

## **VD\_GERICHTE ZD25.008546 vom 15. Mai 2026**

VD Tribunal cantonal, 2026-05-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD25.008546](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD25.008546)

FR: VD\_GERICHTE ZD25.008546 du 15 mai 2026

IT: VD\_GERICHTE ZD25.008546 del 15 maggio 2026

### **Erwägungen**

#### **E. 30**

avril 2019. Par pli du 23 mars 2021, l'assuré, représenté par Mes Banic et Stamenkovic, a présenté ses objections au projet de décision susmentionné, en soutenant notamment qu'en raison de son état de santé, il n'avait 10J010

- 9 - aucune capacité de gain au-delà du 1er mai 2019. Il estimait par ailleurs que le revenu sans invalidité retenu devait aussi tenir compte de son revenu obtenu auprès de la D.\_\_\_\_\_. Le 29 avril 2021, l'assuré a complété ses objections, en arguant principalement qu'il se justifiait d'utiliser la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, vu son activité indépendante, exercée à 50 %. Il a par ailleurs réitéré qu'il avait également exercé une activité salariée auprès de la D.\_\_\_\_\_, qu'il se justifiait de prendre en compte. Dans une communication interne du 4 mai 2021, l'OAI a justifié la manière dont il avait évalué le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'avait pas été atteint dans sa santé. Il ressortait de l'extrait de son compte individuel AVS (CI) que la moyenne des montants réalisés de 2011 à 2016 se montait à 29'963 francs. Toujours selon le CI, l'intéressé était inscrit comme indépendant depuis 2009 et avait eu une courte activité salariée comme aide-informaticien du 1er mai au 6 octobre 2017 – d'après le certificat de travail – pour laquelle il avait réalisé un montant de 13'887 francs. Il était également relevé qu'un changement d'activité était possible et exigible, alors que le salaire statistique général de niveau 4 était plus élevé que ceux réalisés précédemment et inscrits au CI depuis 2004. L'OAI soulignait enfin qu'il existait suffisamment d'activités adaptées au regard des limitations fonctionnelles reconnues, y compris celle d'aide en informatique. Par décision du 1er décembre 2021 notifiée directement à l'assuré, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 février précédent. Dans sa prise de position datée du même jour, elle a exposé que la méthode ordinaire de comparaison des revenus devait être retenue dès lors qu'il était possible de déterminer de manière fiable les revenus tirés de l'activité indépendante. Il n'y avait en revanche pas lieu de tenir compte des revenus tirés de l'activité dépendante déployée de mai à octobre 2017. Non contestée en temps utile, cette décision est entrée en force. 10J010

- 10 - B. Par courrier du 2 février 2022, l'assuré a demandé à l'OAI la réouverture de son dossier et sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité, en se prévalant notamment d'un rapport du 28 janvier 2022 du Prof. X.\_\_\_\_\_, également annexé, lequel avait constaté une rechute sous la forme d'un descellement de la prothèse du genou droit consécutive à la reprise de l'activité professionnelle, pour lequel il évoquait la nécessité d'une prise en charge, d'abord en vue d'une ponction visant à écarter une infection, puis consistant en une reprise de la prothèse totale du genou, permettant au tibia d'assurer un meilleur support métaphysaire, avec cône et quillage court. Le chirurgien soulignait avoir expliqué à son patient que cette reprise serait à prévoir courant 2022, sans urgence. Par courrier du 26 avril

2022, Mes Banic et Stamenkovic ont exposé qu'en raison de la notification directe à l'assuré, il ne leur avait pas été possible de recourir contre la décision du 1er décembre 2021. Le 27 juin 2022, l'assuré a adressé un formulaire de demande de prestations à l'OAI, en expliquant que le descellement de la prothèse devrait être pris en charge chirurgicalement dans les prochains mois. Par courrier du 11 août 2022, le Prof. X.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un lot de rapports médicaux relatifs aux consultations de l'assuré au sein du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, dont le plus récent, daté du 24 février 2022, se rapportait à une consultation du 21 février précédent. Par communication du 29 novembre 2022, l'OAI a indiqué que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables en l'état. Par courriers des 9 janvier et 24 février 2023, l'OAI a fait savoir à l'assuré que son médecin traitant, le Dr K.\_\_\_\_\_, n'avait à ce jour pas donné suite à sa demande de rapport médical, si bien que l'intéressé était invité à intervenir auprès de lui et, le cas échéant, à indiquer s'il était suivi par un autre médecin de famille, respectivement par un médecin psychiatre. 10J010

- 11 - Répondant le 24 mars 2023 à un courrier du 24 février précédent par lequel l'OAI avait demandé au Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV de répondre à une série de questions sur l'évolution de l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré, le Prof. X.\_\_\_\_\_ a transmis copies de rapports datés des 28 janvier et 24 février 2022 relatifs à des consultations des 17 janvier et 21 février 2022, en soulignant que le patient n'était pas revenu depuis cette dernière date. Le 8 juin 2023, l'assuré a indiqué à l'OAI que le Dr K.\_\_\_\_\_, qu'il avait vu en consultation le 14 mars précédent, était toujours son médecin de famille, lequel avait par ailleurs rempli le questionnaire sollicité par l'OAI en fin d'année 2022 ou au début 2023. Par courrier du 30 juin 2023, l'OAI a derechef fait savoir à l'assuré qu'il n'avait reçu aucun retour de la part du Dr K.\_\_\_\_\_ et que le Prof. X.\_\_\_\_\_ n'avait pas répondu aux questions posées. Soulignant qu'il lui était difficilement possible d'instruire sa demande de prestations dès lors qu'aucun de ses médecins n'apportaient de réponse claire et complète à ses sollicitations, l'OAI invitait à nouveau l'intéressé à intervenir auprès de son médecin de famille. Le 24 novembre 2023, l'OAI a informé l'assuré que le Dr K.\_\_\_\_\_ n'avait toujours pas donné suite à ses demandes d'informations, malgré plusieurs rappels. En réponse à une nouvelle sollicitation de l'OAI du même 24 novembre 2023, le Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV a réitéré, par courriel du 5 décembre suivant, que l'assuré n'avait plus été revu depuis février 2022. Dans un avis médical du 12 février 2024, le SMR a relevé que l'assuré n'avait plus été revu par le Prof. X.\_\_\_\_\_ depuis février 2022, lequel n'avait par conséquent pas répondu aux questions de l'OAI concernant la capacité de travail et les limitations fonctionnelles actuelles 10J010

- 12 - de l'intéressé. Le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin traitant, n'avait pas non plus répondu aux questions, malgré de nombreux rappels. Cela étant, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas d'aggravation significative et durable de l'état de santé. Il n'y avait en effet pas de nouvelle atteinte à la santé durablement incapacitante, ni au niveau du genou droit, ni ailleurs, ni de nouvelle limitation fonctionnelle d'ordre orthopédique. La capacité de travail de l'assuré, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, demeurait ainsi inchangée depuis la dernière décision. Aux termes d'un document du 15 février 2024, l'OAI a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité de l'assuré, lequel restait toutefois nul compte tenu d'un revenu sans invalidité de 30'975 fr. 21 (29'963 fr., indexé à 2024) et d'un salaire exigible de 53'886 fr. 28. Par projet de décision du 11 juillet 2024, l'OAI a fait savoir à

l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité en lien avec sa nouvelle demande de prestations déposée le 2 février 2022. Il retenait que sa situation était inchangée par rapport à la décision du 1er décembre 2021, dans la mesure où aucun élément ressortant du dossier ne permettait de reconnaître une aggravation probable, objective et durable de son état de santé engendrant une perte de capacité de travail supérieure à celle alors reconnue, ni aucune limitation fonctionnelle supplémentaire. Par ailleurs, l'abattement automatique de 10 % opéré sur le revenu d'invalidé fixé sur la base des données statistiques, en vigueur dès le 1er janvier 2024, ne changeait rien au préjudice économique, qui demeurait nul. Enfin, en présence d'un taux d'invalidité inférieur à 20 %, aucun droit à une mesure d'ordre professionnel n'était ouvert. Par pli du 22 juillet 2024, l'assuré, toujours représenté par Mes Banic et Stamenkovic, a présenté ses objections à l'encontre dudit projet de décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 2 février 2022. Il estimait que, compte tenu de ses douleurs et limitations fonctionnelles, notamment à la marche, aucune capacité de travail, y compris dans une activité adaptée, n'était exigible à ce stade. 10J010

- 13 - Par courrier du 4 octobre 2024, l'assuré a complété ses objections. Pour l'essentiel, il s'est plaint du revenu sans invalidité retenu par l'OAI, alléguant que, sans atteinte à la santé, il réaliserait un revenu de l'ordre de 100'000 fr. en tant que photographe indépendant. Par courrier du 5 novembre 2024, l'assuré a produit un lot de rapports du Prof. X. \_\_\_\_\_, le plus récent daté du 4 mars 2022, à savoir le protocole opératoire relatif à l'intervention de ponction du genou droit (sur PTG) réalisée sous anesthésie locale le 2 février 2022. Aux termes d'un avis médical du 14 novembre 2024, le SMR a retenu qu'aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif ni aucune nouvelle limitation fonctionnelle objective d'ordre orthopédique ou autrement médical n'ayant pas déjà été largement discuté ne pouvait être déduit des pièces produites par l'assuré. Par décision du 24 janvier 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré déposée le 2 février 2022, confirmant entièrement son projet du 11 juillet 2024. Selon une communication interne du 24 janvier 2025 jointe au courrier du même jour accompagnant la décision attaquée, l'OAI avait procédé à un nouvel examen du revenu sans invalidité de l'assuré à la lumière des comptes d'exploitation de son entreprise individuelle pour les années 2012 à 2016, lesquels n'étaient pas disponibles au moment où la première décision avait été rendue. Il en ressortait que le chiffre d'affaires de l'entreprise individuelle avait connu une progression similaire à celle du résultat net déduit des taxations fiscales et du compte individuel AVS. En particulier, le volume d'affaires avait connu, entre 2013 et 2014, une diminution de l'ordre de 30 %, tout comme le résultat net, alors que l'intéressé n'était pas encore atteint dans sa santé. L'OAI considérait qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des revenus effectifs réalisés par l'assuré, qui avait exercé son activité indépendante pendant dix ans avant l'atteinte à la santé survenue en 2017 et s'était contenté de revenus modestes durant plusieurs années. Le revenu sans invalidité devait donc bien être déterminé 10J010

- 14 - par la moyenne des bénéfiques nets des années 2012 à 2016, majorée des cotisations AVS, soit 29'963 francs. L'OAI ajoutait que, dans ce contexte, il n'y avait pas lieu d'opérer une quelconque indexation du revenu sans invalidité depuis 2016, étant précisé qu'une indexation du revenu d'invalidité n'aurait quoiqu'il en soit aucune incidence sur le taux d'invalidité. C. Par acte du 24 février 2025, B. \_\_\_\_\_, toujours représenté par Mes Filip Banic et Radivoje Stamenkovic, a interjeté recours contre la décision susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa

réforme, en ce sens qu'une rente d'invalidité de 50 % lui était octroyée dès le 2 février 2022, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de son recours, l'intéressé a pour l'essentiel critiqué les salaires avec et sans invalidité retenus par l'OAI, en soutenant que ceux-ci auraient dû être arrêtés à 96'460 fr. 60 s'agissant du revenu sans invalidité, respectivement à 48'886 fr. 50 de revenu d'invalidité, laissant subsister une perte de gain de 47'574 fr. équivalant à un taux d'invalidité de 49,40 %, qui aurait dû conduire l'intimé à lui octroyer une demi-rente d'invalidité. Dans sa réponse du 25 avril 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. En réplique, le 27 juin 2025, l'assuré a confirmé ses conclusions. Il a produit des lettres de sortie des 17 et 27 mars et 12 mai 2025 du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, selon lesquelles il avait été hospitalisé à trois reprises, du 26 février au 4 mars, du 11 au 19 mars, puis du 3 au 11 avril 2025, en raison d'une infection chronique tardive de prothèse totale de genou droit à *Streptococcus mitis*, qui avait nécessité une ablation suivie d'une réimplantation de la prothèse ainsi qu'une antibiothérapie. Le recourant en concluait que l'intimé avait statué trop tôt sur sa nouvelle demande de prestation, les pièces médicales produites confirmant selon lui la nécessité d'une reprise de l'instruction. 10J010

- 15 - Dupliquant le 20 août 2025, l'OAI a maintenu sa position en soulignant que l'aggravation rapportée de l'état de santé du recourant était postérieure à la décision attaquée. Il avait néanmoins soumis au SMR les derniers documents produits par l'assuré, lequel avait constaté, dans un avis médical du 21 juillet 2025 également annexé, que les pièces médicales produites n'avaient pas fait état d'une modification significative de la situation prévalant entre la décision du 1er décembre 2021 et celle rendue le 24 janvier 2025, objet du recours. L'OAI précisait encore qu'en cas d'évolution durablement défavorable de l'événement survenu fin février 2025, il était loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations accompagnée de pièces médicales rendant plausible une modification durable de la situation. Dans de nouvelles déterminations du 23 octobre 2025, le recourant a derechef confirmé ses conclusions. 10J010

- 16 - En droit : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations déposée le 2 février 2022. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'OAI pouvait nier tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité du recourant depuis la décision du 1er décembre 2021 entrée en force, lui octroyant une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1er août 2018 au 30 avril 2019. 3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les

principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). 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 10J010

- 17 - rente. Si cette date est postérieure au 1er janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1er janvier 2022.

Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1er juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). b) En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 24 janvier 2025 fait suite à une nouvelle (seconde) demande de prestations déposée le 2 février 2022. La naissance du droit éventuel à une rente ne peut intervenir que six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit le 1er août 2022, si bien qu'on appliquera le droit en vigueur dès le 1er janvier 2022. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 10J010

- 18 - c) En vertu de l'art. 28b LAI (dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2022), la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. d) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la 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). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1er janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par

conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b). e) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un 10J010

- 19 - changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3). 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 ; 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3 et les références citées). 10J010

- 20 - 6. a) Dans le cas particulier, l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par le recourant le 2 février 2022, qu'il a instruite en demandant des rapports aux différents médecins traitants. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision du 1er décembre 2021, entrée en force et reposant sur un examen complet du droit aux prestations, et la décision litigieuse du 24 janvier 2025, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit aux prestations. b) Dans sa décision du 1er décembre 2021, l'intimé avait constaté, en se fondant sur l'expertise réalisée le 11 janvier 2019 par le Dr H. \_\_\_\_\_, pour le compte de l'assureur-accidents, ainsi que sur l'avis médical du SMR du 1er décembre 2020, que le recourant s'était trouvé en incapacité de travail totale à la suite de sa chute du 15 août 2017, laquelle avait occasionné un grave traumatisme au genou droit (fracture-luxation, avec

lésions ligamentaires et méniscales complexes), ayant entraîné de nombreuses interventions chirurgicales dont l'évolution avait été compliquée notamment en lien avec une surinfection secondaire à staphylocoque doré et une gonarthrose secondaire et post-traumatique, rapidement évolutive. Une prothèse totale du genou droit lui avait été posée le 24 juillet 2018. Selon l'expert, le recourant était néanmoins en mesure de reprendre à 100 %, dès février 2019, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, que le SMR avait définies comme suit (cf. avis médical du 1er décembre 2020) : « pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de marche de plus d'une heure ou en terrain irrégulier, pas de positions debout prolongées, pas de position prolongée ou répétée ou à genoux, pas d'utilisation régulière d'échelles ». De même, dès avril 2019, la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de photographe « de terrain » était de 50 %, respectivement de 80 % s'il concentrait son activité sur la photographie « de studio ». Ainsi, par sa décision du 1er décembre 2021, l'intimé avait octroyé au recourant une rente d'invalidité entière, limitée dans le temps, du 1er août 2018 au 30 avril 2019. Le droit à la rente ne perdurait pas au-10J010

- 21 - delà de cette dernière date, dans la mesure où il ne résultait plus de préjudice économique en lien avec ses atteintes à la santé. La comparaison des revenus pouvait se résumer comme suit : revenu sans invalidité de 29'963 fr. dans l'activité de photographe indépendant ; revenu avec invalidité de 68'376 fr. 57, selon les valeurs statistiques, en tant que travailleur sans formation à 100 % dans des activités du domaine de la production ou des services, respectivement de 55'390 fr. 95, également selon les valeurs statistiques, en tant que photographe de studio salarié à 80 %. c) Dans sa nouvelle demande du 2 février 2022, le recourant s'est prévalu du fait qu'une reprise chirurgicale était alors envisagée, en raison d'un descellement mécanique de la prothèse totale qui lui avait été posée au genou droit, lequel serait survenu à la suite de la reprise de son activité professionnelle de photographe. Il a produit, à l'appui de sa demande, un rapport de consultation du 28 janvier 2022 du Prof. X. \_\_\_\_\_, dont il ressortait notamment le caractère non urgent de l'intervention projetée. d) Comme l'intimé l'a souligné dans la décision attaquée, les éléments rapportés par le recourant ne suffisent pas à établir une aggravation significative et durable de son état de santé. En particulier, il faut prendre en considération que l'intervention projetée n'avait pas encore été réalisée à la date de la décision attaquée, le recourant n'ayant plus consulté le Prof. X. \_\_\_\_\_ depuis février 2022. Par ailleurs, la fonctionnalité du genou droit du recourant ne semblait pas avoir été impactée par le descellement mécanique de la prothèse, lequel n'avait pas non plus provoqué une exacerbation de la présentation algique des gonalgies, constatées depuis la survenance du traumatisme en août 2017. Il n'était enfin pas fait état de répercussions sur les activités de la vie quotidienne. Cela étant, le Prof. X. \_\_\_\_\_ n'avait pas mentionné l'existence d'atteintes nouvelles au genou droit, pas plus qu'il n'avait défini de nouvelles limitations fonctionnelles. Le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, n'avait pour sa part pas répondu aux demandes de 10J010

- 22 - renseignements que l'intimé lui avait été adressées, en dépit de nombreux rappels. e) aa) En procédure judiciaire, le recourant a produit des pièces postérieures à la décision litigieuse datée du 24 janvier 2025. Il convient donc d'examiner si elles peuvent être prises en compte dans le cadre du présent litige et, cas échéant, si elles permettent d'invalider les conclusions du SMR, respectivement la décision de l'intimée. En effet, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision

litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1). bb) Il ressort des lettres de sortie des 17 et 27 mars et 12 mai 2025 émanant du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, que le recourant a été hospitalisé du 26 février au 4 mars 2025 pour une suspicion d'arthrite septique sur sa prothèse totale de genou, avec des plaintes douloureuses aiguës, associées à des épisodes de fièvre à 38 degrés. La suspicion d'arthrite septique s'étant confirmée, le recourant s'était soumis le 12 mars 2025 à une ablation de la prothèse (synovectomie, débridement profond avec implantation d'un spacer). Par la suite, une réimplantation de la prothèse avait eu lieu le 4 avril 2025, l'intervention s'étant déroulée sans complications immédiates. cc) Il sied de constater que les atteintes exposées ci-dessus, mises en exergue par les pièces médicales produites en procédure de 10J010

- 23 - recours, sont survenues postérieurement à la décision attaquée, de sorte qu'on ne saurait en tenir compte dans le cadre du présent litige. De plus, comme cela a été relevé par le SMR dans son avis du 25 juillet 2025, en l'absence de complication post-opératoire notable et objective du point de vue orthopédique ou infectiologique, ces atteintes ne sont vraisemblablement pas de nature à influencer de manière significative les limitations fonctionnelles reconnues jusqu'ici, en sorte que la capacité de travail resterait également inchangée à l'issue d'une période de convalescence post-opératoire de trois à quatre mois. f) En définitive, à la date de la décision statuant sur la demande de prestations du recourant du 2 février 2022, aucun élément médical ne permettait de remettre valablement en cause la position de l'intimé. Au surplus, on rappellera qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé s'il estime avoir subi ultérieurement à la décision litigieuse une péjoration substantielle de son état de santé susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance- invalidité. 7. a) Le recourant conteste, par ailleurs, le revenu sans invalidité qui avait été retenu dans la décision du 1er décembre 2021, à hauteur de 29'963 francs. Il soutient que les données ressortant de son compte individuel AVS et de la comptabilité de son entreprise individuelle n'étaient pas déterminantes pour fixer ce revenu, de sorte qu'il y aurait eu lieu, selon lui, de se référer aux données statistiques. b) Les contestations du recourant se rapportent toutefois exclusivement à la manière dont avait été déterminé le revenu sans invalidité, et accessoirement le revenu d'invalidité, dans la précédente décision du 1er décembre 2021, entrée en force, sans qu'il se prévale à cet égard de circonstances nouvelles survenues dans l'intervalle. Aussi, à défaut de se rapporter à un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité depuis cette dernière décision, les critiques émises par le recourant sont irrecevables. 10J010

- 24 - On observera au demeurant que, selon une communication interne du 24 janvier 2025 annexée à la décision attaquée, l'OAI a procédé à un nouvel examen du revenu sans invalidité à la lumière des comptes d'exploitation de l'entreprise individuelle du recourant pour les années 2012 à 2016, lesquels n'étaient pas disponibles au moment où la première

décision avait été rendue. Il apparaît néanmoins, au terme de ce nouvel examen, que le chiffre d'affaires de l'entreprise avait connu une progression similaire à celle du résultat net déduit des taxations fiscales et du compte individuel. En particulier, le volume d'affaires avait connu, entre 2013 et 2014, une diminution de l'ordre de 30 %, tout comme le résultat net, alors que le recourant n'était pas encore atteint dans sa santé. Dans ce contexte, il n'y avait pas lieu d'opérer une quelconque indexation du revenu sans invalidité depuis 2016, laquelle n'aurait, quoi qu'il en soit, pas eu d'influence sur le taux d'invalidité du recourant.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision attaquée confirmée. b) 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. 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. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA a contrario). 10J010

- 25 -

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