

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juillet 2021

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Bidiville et Mme Feusi, assesseurs
Greffière: Mme Berseth

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant, représenté par Me Jeanne-Marie Monney,
avocate à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 29 al. 2 Cst. ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...] et titulaire d'une autorisation de séjour, est au bénéfice d'une formation élémentaire en menuiserie. Il a principalement travaillé en qualité de chauffeur-livreur, déménageur, manœuvre, aide-jardinier, puis, en dernier lieu, en qualité de storiste, pour le compte de l'entreprise [...], du 22 juin au 15 août 2015.

b) Le 22 novembre 2002, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, en raison de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis lombaire inférieur. Prématurée, cette demande est restée sans suite.

c) Le 8 septembre 2015, l'assuré a chuté sur son genou droit en glissant dans un escalier. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : CNA).

 Le 21 avril 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), annonçant qu'il se trouvait en totale incapacité de travail depuis le 8 septembre 2015 en raison d'une gonarthrose tri-compartmentale du genou droit décompensée par un traumatisme et d'une déchirure de la corne postérieure des ménisques latéral et médial, dégénératifs.

 L'assuré a bénéficié d'une arthroplastie le 9 juin 2016 (prothèse totale du genou), à la suite de laquelle il a fait un séjour à la W._____ (ci-après : W._____) du 19 octobre au 15 novembre 2016.

 Dans leur rapport du 1^{er} décembre 2016, les Drs D._____ et M._____, médecins à la W._____, ont retenu les diagnostics de gonarthrose tri-compartmentale du genou droit, de traumatisme le 8 septembre 2015 du genou droit avec déchirure de la corne postérieure

des ménisques latéral et médial dégénératifs, et de lipome du tissu sous-cutané de la région para-lombaire droite. Les Drs D. _____ et M. _____ ont relevé que les plaintes et limitations du patient ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour et que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes rapportées par l'intéressé. Au titre des limitations fonctionnelles, les médecins ont retenu que l'assuré devait éviter les longs déplacements et les déplacements en terrains accidentés, le port de charges lourdes, les positions contraignantes pour le genou (accroupies et à genoux), les positions debout prolongées ainsi que la montée et la descente d'escaliers et d'échelles. Ils ont qualifié de défavorable le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée, en raison de facteurs non médicaux, tout en estimant à trois mois le délai de stabilisation médicale.

Victime d'un accident de circulation le 24 juillet 2017, l'assuré a consulté le Service des urgences du P. _____ (ci-après : P. _____). Des radiographies de contrôle du thorax, de la colonne et du genou droit ont conclu à de multiples contusions sans signe de gravité.

En raison de la persistance de douleurs antérieures au genou droit, l'assuré a bénéficié d'un resurfaçage itératif de la rotule, pratiqué le 1^{er} mars 2018 par le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au P. _____. Dans un rapport du 20 juin 2018, le chirurgien a constaté la persistance de quelques douleurs antérieures, toutefois bien améliorées par l'intervention. Les mobilités restaient limitées, comme prévu, mais stables.

L'assuré souffrant de douleurs du rachis, il a bénéficié le 8 mai 2018 d'un examen par IRM, qui a mis en évidence les diagnostics suivants :

« Discopathies dégénératives cervicales étagées compliquées d'une sténose foraminale bilatérale C4-C5 en possible conflit sur les trajets radiculaires C5 bilatéraux. Sténoses canalaire rachidiennes cervicales acquises d'origine dégénérative C3-C4, C4-C5, C6-C7. Myélopathie focale d'origine cervicarthrosique C4-C5.

Discopathies dégénératives lombaires étagées L2-L3, L3-L4 et L4-L5. Hernie discale exclue L4-L5 postéro-latérale droite compliquée d'une

sténose du récessus latéral droit L4-L5 en possible conflit avec l'émergence du sac dural du trajet radiculaire L5 droit.

Arthropathies dégénératives inter-apophysaires postérieures bilatérales lombaires étagées. »

Le 18 juin 2018, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au P._____, a procédé à une décompression postérieure du canal cervical.

Dans un rapport du 16 juillet 2018, le Dr B._____ a indiqué que l'assuré s'était tordu le genou en sortant de sa baignoire, que ce petit traumatisme avait pu entraîner un épanchement intra-articulaire, en cours de résorption, mais qu'il n'existait aucun signe de fracture ni de descellement.

Dans un rapport d'examen final du 7 novembre 2018, le Dr F._____, médecin d'arrondissement à la CNA, a émis l'appréciation suivante :

« Le patient dit qu'il n'a plus de fourmillement depuis l'intervention du 19.06.2018 mais qu'il a perdu beaucoup de mobilité au niveau de la colonne cervicale. Il a aussi présenté dans les mois qui ont suivi cette intervention de très vives lombalgies D [droites] qu'une infiltration à [...] a bien soulagées.

Actuellement, il souffre de douleurs plus modérées, un peu ubiquitaires, touchant le rachis cervical, où il a l'impression d'avoir un poids permanent, la colonne lombaire et le genou D, où il y aurait une sorte de claquement. Il évoque également des vertiges et des difficultés d'endormissement. Il semble qu'il n'est pas limité dans ses déplacements mais qu'il n'arrive pas à faire les escaliers à pas alternés.

Lors de l'examen clinique, la marche s'effectue pratiquement sans boiterie, avec une relative aisance.

Objectivement, le genou D, qui est normo-axé, reste légèrement augmenté de volume et un peu chaud, sensible à la palpation sur son versant externe, mais il n'y a pas d'épanchement et la mobilisation s'effectue librement. L'extension est complète. La flexion atteint 95° par rapport à 120° à G [gauche]. Il n'y a pas de laxité anormale. Le quadriceps a un bon tonus et une bonne force. Il n'y a pas d'inégalité de longueur des MI [membres inférieurs]. La manœuvre de Lasègue est négative ddc [des deux côtés]. Le réflexe rotulien D n'est pas obtenu alors qu'il est hyper-vif à G. Le réflexe achilléen D est normo-vif à D, hyper-vif à G. Le tonus et la force musculaire semblent conservés à tous les niveaux. La sensibilité paraît globalement préservée avec toujours une possible hypoesthésie L5D.

Sur les RX [radiographies] du genou D du 13.06.2018, les éléments prothétiques sont en place, sans signes de descellement. La rotule, resurfacée, est bien centrée.

Pour le genou D, j'ai l'impression que la reprise chirurgicale a atteint son but, avec des douleurs clairement en retrait, chez un patient qui marche maintenant sans cannes et qui n'est plus limité dans ses déplacements mais qui a probablement plus de peine à faire les escaliers en raison de la persistance d'une limitation de flexion, situation à laquelle on s'attendait et dont le patient avait été prévenu.

La poursuite de la physiothérapie peut se concevoir encore quelques temps mais le potentiel d'amélioration est faible.

En d'autres termes, on peut considérer que la situation est stabilisée du point de vue médical et la Suva devrait clore le cas pour ce qui la concerne.

Les limitations fonctionnelles qui avaient été retenues lors du séjour à la W. _____ sont toujours d'actualité.

Dans une activité respectant ces limitations, il est clair que la capacité de travail est entière, même si le pronostic de réinsertion professionnelle est obéré par des facteurs non-médicaux. »

Par décision du 14 novembre 2018, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettait fin à la prise en charge des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière au 30 novembre 2018.

Par décision du 12 décembre 2018, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15%, d'un montant de 18'900 francs. Elle a par contre refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, considérant que pour ce qui était des seules suites de l'accident du 8 septembre 2015, l'assuré était à même d'exercer une activité ne nécessitant pas le port de charges lourdes ni le travail debout de manière prolongée ou dans des positions contraignantes pour le genou droit. Une telle activité ne lui infligeant pas de perte de revenu, l'assuré ne subissait pas d'invalidité.

Dans un rapport à l'OAI du 25 janvier 2019, le Dr B. _____ a indiqué que le genou droit, retouché, présentait une mobilité réduite compte tenu d'une raideur et une flexion à 90°, avec un petit claquement, indolore. Il a estimé que l'état du genou permettait une reprise du travail à 100% dans une activité adaptée permettant d'éviter la position debout prolongée et le port de charges lourdes.

Dans un avis du 28 février 2019, le Dr N._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu les diagnostics de status post prothèse de genou droit, de lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs rachidiens et de status post décompression cervicale C3-C7 sans séquelles motrices. Il a reconnu une incapacité de travail de 100% dès le 8 septembre 2015, tout en estimant que dès le 12 décembre 2018, l'intéressé avait recouvré une capacité de travail entière dans toute activité adaptée, légère, sédentaire ou semi-sédentaire, répartie sur cinq jours ouvrables, principalement en position assise, avec alternance des positions, et permettant d'éviter les manipulations de charges de plus de 5 kg, le déplacement en terrain irrégulier, le travail à genou et/ou en station accroupie, la position du tronc tenue en porte-à-faux, les flexions-rotations répétées du tronc, les gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ou de soulever des charges de plus de 1 à 2 kg à bout de bras, ainsi que l'usage de machines vibrantes. Le Dr N._____ a en particulier relevé que, selon l'appréciation de la CNA, l'état du genou droit de l'assuré permettait la reprise d'une activité adaptée à 100% dès fin 2018, que l'intervention sur le rachis cervical s'était déroulée sans complication et que les lombalgies chroniques avaient été prises en compte dans les limitations fonctionnelles retenues.

Par projet de décision du 22 mars 2019, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2016 au 31 mars 2019. Le même jour, l'office lui a accordé une aide au placement, à laquelle il a renoncé le 14 mai 2019.

Le 14 mai 2019, l'OAI est entré en possession d'un rapport du 10 avril 2019 du Dr R._____, à la teneur suivante :

« Je ne pense pas que M. S._____ puisse reprendre une activité professionnelle. Il présente des troubles de la marche persistants liés à la laminectomie avec une marche du funambule difficile et quelques troubles de l'équilibre. Il a récupéré la force au niveau des membres supérieurs mais l'utilisation de ceux-ci provoque des douleurs cervicales et dorsales.

Il est difficile pour moi d'évaluer quelle est la capacité de travail de M. S. _____ dans un milieu adapté car je ne le vois qu'ici, à ma consultation. Par contre, il est clair qu'avec une laminectomie sur 7 niveaux, les douleurs peuvent être importantes et le patient mentionne une persistance des symptômes liés à cette myélopathie. De plus, M. S. _____ présente des lombalgies et un status post prothèse totale du genou droit qui avait nécessité un changement avec des douleurs résiduelles sur la prothèse.

Je serais d'avis que le patient bénéficie d'une évaluation des capacités fonctionnelles. Selon moi, il ne peut pas reprendre d'activité professionnelle à 100%. Je pense que l'AI devrait se pencher sur une évaluation des capacités fonctionnelles avant de prendre une décision ».

Par décision du 5 juillet 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 mars 2019 et a alloué à l'assuré une rente limitée dans le temps, couvrant la période du 1^{er} octobre 2016 au 31 mars 2019. Il a au surplus considéré que, dès janvier 2019, l'intéressé avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que le revenu qu'il était en mesure d'en retirer ne laissait subsister aucun préjudice économique en sa défaveur. Ainsi, son droit à la rente s'éteignait trois mois après l'amélioration de son état de santé, soit à la fin mars 2019. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. Le 21 janvier 2020, l'assuré a demandé à l'OAI la réouverture de son dossier. Il a expliqué qu'il souffrait toujours de limitations physiques et de douleurs, et qu'il poursuivait le traitement lié aux suites de son accident du 24 juillet 2017, auprès de la Dre V. _____. A l'appui de sa demande, il a transmis un lot de pièces médicales, parmi lesquelles :

- un rapport du 20 décembre 2019 des Drs C. _____ et J. _____, spécialistes en anesthésiologie et en médecine de la douleur à [...], mettant en évidence les diagnostics de rachialgies chroniques secondaires à des troubles dégénératifs et à un status post laminectomie cervicale dans le contexte de myélopathie sur canal cervical étroit, de lombalgies chroniques secondaires à des troubles dégénératifs avec syndrome facettaire et discopathie dégénérative, de gonalgies chroniques secondaires à des troubles dégénératifs et à un status post chirurgie prothétique avec changement en mars 2018 et de sensibilité centrale. Les Drs C. _____ et J. _____ ont signalé un épuisement psychique rapporté par l'assuré, en lien avec la nouvelle

demande AI, et ont indiqué que les douleurs s'inscrivaient dans un possible contexte anxio-dépressif, raison pour laquelle ils avaient notamment préconisé un suivi psychothérapeutique,

- un rapport du 31 mars 2019 du Dr T._____, médecin assistant aux urgences du P._____, faisant état d'une consultation à la suite d'une chute la veille, avec faux mouvement de la colonne cervicale et traumatisme crânien, la radiographie de la colonne cervicale n'ayant pas mis en évidence d'anomalies,
- un rapport du 10 octobre 2019 du Dr Z._____, médecin assistant aux urgences du P._____, dont il ressort que l'assuré a consulté pour des douleurs para-vertébrales à la suite d'une chute, aucune atteinte n'ayant été révélée par la radiographie de la colonne cervicale.

Le 17 février 2020, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il devait déposer une nouvelle demande de prestations, accompagnée de pièces médicales rendant plausible une modification de son degré d'invalidité.

Le 28 février 2020, l'assuré a déposé un formulaire de demande de prestations, accompagné de convocations à des consultations dans différents services du P._____ et à A._____, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, d'une ordonnance de physiothérapie ainsi que d'un rapport de consultation au Service des urgences du P._____ du 6 janvier 2020, dont il ressort que l'assuré a consulté le 1^{er} janvier 2020 pour une entorse à la cheville gauche sans fracture, à la suite d'un déséquilibre à la marche causé par sa prothèse du genou.

Par avis du 5 mars 2020, le Dr K._____, médecin au SMR, a estimé que les éléments médicaux transmis par l'assuré étaient déjà connus et que l'atteinte à la santé psychique annoncée dans sa nouvelle demande AI n'était pas une atteinte à la santé invalidante mais une réaction à un facteur extérieur.

Par projet de décision du 26 mars 2020, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle

demande, au motif que les documents produits n'avaient pas permis de mettre en évidence une modification notable de sa situation professionnelle ou médicale, en particulier pas de nouveau diagnostic ni de nouvelle situation.

Le 7 avril 2020, l'assuré a fait part de son objection au projet précité. Le 8 avril 2020, l'OAI lui a accordé un délai au 28 mai 2020 pour fournir des éléments médicaux détaillés appuyant sa contestation.

Dans un rapport du 29 avril 2020 à l'OAI, les Drs X. _____ et V. _____, médecins à A. _____, ont indiqué les éléments suivants :

« M. S. _____ demande une invalidité dans le cadre de problèmes de santé invalidants au quotidien, en progression depuis 2017, date à laquelle il a été victime d'un accident de la voie publique, avec depuis lors des douleurs de rachis chroniques, en aggravation progressive, invalidantes au quotidien. Il rapporte :

- des cervicalgies permanentes, malgré l'intervention chirurgicale réalisée en 2018, irradiant dans tout le crâne et les épaules,
- des dorsolombalgies, augmentant à la moindre activité ou en position immobile prolongée, améliorées en décubitus dorsal, obligeant le patient à passer de nombreuses heures allongé dans son lit. Il évalue ses douleurs à une intensité entre 5 à 8/10.

Depuis 2017, de multiples traitements à visée antalgique ont été essayés, associés à des séances de physiothérapie, mais en vain. Le patient a alors été adressé auprès du service de médecine physique et réadaptation du P. _____ (Pr H. _____) pour aide à la prise en charge. Il a aussi été adressé au centre d'antalgie, avec lequel il aura un premier contact le 11.06.2020 pour tenter de nouveau des infiltrations.

Sur le plan fonctionnel, ces douleurs sont un réel impact grave au quotidien, le limitant dans toutes les activités de la vie quotidienne, notamment les activités basiques. Il nécessite en effet régulièrement de l'aide pour s'habiller, faire ses repas, assurer son ménage.

Sur le plan professionnel, il a été bien évidemment contraint de stopper son activité de chauffeur-livreur et déménageur et n'a pu reprendre aucune activité depuis son accident, tant les douleurs sont invalidantes et l'empêchent de rester un temps trop important dans une même position.

Comme précisé ci-dessus, l'ensemble de ces problématiques entraîne un retentissement majeur sur sa vie quotidienne et une incapacité totale de travail actuellement. Il nous décrit une réelle augmentation de ses symptômes depuis 3 ans, rendant le diagnostic incertain. »

Les Drs X._____ et V._____ ont transmis un rapport du 20 mars 2020 par le Dr H._____, médecin chef à la consultation de médecine physique et réhabilitation du P._____, dont il ressort que lors d'une consultation téléphonique, son patient avait rapporté que la douleur la plus gênante se situait au niveau lombaire et qu'elle limitait la durée de marche à une heure. Le Dr H._____ précisait qu'aucune plainte n'évoquait une radiculalgie. L'assuré avait également signalé un genou gauche un peu douloureux à la marche, en rapport avec une arthrose débutante du compartiment médial, dont l'opportunité d'un traitement serait évaluée à trois mois.

Le 5 mai 2020, le Dr K._____ a maintenu sa position selon laquelle les éléments médicaux complémentaires n'apportaient aucun fait nouveau.

Dans un rapport du 13 mai 2020, les Drs X._____ et V._____ ont précisé que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100%.

Au cours d'un entretien téléphonique échangé avec la gestionnaire du dossier de l'assuré auprès de l'OAI, la Dre V._____ a indiqué que l'état de santé de son patient s'était aggravé au niveau des douleurs, que l'intéressé était suivi par le Service d'antalgie pour des infiltrations et que la mise en place d'un suivi psychiatrique était en cours de discussion.

Par décision du 23 juin 2020, l'OAI a confirmé son projet de refus d'entrer en matière du 26 mars 2020, au motif que l'assuré n'avait pas apporté d'éléments dénotant une modification notable de sa situation professionnelle ou médicale depuis la dernière décision du 5 juillet 2019.

C. Par acte du 19 août 2020, S._____, représenté par Me Jeanne-Marie Monney, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 23 juin 2020, dont il a conclu,

principalement, à la réforme dans le sens d'une entrée en matière sur sa nouvelle demande et, subsidiairement, à l'annulation, suivie du renvoi de la cause à l'intimé, afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations et complète l'instruction au sens des considérants. A l'appui de sa contestation, le recourant soutient qu'il présente de nouvelles atteintes ainsi qu'une aggravation des troubles existants, avec pour conséquence une modification de sa capacité résiduelle de travail. Il considère avoir rendu plausible une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits, de sorte que l'intimé devait entrer en matière et instruire sa nouvelle demande. Le recourant a en outre demandé à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par réponse du 24 septembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, les certificats médicaux produits à l'appui de la demande de prestations du recourant n'établissant pas de nouveaux diagnostics, mais une appréciation différente des douleurs.

Aux termes d'une réplique du 19 novembre 2020, le recourant a invoqué une violation de son droit d'être entendu et a maintenu ses conclusions. Il a produit un lot de nouveaux rapports médicaux, estimant avoir rendu plausible une aggravation déterminante de son état de santé au moment du dépôt de sa nouvelle demande.

Par duplique du 10 décembre 2020, l'OAI a maintenu sa position et rappelé que les rapports médicaux produits en procédure de recours ne pouvaient pas être pris en compte. Il a également réfuté toute violation du droit d'être entendu, précisant avoir invité le recourant par courrier du 8 avril 2020 à lui transmettre des rapports médicaux détaillés susceptibles de lui faire revoir sa position. Or, s'il avait bien reçu de l'intéressé plusieurs pièces médicales, aucune n'apportait des éléments rendant plausible une aggravation.

Le 8 avril 2021, Me Jeanne-Marie Monney a produit la liste de ses opérations.

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. Dans un premier grief d'ordre formel, le recourant soulève une violation de son droit d'être entendu, reprochant à l'intimé d'avoir fait abstraction d'éléments médicaux figurant au dossier.

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées).

 Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon

la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

b) Le recourant estime que dès lors qu'il avait remis à l'OAI des documents attestant de prochaines consultations au plan antalgique et psychiatrique, il aurait dû être interpellé à ce sujet par l'office, *a fortiori* dans la mesure où il agissait seul. Compte tenu du pouvoir d'examen relativement limité du juge en matière de demande de révision, le recourant conteste que ce vice puisse être réparé en procédure de recours.

En réalité, s'agissant en l'occurrence d'un grief relatif à l'allégation d'un défaut d'instruction, dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves, le moyen tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation inexacte des faits pertinents que le recourant soulève également. Cet argument sera donc examiné avec le fond du litige.

3. Sur le fond, est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'autorité intimée était fondée à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 21 janvier 2020.

a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée

que si l'assuré 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 l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

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 l'assuré 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 l'assuré 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).

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).

b) aa) En l'occurrence, le recourant a déposé une précédente demande de prestations auprès de l'OAI en avril 2016. Dans le cadre de

l'instruction, il a été établi qu'il souffrait d'une gonalgie tri-compartimentale du genou droit décompensée par un traumatisme ayant causé une déchirure de la corne postérieure des ménisques latéral et médial dégénératifs, ainsi que d'atteintes dégénératives du rachis et des articulations (discopathies dégénérative cervicales étagées compliquées d'une sténose foraminale bilatérale C4-C5 en possible conflit sur les trajets radiculaires C5 bilatéraux, sténoses canalaire rachidiennes cervicales acquises d'origine dégénérative C3-C4, C4-C5, C6-C7, myélopathie focale d'origine cervicarthrosique C4-C5 ; discopathie dégénératives lombaires étagées L2-L3, L3-L4 et L4-L5, hernie discale exclue L4-L5 postéro-latérale droite compliquée d'une sténose du récessus latéral droit L4-L5 en possible conflit avec l'émergence du sac dural du trajet radiculaire L5 droit ; arthropathies dégénératives inter-apophysaires postérieures bilatérales lombaires étagées). En lien avec ces atteintes, il a bénéficié d'une arthroplastie le 9 juin 2016, suivie d'un resurfaçage de la prothèse le 1^{er} mars 2018, ainsi que d'une décompression postérieure du canal cervical le 18 juin 2018. L'OAI a fait verser à son dossier le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA du 7 novembre 2018, dont il ressortait en particulier que le recourant avait connu de très vives lombalgies droites au cours du second semestre 2018, bien soulagées par une infiltration, qu'il lui restait depuis lors des douleurs plus modérées un peu ubiquitaires, touchant le rachis cervical, la colonne lombaire ainsi que le genou droit, accompagnées de vertiges et de difficultés d'endormissement. Le genou droit restait légèrement augmenté de volume, un peu chaud et sensible à la palpation et sans réflexe rotulien. Hormis dans les escaliers, qu'il n'était pas capable de parcourir à pas alternés en raison de la limitation de flexion du genou droit, l'assuré n'était pas limité dans ses déplacements. Compte tenu de ces différents éléments, le médecin d'arrondissement avait estimé que l'assuré avait désormais recouvré une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée ménageant le genou, tout en ajoutant que le pronostic de réinsertion professionnelle était obéré par des facteurs non médicaux. Ce même constat avait d'ailleurs été posé par les médecins de la W._____, qui avaient également relevé dans leur rapport du 1^{er} décembre 2016 que les plaintes et limitations de l'assuré ne s'expliquaient qu'en partie par les

lésions objectives et que des facteurs contextuels influençaient négativement ses aptitudes. Dans un avis du 28 février 2019, le SMR avait conclu que les lombalgies chroniques ainsi que les status post prothèse du genou droit et post décompression cervicale C3-C7 n'empêchaient plus depuis décembre 2018 l'exercice d'une activité à plein temps, pourvu qu'elle respecte les limitations fonctionnelles déjà définies par le Dr F._____ en lien avec le genou droit, auxquelles il convenait d'ajouter de nouvelles restrictions visant à épargner le rachis, singulièrement la colonne lombaire. C'est sur la base de ces constatations médicales que, par décision du 5 juillet 2019, l'OAI avait accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} octobre 2016 au 31 mars 2019, estimant que dès janvier 2019, l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

bb) A l'appui de sa nouvelle demande de prestations, l'assuré a produit un rapport du 20 décembre 2019 des Drs C._____ et J._____ mettant en exergue des rachialgies chroniques secondaires à des troubles dégénératifs et à un status post laminectomie cervicale dans le contexte d'une myélopathie sur canal cervical étroit, de lombalgies chroniques secondaire à des troubles dégénératifs avec syndrome facettaire et discopathie dégénératives, de gonalgies chroniques secondaires à des troubles dégénératifs et à un status post chirurgie prothétique, ainsi que de sensibilité centrale. Les Drs C._____ et J._____ ont précisé que l'assuré connaissait des douleurs articulaires multiples, principalement localisées au niveau lombaire et cervical, secondaires à des troubles dégénératifs et un status post-chirurgical au niveau cervical. Ils ont indiqué que les douleurs s'inscrivaient dans un contexte anxio-dépressif possible et étaient associées à d'importants troubles du sommeil, ajoutant qu'il existait une probable composante nocioplastique avec sensibilisation centrale impliquant habituellement des symptômes associés tels que troubles de la concentration, du sommeil et de l'humeur. Force est de constater à ce stade que tant les diagnostics somatiques précités que leur symptomatologie sont superposables à ceux mis en évidence par l'IRM du 8 mai 2018 et pris en compte par le SMR dans son avis du 28 février 2019,

sur lequel l'OAI a fondé sa décision du 5 juillet 2019. Les Drs C._____ et J._____ n'apportent aucun élément qui permettrait de rendre plausible une aggravation de ces atteintes susceptible de modifier le droit aux prestations de recourant, que ce soit au niveau des diagnostics ou au niveau des limitations fonctionnelles. La symptomatologie douloureuse était déjà au centre du tableau des plaintes du recourant au moment de l'instruction de la première demande de prestations. Elle avait en particulier été retenue par le Dr F._____, de même que par le Dr R._____, qui, dans son rapport du 14 mai 2019, avait considéré qu'une reprise d'activité ne lui paraissait pas envisageable compte tenu notamment des douleurs rachidiennes, souvent importantes en cas de laminectomie de l'ampleur de celle subie par son patient. C'est le lieu de relever que, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2). Ainsi pour être déterminantes dans le cadre d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité, des douleurs, ou leur augmentation, doivent être objectivées par des constats médicaux, que les Drs C._____ et J._____ n'ont pas apportés en l'espèce. L'assuré avait en outre déjà signalé des troubles du sommeil lors de son séjour à la W._____ ainsi que lors de l'examen du Dr F._____. Quant au possible contexte anxio-dépressif évoqué par les Drs C._____ et J._____, ainsi que l'épuisement psychique en lien avec la nouvelle demande AI rapporté par le recourant, ils ne suffisent pas à rendre plausible une atteinte psychiatrique invalidante susceptible d'influer sur le droit aux prestations de l'assuré.

L'assuré a également remis à l'OAI un rX._____ et V._____, lesquels évoquent des problèmes invalidants en progression depuis

l'accident de circulation de 2017, avec depuis lors des douleurs de rachis chroniques en aggravation progressive. A titre préalable, on relèvera que lors des contrôles effectués au P._____ le jour de l'accident précité, les radiographies du thorax, de la colonne et du genou droit n'avaient mis en évidence que des contusions sans gravité. En tout état de cause, les Drs X._____ et V._____ n'évoquent aucun nouveau diagnostic. Ils se limitent au contraire à retranscrire les atteintes rapportées par le recourant lui-même et à évoquer un diagnostic qu'ils qualifient d'incertain, compte tenu de la description faite par leur patient de douleurs en constante augmentation, qu'ils n'ont pas objectivées par le biais de nouvelles imageries ou autres examens. Ils ne posent pas non plus de nouvelles limitations fonctionnelles, puisque l'impossibilité de reprendre une activité telle que chauffeur-livreur ou déménageur et de rester trop longtemps debout était déjà reconnue par l'OAI dans la précédente procédure, au travers des limitations fonctionnelles admises par le SMR, qui imposaient une activité légère, principalement assise, permettant l'alternance des positions et n'impliquant pas la manipulation de charges.

Quant au rapport du 20 mars 2020 du Dr H._____, il convient de noter qu'il a été établi sur la base d'un entretien téléphonique au cours duquel l'assuré s'est exprimé au sujet de ses douleurs. Le médecin fait état de douleurs lombaires « gênantes », limitant la durée de marche à une heure, ainsi qu'un genou gauche « un peu douloureux à la marche », tout en excluant des signes de radiculalgies. Le médecin n'apporte aucun élément médical objectif qui permettrait de rendre plausible une aggravation, qu'il n'évoque pas même. En outre, les limitations signalées par l'assuré n'empêchent nullement l'exercice d'une activité adaptée telle que retenue à l'issue de la procédure ayant conduit à la décision de l'OAI du 5 juillet 2019.

Enfin, les examens effectués au Service des urgences du P._____ les 31 mars 2019 et 10 octobre 2019 ne conduisent pas à une solution différente, puisqu'ils n'ont révélé aucune anomalie.

Au vu de ces éléments, il y a lieu de constater qu'au cours de la procédure administrative initiée à la suite de sa nouvelle demande du 21 janvier 2020, le recourant n'a apporté aucun élément médical rendant plausible une aggravation significative de sa situation depuis la décision de l'OAI du 5 juillet 2019, susceptible d'influer sur son droit aux prestations. On remarquera d'ailleurs à cet égard le cours laps de temps, d'environ six mois, séparant la décision initiale de l'OAI de la nouvelle demande de l'assuré.

cc) Les rapports produits par le recourant durant la procédure de recours ne peuvent pas être pris en compte, dans la mesure où le juge doit se prononcer sur la situation qui prévalait au moment où l'intimé a statué (cf. consid. 3a *in fine*). L'OAI avait d'ailleurs invité l'intéressé par courrier du 8 avril 2020 à produire un rapport médical décrivant l'aggravation de son état de santé depuis la précédente décision. Le recourant ne peut valablement soutenir que des convocations à des rendez-vous médicaux répondent à l'exigence de rapports médicaux rendant plausible une aggravation significative, telle que requise en matière de demande de révision. Il ne peut non plus être suivi lorsqu'il fait grief à l'intimé de ne pas avoir instruit plus avant sur ces convocations, puisque le devoir d'instruction de l'OAI ne prend effet que lorsque l'assuré a rendu plausible une aggravation susceptible d'influer sur son droit aux prestations. Le grief de violation du droit d'être entendu doit donc être rejeté.

On peut au demeurant relever que, quoi qu'il en soit, les rapports produits le 19 novembre 2020 par le recourant ne permettent pas d'apprécier la situation sous un autre angle. La mise en route d'un traitement de l'arthrose du genou gauche invoquée par le Dr H. _____ le 3 septembre 2020, en lien avec une arthrose aux signes objectifs modérés, ne suffit pas à objectiver une aggravation significative. Dans leur rapport du 10 septembre 2020, les Drs X. _____ et Q. _____ A. _____ n'apportent pas de nouvel élément significatif au plan somatique qui permettrait de retenir qu'une aggravation déterminante serait survenue entre les décisions de l'OAI du 5 juillet 2019 et du 23 juin 2020. Quant à

l'IRM cervicale du 27 octobre 2020 et au rapport de la Dre Y._____, cheffe de clinique à A._____, ils laissent paraître la survenance en octobre 2020 de nouvelles paresthésies aux deux mains, avec sensation de doigts gonflés en lien avec une péjoration du status discal et osseux à l'étage C2-C3 et apparition d'un canal cervical étroit. Cette dégradation, survenue en octobre 2020, outre le fait qu'elle ressort de pièces médicales remises en cours de procédure de recours, est postérieure à la décision contestée. Enfin, le rapport de la Dre G._____ a été établi le 17 novembre 2020, le suivi ayant débuté en août 2020. Hormis la production tardive du rapport dans la procédure de nouvelle demande, on relèvera qu'il est toujours délicat pour un médecin, en particulier un psychiatre, de se prononcer sur l'état de santé d'un nouveau patient pour une période antérieure au début du suivi. L'avis de la Dre G._____ ne suffit donc pas à rendre plausible une aggravation significative antérieure à la décision du 23 juin 2020.

On rappellera cependant qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI 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.

c) En définitive, en l'absence d'élément médical concret permettant de rendre plausible une péjoration de l'état de santé du recourant, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations qu'il a déposé le 21 janvier 2020.

4. Au vu des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 23 juin 2020, confirmée.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant. Ils sont toutefois

provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 25 août 2020 lui octroyant l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1 let. b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jeanne-Marie Monney, à compter du 19 août 2019 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile suisse du 19 novembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat [et de 110 fr. pour un avocat-stagiaire](art. 2 al. 1 let. a [et b] RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).]

Me Jeanne-Marie Monney a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant le 8 avril 2021. Elle a fait état de 29 heures consacrées à la présente procédure. Après examen, le temps passé à la réalisation des opérations listées paraît excéder le temps nécessaire à la conduite du procès, singulièrement compte tenu de la nature du litige, qui porte sur la seule question de non-entrée en matière sur une nouvelle demande de prestations AI. La

complexité de la situation de fait et de droit ainsi que l'importance des écritures déposées ne permettent pas de justifier le nombre d'heures de travail annoncées. Les cinq heures annoncées en lien avec la réplique paraissent notamment excessives. On rappellera également que dans le cadre d'une nouvelle demande AI, le juge doit examiner la cause selon l'état de fait existant au moment où l'administration a statué et qu'il ne peut pas prendre en compte les pièces médicales déposées en cours d'instance. Toutes les démarches visant à compléter l'état de fait au plan médical en cours de procédure de recours n'avaient donc pas lieu d'être. En définitive, au vu des éléments au dossier, il convient de fixer à quinze heures le temps nécessaire au bon accomplissement du mandat. Rémunérées au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), elles correspondent à un montant d'honoraires de 2'700 fr, auquel il convient d'ajouter la TVA de 7,7%, par 207 fr. 90, pour un total de 2'907 fr. 90. A ce montant s'ajoutent les débours de 5%, soit 145 fr. 40, TVA de 7,7% comprise. L'indemnité totale de Me Jeanne-Marie Monney est donc arrêtée à 3'053 fr. 30.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jeanne-Marie Monney, conseil de S._____, est arrêtée à 3'053 fr. 30 (trois mille cinquante-trois francs et trente centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis 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 :

- Me Jeanne-Marie Monney (pour le recourant), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :