

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Frattolillo

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourant, représenté par Me Laure Chappaz, avocate à Aigle,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 3, 16, 17 et 49 al. 3 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, tôlier en carrosserie de formation, a travaillé du 3 janvier 2006 au 31 mai 2009 en qualité de machiniste pour le compte de C._____ SA.

Le 27 août 2009, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé), exposant être en incapacité de travail totale depuis le mois de décembre 2008.

Il ressort de l'instruction menée par l'Office AI que l'assuré souffrait de lombalgies (sur status après hémi laminectomie L5-S1 droite en 2005) et d'une gonarthrose droite (sur status après pose d'une prothèse partielle du genou droit), et présentait une incapacité totale d'exercer sa profession de carrossier. Il était en revanche pleinement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans port de charge supérieure à 10 kg, évitant les ports de charge répétés, les mouvements en porte-à-faux, les positions statiques prolongées, les positions à genoux, les travaux sur des échelles, les montées et descentes d'escaliers et permettant les changements fréquents de position (cf. avis du 27 mai 2010 du Service médical régional de l'assurance-invalidité [ci-après : le SMR]).

Par la suite, l'assuré a bénéficié d'une mesure de reclassement professionnel. Dans ce cadre, il a effectué un apprentissage de logisticien du 1^{er} octobre 2011 au 31 août 2014 auprès de D._____ SA à S***, avant d'être engagé pour durée indéterminée le 1^{er} septembre 2014 comme gestionnaire en logistique par cette même entreprise.

Par décision du 17 novembre 2014, confirmant un projet de décision du 7 octobre 2014, l'Office AI a refusé d'allouer à l'assuré une rente de l'assurance-invalidité, en raison d'un degré d'invalidité inférieur à 40 %.

B. Le 1^{er} janvier 2021, l'assuré a repris une activité de carrossier à 100 % pour le compte de la F. _____ à Z***.

Le 2 juillet 2024, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du Valais a transmis à l'Office AI comme objet de sa compétence un rapport du 26 juin 2024 du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel faisait état d'un status après la pose d'une prothèse unicompartimentale externe du genou droit en 2007 et du genou gauche en 2015, d'un retrait de la prothèse externe droite et de la mise en place d'une prothèse totale du genou droit le 4 juin 2024. Il jugeait improbable pour son patient de pouvoir reprendre sa profession, vu que la prothèse du genou gauche montrait également des signes radiologiques de dégradation. A titre de limitations fonctionnelles, il retenait les montées et descentes répétées d'escaliers, d'échelles et d'échafaudages, les travaux accroupis ou à genoux et les marches prolongées en terrain irrégulier.

Le 16 juillet 2024, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office AI.

Par projet de décision du 15 août 2024, l'Office AI a communiqué à l'assuré son intention de refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations, motif pris que la situation était inchangée et que l'activité de logisticien était toujours possible.

Par courrier du 6 septembre 2024, l'assuré a contesté le projet de décision précité. En substance, il a exposé avoir toujours des problèmes avec son genou droit, s'accompagnant de difficultés avec son genou gauche et de grandes douleurs au dos. A l'appui de son envoi, il a produit les documents suivants :

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire du 28 août 2023 de la Dre J. _____, spécialiste en radiologie, mettant en évidence, d'une part, une hernie discale postéro-médiane descendante en L4-L5, à laquelle s'ajoutait une zygarthrose, le tout responsable d'un rétrécissement canalaire classé

de grade Lausanne C, et, d'autre part, des remaniements de spondylodiscarthrose étagée responsables d'un rétrécissement du récessus latéral droit en L3-L4 et d'un rétrécissement foraminal bilatéral en L5-S1 ;

- un rapport de radiographie du bassin du 28 août 2023 du Dr K._____, spécialiste en radiologie, mettant en évidence une coxarthrose peu sévère bilatérale dans le contexte de déformation de type came des deux côtés, prédisposant pour un conflit fémoro-acétabulaire ;
- un rapport du 8 septembre 2023 du Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel relevait des douleurs bilatérales avec prédominance à droite dans la région fessière avec irradiation jusqu'à mi-cuisse ;
- un protocole opératoire du 4 juin 2024 du Dr G._____, lequel exposait avoir effectué un retrait de la prothèse unicompartmentale externe du genou droit et une arthroplastie totale du genou droit.

Dans un avis du 14 octobre 2024, le SMR a rappelé que l'assuré était connu pour des gonalgies et des rachialgies de longue date pour lesquelles il avait bénéficié d'une reconversion professionnelle en 2014. Malgré la reprise de l'activité de carrossier jugée inadaptée lors de la première demande et les limitations fonctionnelles superposables à celles retenues lors de la première demande, le SMR a estimé qu'il était peu informé sur l'évolution en lien avec l'intervention au genou droit et a préconisé une investigation auprès du Dr G._____.

Selon les renseignements médicaux complémentaires recueillis, l'assuré a souffert de complications en lien avec la pose de la prothèse totale du genou droit, à savoir un épanchement articulaire du genou droit et une parésie du quadriceps droit (cf. rapports des 21 octobre et 6 décembre 2024 du Dr G._____ et rapport du 20 novembre 2024 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale)

Dans un avis du 10 février 2025, le SMR a admis une aggravation en lien avec la pose d'une prothèse totale du genou droit le

4 juin 2024 et constaté une capacité de travail nulle dans l'activité de carrossier et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations de l'assurée, à savoir une activité évitant les ports de charges au-delà de 10 kg, les ports de charges répétés, les mouvements en porte-à-faux, les positions statiques prolongées, les positions à genoux, le travail sur les échelles, les montées ou descentes d'escaliers, la marche prolongée et la marche en terrain irrégulier et permettant de changer fréquemment de position.

Par projet de décision du 12 février 2025, annulant et remplaçant le projet du 15 août 2024, l'Office AI a communiqué à l'assuré son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations en raison d'un degré d'invalidité de 9,49 %.

Par décision du 25 mars 2025, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 12 février 2025.

Par courriel de 28 mars 2025, l'assuré a fait parvenir à l'Office AI les documents suivants :

- un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 17 février 2025 du Dr A._____, mettant en évidence une large lésion profonde subtotale du sus-épineux avec composante transfixiante associée, une rupture partielle profonde antérieure du sus-épineux, une lésion du bourrelet supérieur évoquant a priori un SLAP (déchirure du labrum supérieur), ainsi qu'un épaissement de la capsule articulaire antéro-inférieure méritant une corrélation clinique pour exclure une capsulite rétractile ;
- un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche 20 février 2025 du Dr A._____, mettant en évidence une large rupture profonde du sus-épineux avec composante transfixiante postérieure, une légère tendinopathie du long chef du biceps en regard de son entrée dans la gouttière bicipitale, ainsi qu'un épaissement de la capsule articulaire inférieure suggérant une capsulite rétractile ;
- un rapport du 5 mars 2025 du Dr M._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel, en se fondant sur

les deux examens radiologiques précédents, proposait de poursuivre la physiothérapie pour renforcer la coiffe des deux côtés.

Le 3 avril 2025, suivant un avis du SMR du même jour, l'Office AI a communiqué à l'assuré que les rapports médicaux produits n'avaient pas d'influence sur sa décision du 25 mars 2025, tout en reconnaissant l'absence de mouvement répétitif avec les bras ou les épaules et d'activité avec les bras au-dessus de la tête comme limitations fonctionnelles supplémentaires.

C. Par acte du 5 mai 2025, B._____ a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée en concluant implicitement à son annulation. En substance, il a invoqué, sur la forme, une violation de son droit d'être entendu, en raison d'une décision très « succincte », et a estimé, sur le fond, être inapte au travail dans son activité ou dans d'autres « domaines non qualifiés ». A l'appui de son recours, il a notamment produit un certificat du 13 mai 2025 du Dr G._____, lequel observait que l'évolution post-opératoire de la pose de la prothèse totale du genou droit était « mitigée » avec une persistance d'un épanchement intra-articulaire important, que la prothèse unicompartmentale du genou gauche montrait également des signes d'usure avec une atteinte au compartiment interne, qu'une hernie L4-L5 droite persistait, qu'il existait également une spondylodiscarthrose étagée responsable d'un rétrécissement du récessus latéral du L3-L4 et d'un rétrécissement foraminaux bilatéral en L5-S1, ainsi qu'une large rupture du tendon sus-épineux de l'épaule droit et de l'épaule gauche.

Par réponse 30 juin 2025, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a notamment considéré que les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles présentes lors de la précédente demande de prestations et que les pièces médicales produites n'apportaient pas un nouvel éclairage sur la situation.

Par réplique du 14 octobre 2025, B._____, désormais représenté par Me Laure Chappaz, a conclu, sous suite de frais et dépens,

principalement à l'annulation (*recte* : réforme) de la décision du 25 mars 2025, en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2025 et, subsidiairement, à son annulation. En substance, il considérait qu'il y avait lieu de procéder à un nouvel examen de la situation. Il souffrait en effet de troubles dégénératifs avancés au niveau lombaire et de complications en lien avec sa prothèse totale du genou droit et sa prothèse unicompartmentale du genou gauche, pour lesquels il était en attente d'un éventuel geste opératoire, une intervention également envisagée pour ses épaules. A la suite de ses opérations, il conviendra alors de procéder à l'évaluation de possibles mesures professionnelles. En tout état de cause, il n'était plus à l'heure actuelle en mesure d'exercer une activité professionnelle, même adaptée à ses limitations fonctionnelles, et avait ainsi droit à une rente entière d'invalidité, la situation devant toutefois être réexaminée une fois les interventions chirurgicales réalisées. Étaient notamment joints à sa réplique :

- une lettre du 4 septembre 2025, par laquelle le Dr G._____, demandait au Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de convoquer son patient pour une évaluation et des propositions thérapeutiques. Il expliquait avoir réalisé un resurfaçage rotulien le 25 février 2025, durant lequel il avait constaté un descellement de l'implant tibial justifiant son retrait au profit d'un nouvel implant avec quille cimentée. Il évoquait également que l'intéressé avait fait l'objet de deux expertises orthopédiques réalisées par le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ;
- un rapport du 10 septembre 2025 du Dr M._____, lequel diagnostiquait une rupture postéro-supérieure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et une rupture partielle bursale du supra-épineux de l'épaule gauche et retenait une indication pour une prise en charge chirurgicale de l'épaule droite sous forme d'une arthroscopie avec reconstruction de la coiffe des rotateurs.

Par duplique du 13 novembre 2025, l'Office AI a constaté que les documents joints à la réplique faisaient état d'une nouvelle intervention chirurgicale en date du 25 février 2025, sans changement notable de la

situation orthopédique. Il a produit un avis du 12 novembre 2025 du SMR relevant que le rapport du 20 mai 2025 du Dr G._____ faisait état d'une situation similaire à celle d'avant l'intervention du 25 février 2025 et que la situation concernant les épaules s'était vraisemblablement dégradée durant l'été 2025.

Sur demande du juge instructeur, B._____ a, par déterminations du 12 février 2026, produit notamment :

- un rapport d'expertise orthopédique du 3 février 2025 du Dr H._____, lequel posait les diagnostics de gonalgies persistantes à droite avec un épanchement intra-articulaire persistant, un status après héli-arthroplastie externe pour gonarthrose a priori primaire du genou gauche et de lombalgies occasionnelles, ainsi que celui de coxarthrose débutante latérale, actuellement asymptomatique, sur probable conflit fémoro-acétabulaire et sans répercussion sur la capacité de travail. Il estimait que l'expertisé présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, mais qu'il pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité permettant d'éviter de travailler à genoux ou accroupi, de marcher en terrain irrégulier, de monter ou de descendre à répétition des escaliers, des pentes, des échelles ou des échafaudages et de porter des charges de plus de 15 kg ;
- un rapport d'expertise orthopédique du 18 août 2025 du Dr H._____, lequel reprenait ses diagnostics du 3 février 2025 en y ajoutant une probable capsulite rétractile des deux épaules, évoluant depuis le mois de février 2025. Il retenait également, outre les limitations fonctionnelles déjà observées, que l'intéressé devait éviter tout métier impliquant des mouvements répétés des épaules, surtout au-dessus de l'horizontal et le port ou le soulèvement de charges supérieures à 5 kg. Il considérait que l'expertisé pouvait travailler à 50 % dans une activité adaptée, avec une possibilité d'augmentation liée à l'évolution des épaules ;
- un protocole opératoire du 25 février 2025, par lequel le Dr G._____ expliquait avoir procédé à une révision de la prothèse totale du genou

- droit avec resurfaçage rotulien et retrait du plateau tibial descellé au profit d'un plateau tibial cimenté avec cales et quille d'extension ;
- un rapport du 21 octobre 2025 du Dr P._____, lequel diagnostiquait des gonalgies chroniques post révision partielle de la prothèse du genou gauche avec amyotrophie quadricipitale et faiblesse de l'appareil extenseur, un eczéma cicatriciel droit potentiellement allergique, des lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs avec hernie discale L4-L5 et canal lombaire étroit et une coxarthrose débutante bilatérale. Il estimait que les douleurs chroniques et la faiblesse au niveau du membre inférieur droit étaient multifactorielles et qu'il fallait d'abord écarter un problème allergique ou spinal avant d'aller plus loin dans les investigations.

Par déterminations du 17 mars 2026, l'Office AI a maintenu sa position. Il a produit un avis du 17 mars 2026 du SMR concluant ainsi (sic) :

Les conclusions de l'expertise du 14.08.2025 laissent penser que notre assuré présentait une atteinte des épaules depuis février 2025 avec des LF [limitations fonctionnelles] pour celles-ci (pas d'activité les bras au-dessus de l'horizontale, pas d'activités répétitives et pas de port de charges), le traitement a été conservateur jusqu'à présent (capsulite rétractile) ; concernant les MI [membres inférieurs], l'expert conclut à une CT [capacité de travail] entière dans une activité respectant les LF. Rétrospectivement, il semble que les LF pour les MI n'évoluent pas depuis 2014 avec une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] estimée entière au final, malgré le peu d'amélioration suite aux diverses interventions sur ce genou D [droit].

Je comprends donc :

Concernant le genou D : LF pas de changements significatifs depuis 2014, malgré 2 interventions en juin 2024 et février 2025.

Nouvelle atteinte de la coiffe des rotateurs D et G avec capsulites rétractiles en février 2025 responsable des LF citées plus haut et CTAA de 50%. La situation n'est pas stabilisée en août 2025 ; à maintenant > 1 de l'atteinte initiale, la situation devrait avoir évolué. Je ne sais si l'activité de logisticien est compatible avec l'ensemble des LF retenues, à voir avec un spécialiste de la REA.

Concernant l'expertise : le status est complet à chaque fois et les conclusions de l'expert sont cohérentes. Il me manque cependant une description des activités quotidiennes de l'assuré et de l'impact des limitations sur ses activités non professionnelles. Ces informations permettent d'apprécier ce que fait ou ne fait plus l'assuré en réalité, l'impact global des atteintes et l'effort qui peut être attendu, elles manquent dans les 2 expertises.

Par déterminations du 4 mai 2026, B._____ a communiqué avoir déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 1^{er} avril 2026 pour éviter qu'il ne lui soit reproché une annonce tardive.

Par déterminations complémentaires du 26 mai 2026, B._____ a produit un rapport du 21 mai 2026 du Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois, dans lequel le Prof. I._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre N._____ ont posé le diagnostic principal de gonalgies chroniques droites post-multiples chirurgies prothétiques avec faiblesse persistante du membre inférieur droit, amyotrophie quadricipitale et instabilité fonctionnelle majeure, et les diagnostics secondaires suivants : status post prothèse unicompartimentale externe droite en 2007 ; status post prothèse totale du genou droit du 4 juin 2024 ; status post révision de la prothèse totale du genou droit le 25 février 2025 avec changement tibial et resurfaçage rotulien ; épanchements récidivants du genou droit ; inhibition arthrogène probable du quadriceps droit ; amyotrophie quadricipitale droite ; lombalgies chroniques dégénératives ; canal lombaire étroit avec sténoses L2-L3 et L4-L5 ; discopathies lombaires étagées ; antécédents de cure de hernie discale L5-S1 droite ; coxalgies bilatérales avec dysplasie de hanche et chondropathie ; suspicion de conflit fémoro-acétabulaire ou labral ; rupture postéro-supérieure de la coiffe droite ; rupture partielle du supra-épineux gauche ; dyskinésie scapulaire droite ; possible réaction inflammatoire ou allergique aux implants prothétiques ; déconditionnement physique global. Ils estimaient qu'une reconversion vers une activité légère à modérée avec alternance des positions, sans surcharge physique importante, sans manutention répétée ni mouvements répétés au-dessus de l'horizontale, pourrait être discutée dans le cadre d'une réadaptation professionnelle adaptée.

Par déterminations du 17 juin 2026, l'Office AI a maintenu sa position.

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, compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA), 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, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. A titre liminaire, il convient d'examiner le grief tiré d'une prétendue violation du droit d'être entendu invoquée par le recourant.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens

de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 150 III 1 consid. 4.5 ; 149 V 156 consid. 6.1 ; 147 IV 249 consid. 2.4 ; 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références citées). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) Dans le cas particulier, il apparaît que la décision litigieuse expose clairement les raisons pour lesquelles l'autorité a refusé le droit à la rente du recourant, en précisant notamment la nature des activités considérées comme adaptées à ses limitations fonctionnelles. On comprend ainsi que, selon l'office intimé, le recourant peut mettre à contribution sa capacité de travail résiduelle dans le domaine de la logistique, l'intéressé ayant été au bénéfice d'un reclassement dans ce secteur, et qu'il restait envisageable qu'il travaille « dans des entreprises dont les moyens de levages sont adaptés, ainsi que dans des postes de gestion de flux des commandes, des achats et des retours, dans la gestion de la distribution, etc. ». Une telle définition des activités adaptées est suffisamment précise et permet aisément d'en apprécier la portée, de sorte que l'on ne saurait reprocher à l'office intimé d'avoir insuffisamment motivé sa décision. De surcroît, on ne saurait lui reprocher de ne pas avoir laissé au recourant la possibilité de se prononcer sur le projet de décision ou de lui avoir notifié tardivement la décision, dès lors que la décision du 25 mars 2025 correspond en tout point au projet de décision du 12 février 2025, que l'intéressé a transmis plusieurs rapports médicaux le 28 mars 2025 et qu'il a pu recourir dans le délai légal et s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II

218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; TF 8C_414/2015 du 29 mars 2016 consid. 2). Dans ces conditions, l'argument tiré d'une éventuelle violation du droit d'être entendu droit être écarté.

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). 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) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

5. a) 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 1^{er} 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.

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGa (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), 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). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGa. 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 changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGa. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

6. a) Pour 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

7. En l'espèce, il y a lieu d'examiner si, entre la décision – entrée en force – du 17 novembre 2014 refusant au recourant le droit à une rente d'invalidité – dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente – et la décision litigieuse du 25 mars 2025, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit. Pour ce faire, il est nécessaire de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 25 mars 2025 aux circonstances qui prévalaient à l'époque de la décision du 17 novembre 2014.

a) A ce titre, il ressort du dossier que le recourant souffrait, au 17 novembre 2014, de lombalgies (sur status après hémi laminectomie L5-S1 droite en 2005), et d'une gonarthrose droite (sur status après la pose d'une prothèse partielle du genou droit) (cf. avis du 27 mai 2010 du SMR). Il découlait de ces troubles qu'il ne pouvait pas porter des charges au-delà de 10 kg, effectuer des ports des charges répétés ou des mouvements en porte-à-faux, tenir des positions statiques prolongées ou des positions à genoux, travailler sur des échelles, monter et descendre des escaliers et qu'il devait changer fréquemment de position. Sa capacité de travail était considérée comme nulle dans son activité habituelle de carrossier et pleine dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Dans le cadre de la nouvelle demande du 16 juillet 2024 du recourant, l'office intimé a reçu un protocole opératoire du 4 juin 2024 et les rapports des 21 octobre et 6 décembre 2024 Dr G._____, le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 28 août 2023 de la Dre J._____, le rapport de radiographie du bassin du 28 août 2023 du Dr K._____, le rapport du 8 septembre 2023 du Dr E._____, les rapports d'IRM de la cuisse droite et gauche du 16 octobre 2024, d'arthro-IRM de l'épaule droit du 17 février 2025 et d'arthro-IRM de l'épaule gauche 20 février 2025 du Dr A._____, le rapport du 20 novembre 2024 du Dr L._____ et le rapport du 5 mars 2025 du Dr M._____.

Il ressort de ces pièces que les lombalgies et les gonalgies du recourant ont eu une évolution défavorable. Au niveau des genoux, il souffre principalement d'une parésie du quadriceps droit et d'un épanchement articulaire dans le récessus sous-quadricipital (cf. protocole opératoire du 4 juin 2024 et rapports des 21 octobre et 6 décembre 2024 Dr G.____ ; rapport d'IRM de la cuisse droite et gauche du 16 octobre 2024 du Dr A.____). Concernant les troubles lombaires et du bassin, il a été relevé des douleurs bilatérales avec prédominance à droite dans la région fessière avec irradiation jusqu'à mi-cuisse (cf. rapport du 8 septembre 2023 du Dr E.____), dans le cadre d'une hernie discale postéro-médiane descendante en L4-L5 et d'une zygarthrose responsables d'un rétrécissement canalaire classé de grade Lausanne C, de remaniements de spondylodiscarthrose étagée responsables d'un rétrécissement du récessus latéral droit en L3-L4, d'un rétrécissement foraminal bilatéral en L5-S1 (cf. rapport d'IRM de la colonne lombaire du 28 août 2023 de la Dre J.____) et d'une coxarthrose peu sévère bilatérale dans le contexte de déformation de type came des deux côtés, prédisposant pour un conflit fémoro-acétabulaire (cf. rapport de radiographie du bassin du 28 août 2023 du Dr K.____).

Outre l'évolution des problèmes liés aux genoux, à la colonne lombaire et au bassin, les documents médicaux produits ont également mis en évidence plusieurs lésions aux deux épaules du recourant. Les Drs A.____ et M.____ ont constaté, pour l'épaule droite, une large lésion profonde subtotale du sus-épineux avec composante transfixiante associée, une rupture partielle profonde antérieure du sus-épineux, une lésion du bourrelet supérieur évoquant a priori un SLAP, ainsi qu'un épaissement de la capsule articulaire antéro-inférieure méritant une corrélation clinique pour exclure une capsulite rétractile et, pour l'épaule gauche, une large rupture profonde du sus-épineux avec composante transfixiante postérieure, une légère tendinopathie du long chef du biceps en regard de son entrée dans la gouttière bicipitale, ainsi qu'un épaissement de la capsule articulaire inférieure suggérant une capsulite rétractile (cf. rapport d'arthro-IRM de l'épaule droit du 17 février 2025,

rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche 20 février 2025 du Dr A._____ et le rapport du 5 mars 2025 du Dr M._____).

Sur la base de ces constatations, l'office intimé est entré en matière. Suivant les avis des 10 février et 3 avril 2025 du SMR, il a considéré que le recourant disposait toujours d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c) Dans le cadre de la procédure de recours, le recourant a notamment produit un protocole opératoire du 25 février 2025 du Dr G._____, deux rapports d'expertise orthopédique des 3 février et 18 août 2025 du Dr H._____, un rapport du 10 septembre 2025 du Dr M._____, un rapport du 21 octobre 2025 du Dr P._____ et un rapport du 21 mai 2026 du Prof. I._____ et de la Dre N._____.

Il ressort de ces pièces que le recourant a subi, le 25 février 2025, une révision de la prothèse totale du genou droit avec resurfaçage rotulien et retrait du plateau tibial descellé au profit d'un plateau tibial cimenté avec cales et quille d'extension (cf. protocole opératoire du 25 février 2025 du Dr G._____). Malgré cette opération, il souffre toujours, au niveau des genoux et des lombaires, de gonalgies chroniques avec amyotrophie quadricipitale et faiblesse de l'appareil extenseur, d'un eczéma cicatriciel droit potentiellement allergique, de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs avec hernie discale L4-L5 et canal lombaire étroit et d'une coxarthrose débutante bilatérale (cf. rapport d'expertise orthopédique du 3 février 2025 du Dr H._____, rapport du 21 octobre 2025 du Dr P._____ et rapport du 21 mai 2026 du Prof. I._____ et de la Dre N._____). Concernant ses problèmes aux épaules, le Dr M._____, le Prof. I._____ et la Dre N._____ ont posé les diagnostics de rupture postéro-supérieure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et de rupture partielle bursale du supra-épineux de l'épaule gauche (cf. rapport du 10 septembre 2025 du Dr M._____ et rapport du 21 mai 2026 du Prof. I._____ et de la Dre N._____); pour sa part, le Dr H._____ a retenu une probable capsulite rétractile des deux épaules, évoluant depuis le mois de

février 2025 (cf. rapport d'expertise orthopédique du 18 août 2025 du Dr H._____).

d) Ainsi, si le corps médical s'accorde pour admettre que les différentes atteintes aux genoux et aux lombaires n'empêcheraient pas le recourant d'exercer avec une pleine capacité de travail une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. notamment rapport du 21 octobre 2024 du Dr G._____ et rapport d'expertise orthopédique du 3 février 2025 du Dr H._____), il apparaît en revanche que la capsulite rétractile aux deux épaules, apparue au mois de février 2025, engendre une incapacité de travail qui pourrait toutefois évoluer favorablement à plus ou moins brève échéance (cf. rapport d'expertise orthopédique du 18 août 2025 du Dr H._____). On ne saurait par conséquent suivre l'intimé lorsqu'il estime qu'il n'y a pas eu de changement notable sur le plan orthopédique. A cet égard, on notera que le SMR, dans son avis du 17 mars 2026, a admis, à l'instar du Dr H._____, que la capacité de travail n'était pas entière et que la situation n'était pas stabilisée.

Outre la question de la capacité actuelle de travail du recourant, le dossier ne permet pas non plus de répondre à la question – soulevée également par le SMR dans son avis du 17 mars 2026 – de savoir si l'activité de logisticien dans laquelle le recourant a été reclassé demeure encore exigible au regard de l'ensemble des atteintes présentées.

e) Compte tenu de ces différents constats, il apparaît opportun de renvoyer la cause à l'office intimée, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), afin qu'il mette en œuvre, conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPG, une expertise orthopédique destinée à établir les effets sur la capacité de travail et leur évolution dans le temps des différentes atteintes présentées par le recourant. Au terme de cette instruction sur le plan médical, il appartiendra également à l'office intimé de statuer à nouveau sur le droit éventuel du recourant à des mesures d'ordre professionnel.

8. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 25 mars 2025 par l'intimé annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'il reprenne l'instruction et mette en œuvre une expertise orthopédique.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 11 mai 2026 par Me Laure Chappaz et compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient de constater que l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, la liste des opérations fait état entre le 27 mai 2025 et le 14 octobre 2025, date de la rédaction de la réplique, de 4 heures et 39 minutes d'entretien et d'échanges avec le client. Une heure d'entretien avec le client apparaît comme suffisante à cet égard. De même, Me Chappaz a inscrit 6 heures d'analyse du dossier et 6 heures de rédaction de la réplique, alors que 4 heures suffisent pour chacune de ces opérations. Aussi convient-il d'arrêter l'équitable indemnité à laquelle la mandataire a droit forfaitairement à 4'300 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.11]). Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire, à la mandataire du recourant, si bien qu'il peut être renoncé à fixer plus précisément le montant de l'indemnité d'office.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 25 mars 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. _____ une indemnité de 4'300 fr. (quatre mille trois cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Laure Chappaz (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

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

Le greffier :