégénératifs mentionnés par le Dr G. _____ en 2023 étaient déjà évoqués par ce médecin dans son rapport du 13 novembre 2018, sans que

- 27 - cela n'ait suffi à justifier une entrée en matière sur la deuxième demande de prestations du recourant, déposée le 26 septembre 2018, ce médecin évoquant déjà à cette époque une aggravation générale de l'état de santé du recourant. Il n'avait d'ailleurs procédé à aucune réévaluation spécialisée, si ce n'était pour l'épaule droite, sans qu'aucune sanction chirurgicale n'ait été retenue. Sur le plan psychique, le Dr G. _____ a mentionné une thymie fragilisée, qui justifiait un soutien médicamenteux ponctuel, avec des troubles du sommeil associés, ainsi qu'une consommation excessive d'alcool, qui fluctuait selon l'humeur du recourant et empêchait la reprise de toute activité professionnelle. Or la composante psychiatrique est connue de longue date, celle-ci ayant notamment motivé le dépôt de la première demande de prestations du recourant du 8 septembre 2011, dans laquelle il était mentionné une incapacité de travail en raison d'une dépression et d'un problème d'alcool. Elle a, en outre, été confirmée par les différents médecins traitants (cf. rapports des 9 décembre 2010,

E. 11

mai, 4 juillet, 11 et 15 août, 10 octobre et 9 décembre 2011 des Drs D. _____, G. _____, F. _____, L. _____ et du J. _____), ainsi que par la Dre I. _____, qui a retenu les diagnostics non incapacitants de trouble de la personnalité dépendante, non décompensé et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue. En définitive, le Dr G. _____ ne fait que proposer une appréciation différente de l'impact des atteintes à la santé du recourant, sans véritable motivation et ne fournit aucun élément objectif permettant de rendre plausible une aggravation de la situation médicale du recourant. bb) Dans son rapport du 4 mars 2024, après une brève anamnèse et un rappel des diagnostics déjà retenus, le Dr O. _____ expose que le recourant présente des cervico-dorso-lombalgies chroniques, survenant dans le cadre d'un tabagisme chronique, d'une dépendance à l'alcool et d'un déconditionnement physique global. Là encore, il ne fait état d'aucun diagnostic nouveau. En effet, le Dr G. _____ mentionnait déjà, dans son rapport du 9 décembre 2011, une sensibilité du rachis récidivante et le Dr N. _____ relevait, lors de son

- 28 - examen du 17 juin 2013, des cervicalgies chroniques et un trouble de la statique du rachis sous forme d'une hypercyphose lombaire basse. Le recourant se plaignait d'ailleurs lui-même de ses poignet droit, épaule, nuque, nerf sciatique gauche et dos dans son courrier du 12 novembre 2013. Le Dr O. _____ retient ensuite qu'en lien avec l'hypomyotrophie généralisée, l'insuffisance pondérale et la corpulence frêle, la capacité de travail du point de vue rhumatologique est nulle pour l'activité de menuisier, ainsi que pour toute activité physique moyennement lourde à lourde et toute activité nécessitant des mouvements répétitifs du poignet droit et l'utilisation d'engins vibrants aux mains. Ces limitations sont superposables aux limitations fonctionnelles retenues par les médecins du SMR dans leur avis du 16 juillet 2013 et à leur suite par l'intimé dans sa décision du 24 mars 2014, qui a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port, ni de soulèvement de charges supérieures à 10 kg et pas de mouvements répétitifs du poignet droit. Dès lors, il ne ressort pas du rapport précité un quelconque élément permettant de rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan rhumatologique. Quant à l'évocation d'éventuelles consultations auprès d'un neurologue, d'un neuropsychologue et d'un psychiatre en lien avec la consommation excessive d'alcool du recourant, il ne s'agit que de suggestions, le but étant de faire un bilan de l'éventuel effet de cette consommation sur l'état de santé et les capacités du recourant. Ces simples propositions sont toutefois insuffisantes, à ce stade, pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant, faute d'élément médical objectif nouveau évoqué par le Dr O. _____. Par ailleurs, l'OAI n'avait pas à investiguer, à cette stade, la question de savoir si la dépendance à l'alcool du recourant constituerait ou non une maladie, dès lors qu'en présence d'une nouvelle demande, l'OAI n'est pas tenu de mettre en œuvre des mesures d'instruction – telles la mise en œuvre d'une procédure probatoire structurée (cf. ATF 145 V 215) – avant d'avoir admis une aggravation plausible de la situation susceptible d'influencer le droit aux prestations (cf. supra consid. 6d).

- 29 - On relèvera que, si les examens évoqués ci-dessus devaient révéler une nouvelle atteinte ou une aggravation de l'état de santé du recourant, celui-ci serait libre de déposer une nouvelle demande. d) Le recourant soutient encore que les rapports des 18 décembre 2023 et 4 mars 2024 des Drs G. _____ et O. _____ auraient identifié des symptômes et des limitations fonctionnelles, qui n'auraient pas été correctement évalués ou pris en compte dans les avis antérieurs. Il n'expose toutefois aucunement en quoi consisteraient ces nouveaux symptômes et limitations fonctionnelles, si bien que son argument tombe à faux. e) Quant au rapport du 27 décembre 2023 du physiothérapeute du recourant – qui n'est pas médecin –, il ne fait que rappeler les diagnostics, à savoir une cyphose dorsale, des cervicalgies, des irradiations de l'épaule gauche et des lombalgies, les traitements pratiqués et les douleurs ressenties. Ces observations ne sont en rien évocatrices d'une aggravation des troubles somatiques du recourant ou des limitations fonctionnelles y relatives et n'apportent aucun élément nouveau permettant de rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant. f) En définitive, les rapports médicaux produits à l'appui de la nouvelle demande du 27 novembre 2023 ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision du 24 mars 2014. C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. On relèvera ici que l'argument du recourant, selon lequel l'intimé ne pouvait pas simplement se référer à l'avis du SMR pour s'écarter des rapports des Drs O. _____ et G. _____, mais aurait au contraire dû mettre en œuvre une expertise tombe à faux, dès lors que, comme exposé ci-avant (cf. supra consid. 6d), le principe inquisitoire selon l'art. 43 al. 1 LPGA ne

s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (cf. TF 8C_284/2024 du 15 octobre 2024 consid. 6.2).

- 30 - 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable 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 de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. 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). d) 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 Pache peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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