

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 août 2024

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Berthoud et Bonard, assesseurs  
Greffière : Mme C. Meylan

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

L. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], atteint de nanisme et de lombalgies chroniques, est entré en Suisse en [...] pour y exercer une activité lucrative. Après avoir obtenu une attestation de formation professionnelle en qualité de soudeur, il a déployé des activités de magasinier, d'auxiliaire d'imprimerie et d'hôte à l'accueil de la clientèle, et a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 19 novembre 2004.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a sollicité un rapport médical auprès du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui l'a complété le 20 décembre 2004. Ce praticien a mentionné les diagnostics de « nanisme avec déformation des mains et des pieds » restreignant l'embauche potentielle de son patient et de « lombalgies chroniques » limitant les travaux de force. Il a envisagé une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré.

Mandaté par l'OAI aux fins d'expertise, le Prof. K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a procédé à l'examen clinique de l'assuré le 17 octobre 2005 et communiqué son rapport d'expertise corrélatif le 31 octobre 2005, retenant au titre de diagnostics susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail ceux de « lombalgies chroniques », de « légère surcharge fonctionnelle » et de « nanisme constitutionnel, harmonieux en ce qui concerne le tronc et les membres, mais avec un raccourcissement notable des phalanges aux deux mains ». L'expert a fait part de son appréciation, considérant que l'assuré était essentiellement « gêné par un nanisme avec raccourcissement notable des phalanges des mains », ainsi que « pour les travaux en hauteur en raison de sa petite taille ». Sur le plan des lombalgies, le pronostic était qualifié de « bon », de même que sur le plan de « travaux manuels adaptés », en évitant la préhension d'objets lourds. Au titre des limitations, étaient indiquées une « limitation de la préhension des objets en raison du raccourcissement des doigts » et une « baisse de la force de préhension ». L'expert a retenu

depuis 2002 une capacité de 40 % dans la profession de soudeur et de 80 % dans un métier manuel adapté, précisant que l'activité exercée jusqu'alors était exigible à hauteur de sept à huit heures par jour sans baisse de rendement prévisible. Des mesures professionnelles étaient envisageables immédiatement. Il a souligné qu'une activité adaptée, telle que des « travaux de surveillance ou de manutention légère, en positions assise et debout alternativement, ou même un travail en position assise de façon prolongée », pouvait être déployée à raison de huit heures par jour sans baisse de rendement.

Interpellé par la Dre Q.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), le Prof. K.\_\_\_\_\_ a complété son rapport en date du 25 avril 2006. Il a signalé qu'une « activité manuelle adaptée ne [pouvait], à son avis, être exigible à 100 % [...], mais à 90 % seulement », mais que « l'activité exercée depuis le 02.12.2004 comme hôte d'accueil dans une discothèque [était] parfaitement adaptée [et] pourrait être exercée à 100 % sans restriction ».

Par avis du 10 mai 2006, la Dre Q.\_\_\_\_\_ s'est ralliée à cette opinion, retenant en définitive une capacité de travail de 40 % dans la profession apprise et de 90-100 % dans une activité adaptée, telle que l'activité actuelle, en dépit du « léger flou sur l'exigibilité » induit par l'expert.

Le 7 juin 2006, l'OAI a rendu une décision de refus de rente et de mesures professionnelles, confirmée par décision sur opposition du 13 juin 2008, compte tenu d'un degré d'invalidité de 17,83 %, arrondi à 18 %, résultant de la comparaison des revenus sans et avec invalidité.

**b)** Dans le cadre de l'instruction du recours interjeté contre cette décision, une conciliation est intervenue entre les parties. L'OAI s'est déclaré disposé à octroyer des mesures professionnelles à l'assuré, après avoir revu à la hausse son taux d'invalidité, porté à 26 %, en retenant l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 90 %. L'assuré

a pour sa part convenu de cette exigibilité, admis le nouveau calcul opéré par l'OAI et retiré son recours.

Des mesures professionnelles ont été conduites au Centre Y.\_\_\_\_\_ qui a déduit de son observation qu'un placement de l'assuré dans l'économie n'était pas envisageable en l'état pour des raisons de santé, soit du fait du nanisme, de limitations fonctionnelles trop importantes, de faibles aptitudes intellectuelles, de connaissances scolaires trop basiques et de rendements inexploitable (cf. rapport du centre, daté du 12 novembre 2010, signalant que « visiblement la santé de [l']assuré ne lui permet pas actuellement de se projeter dans un quelconque projet concret »).

Le Service de réinsertion professionnelle a pris acte du terme des mesures professionnelles dans un rapport final du 2 novembre 2010. Il a également déterminé une nouvelle fois les revenus avec et sans invalidité pouvant être pris en compte pour l'évaluation de l'invalidité.

Sollicité pour avis, le Service juridique de l'OAI a rappelé le 14 janvier 2011 que le taux d'invalidité de 26 % avait été arrêté par convention lors de l'audience de conciliation du 25 mars 2009. Partant, la décision sur opposition du 13 juin 2008 était à son sens entrée en force. Une modification du taux d'invalidité sous l'angle de l'art. 53 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'avérait exclue, de même que sous l'angle des art. 53 al. 1 LPGA ou 17 al. 1 LPGA, en l'absence de faits nouveaux ou de moyens de preuve nouveaux, respectivement faute de modification substantielle de l'état de santé de l'assuré.

**c)** Le 11 septembre 2012, l'assuré, représenté par Me Jean-Michel Duc, a déposé une demande de révision procédurale fondée sur l'art. 53 al. 1 LPGA, laquelle a été rejetée par l'OAI au motif que les difficultés invoquées à réintégrer le marché du travail constituaient des faits connus de l'assuré de longue date. Par ailleurs le rapport du Centre Y.\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2010 ne pouvait être assimilé à un nouveau

moyen de preuve propre à exclure la capacité de travail résiduelle de 90 % définie médicalement, mais relèverait bien plutôt d'une appréciation différente, essentiellement subjective, de ladite capacité (cf. décision du 9 septembre 2013).

L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AI 259/13).

Au terme d'une audience d'instruction tenue le 5 février 2014, l'instruction de cette cause a été suspendue dans l'attente du résultat d'une nouvelle demande de prestations à présenter à l'OAI.

Le 26 février 2014, l'OAI a produit le tirage d'un avis médical du 21 février 2014 établi par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, rééducation et en rhumatologie, médecin auprès du SMR, se déterminant sur la discordance entre les conclusions de l'expertise réalisée par le Prof. K.\_\_\_\_\_, le 17 octobre 2005 et celles du rapport du Centre Y.\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2010. Il a relevé notamment que les diagnostics avec effets sur la capacité de travail retenus dans le rapport du 4 octobre 2010 du Dr H.\_\_\_\_\_ étaient les mêmes que ceux décrits par le Prof. K.\_\_\_\_\_, à savoir un nanisme constitutionnel, des lombalgies chroniques, un raccourcissement notable des phalanges aux deux mains. Le Dr H.\_\_\_\_\_ confirmait qu'une reprise d'activité était possible dans une activité adaptée aux problèmes médicaux de l'assuré, notamment le nanisme. Il ne se prononçait toutefois pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il y avait lieu de conclure que, sur le plan médical, il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise du Prof. K.\_\_\_\_\_ et que ses conclusions restaient d'actualité. Les conclusions du rapport du Centre Y.\_\_\_\_\_ s'appuyaient en grande partie sur des facteurs étrangers : difficulté de maîtrise de la langue française, maîtrise du calcul et durée de non-emploi. L'arthrose évoquée dans les conclusions du Centre Y.\_\_\_\_\_ n'était pas confirmée par les documents médicaux à disposition. Par rapport aux différentes tâches exercées au Centre Y.\_\_\_\_\_, le descriptif des postes de travail ne permettait pas de s'assurer que l'assuré avait eu la possibilité de varier de

position, alors que le Prof. K.\_\_\_\_\_ retenait la nécessité de pouvoir alterner la position assise et debout.

Parallèlement à la requête en révision procédurale, l'assuré a formulé une nouvelle demande de prestations AI, par le dépôt du formulaire ad hoc le 17 avril 2014, en invoquant l'appréciation médicale du 19 mars 2014 du Dr H.\_\_\_\_\_, lequel considérait que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations était difficile à déterminer au vu du bilan effectué au Centre Y.\_\_\_\_\_, mais qu'un 50 % pouvait éventuellement être envisagé.

Par décision du 8 septembre 2014, fondée sur l'avis du 13 mai 2014 du Dr W.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, considérant qu'une « aggravation de l'état de santé de l'assuré [n'était] pas rendue plausible » en l'absence de nouveau diagnostic avancé par le Dr H.\_\_\_\_\_ et de motifs étayant son appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision.

**d)** Par acte du 10 octobre 2014, l'assuré a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision précitée (cause AI 218/14).

Par arrêt du 17 août 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a confirmé la décision de refus d'entrer en matière rendue le 8 septembre 2014 par l'OAI (arrêt CASSO AI 218/14 - 210/2015).

**e)** Par arrêt du même jour, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a également rejeté le recours portant sur le refus de révision procédurale, la décision corrélative du 9 septembre 2013 de l'OAI étant confirmée (arrêt CASSO AI 259/13 - 209/2015).

**B. a)** Le 9 octobre 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI.

Par correspondance du 12 octobre 2018, l'OAI a imparti un délai à l'assuré pour rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité en produisant un rapport médical détaillé ou en apportant tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Par projet du 6 décembre 2018, l'OAI a envisagé de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 13 juin 2008.

Le 11 février 2019, l'assuré, désormais représenté par Me Vincent Delaloye, a fait part de ses objections à ce projet et requis la reconsidération de la décision du 13 juin 2008 conformément aux art. 53 al. 2 LPGA et 88bis al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Au vu du rapport du 12 janvier 2019 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et des considérations du Centre Y.\_\_\_\_\_ à l'époque des tentatives de réinsertion professionnelle, il estimait que l'expertise rendue par le Prof. K.\_\_\_\_\_ était erronée dès lors qu'elle ne prenait pas en compte le cas dans sa globalité. Dans son rapport du 12 janvier 2019, le Dr V.\_\_\_\_\_ indiquait notamment que l'assuré, connu pour un nanisme dans le cadre d'une hypochondroplasie, était confronté à des douleurs vertébrales sous forme de cervico-scapulalgies et lombosciatalgies gauches d'ordre spondylogène, sans irritabilité neuroméningée. Le nanisme n'induisait pas en tant que tel une incapacité professionnelle. En revanche, sur le plan ergonomique, le poste de travail qui était normalement conçu pour répondre à 95 % des normes anthropomorphiques d'une population dite normale, ne conviendrait absolument pas à l'intéressé. La hauteur de la zone d'accès de charges, l'envergure des bras, la dimension de la main étaient autant de facteurs qui n'avaient jamais été considérés pour disposer d'une activité de charge en zone sécuritaire, avec par ailleurs un ancrage de saisie d'objets non adapté et non sécuritaire. Autrement dit, on pouvait soupçonner que les bras de levier avaient été anormalement sollicités, œuvrant en

permanence en zone haute compte tenu de sa petite taille. En tant que manutentionnaire de force, exposé à une activité répétitive, il avait longtemps été soumis à des contraintes physiques manifestement trop importantes pour sa constitution, ayant évolué dans un environnement professionnel non adapté. C'était ainsi que des sursollicitations physiques s'étaient manifestées, dont rendent compte les déséquilibres musculaires cervico-scapulaires constatés, sans que des mesures physiques puissent apporter de réel bénéfice. Si, au début, la capacité adaptative n'était pas entamée, puisque l'assuré disposait naturellement d'un profil hypermobile, au fil du temps les répercussions fonctionnelles se sont avérées source de contraintes majeures, chroniquement présentes au niveau de l'axe cervical, lombaire, des épaules, des mains, et des pieds. De toute évidence, l'assuré avait dépassé ses compétences physiques et ne pouvait pas retourner dans le domaine professionnel à un poste non adapté, requérant des mouvements répétitifs et le port de charges.

Par avis du 27 juin 2019, la Dre P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin auprès du SMR, a considéré qu'il fallait entrer en matière sur cette nouvelle demande étant donné qu'un nouveau diagnostic (cervico-scapulalgies bilatérales d'ordre spondylogène) avait été retenu (bien que le status clinique et le bilan radiologique étaient assez rassurants) et que l'aggravation d'une atteinte dégénérative au plan ostéoarticulaire, voire l'apparition d'une nouvelle atteinte, ne pouvaient pas être exclues à l'heure actuelle (à peu près 14 ans après l'expertise du Prof. K.\_\_\_\_\_).

Appelé à se déterminer sur la capacité de travail exigible de l'assuré dans une activité adaptée, le Dr V.\_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % pour les activités de ferrailleur et manutentionnaire lourd. Son pronostic de réadaptation était sombre et il fallait envisager une réinsertion professionnelle dans une activité plus ergonomique, reprenant les constatations de son précédent rapport (cf. rapport du 14 septembre 2019).

Interpellé sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, le Dr V.\_\_\_\_\_ a estimé que dans une activité professionnelle offrant des alternances de postures sans port de charges, à un poste dit ergonomique prenant en compte son morphotype, une capacité de travail à 50 % (sans pouvoir déterminer de date) pourrait être envisagée, pour autant qu'une formation dans cette nouvelle activité soit conduite. Ce praticien estimait également que la très faible scolarité de l'assuré et ses capacités intellectuelles constituaient des facteurs limitatifs à une nouvelle orientation professionnelle. Une capacité au-delà de 50 % ne pouvait, selon lui, pas être exigée, même à un poste adapté, car au repos l'assuré devait faire face à des problèmes vertébraux et périphériques récurrents. Le Dr V.\_\_\_\_\_ suggérait de procéder à un test de capacités fonctionnelles pour déterminer la tolérance aussi bien de l'axe cervico-scapulohuméral que lombo-pelvien dans des positions et des contraintes professionnelles à court terme (cf. rapport du 23 octobre 2019).

Par avis du 12 novembre 2019, la Dre P.\_\_\_\_\_ a considéré que le Dr V.\_\_\_\_\_ ne détaillait pas précisément pour quelles raisons une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée ne serait pas possible et a suggéré la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatologique.

C'est dans ce cadre que le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin auprès du SMR, a examiné l'assuré le 15 janvier 2020 et rendu son rapport le 21 janvier 2020, aux termes duquel il a notamment retenu comme diagnostic incapacitant principal celui de lombo-pseudosciatalgies gauches dans le cadre de discrètes discopathies, prédominant en L3 et L4 et d'arthrose des articulations postérieures, prédominant également en L3 et L4, associant également les diagnostics de cervico-scapulalgies bilatérales non déficitaires dans le cadre d'un remaniement dégénératif des articulations postérieures en C3-C4 et uncovertébrales en C5-C6 ainsi que de nanisme hypochondroplasique. Les diagnostics de légère tendinose distale du tendon supra-épineux des deux côtés, bursite sous-acromiodeltoïdienne modérée des deux côtés, légère arthrose acromio-claviculaire des deux

côtés (selon l'échographie du 25 octobre 2018), actuellement asymptomatiques, de kyste du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire droit (selon l'IRM [imagerie par résonance magnétique] du 27 février 2013), actuellement asymptomatique, et d'arthrose IPD [articulation inter phalangienne distale] du majeur de la main gauche (selon l'ultrason du 17 mai 2019) étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Concernant les limitations fonctionnelles, le praticien a retenu, au niveau de la colonne lombaire, le port de charges au-delà de 10 kg, la marche au-delà de 2 heures, la position debout statique au-delà de 30 minutes, la position assise au-delà de 1 heure, les postures en porte-à-faux lombaire, les mouvements répétitifs de rotation ou de flexion-extension lombaire. Au niveau de la colonne cervicale, le praticien a considéré que l'assuré devait éviter toute activité au-dessus de l'horizontale. S'agissant du nanisme, l'assuré avait des limitations dans la préhension d'objets en raison du raccourcissement des doigts. Le Dr T. \_\_\_\_\_ relevait des facteurs non médicaux qui avaient un effet prédominant concernant l'échec des mesures professionnelles : l'absence de formation certifiée, les nombreuses années passées sans activité lucrative, l'assistance sociale et le long litige avec l'Al. Ainsi, dans la dernière activité de maraîcher, la capacité de travail de l'assuré était nulle, mais dans une activité adaptée, sa capacité de travail était entière, ceci « depuis l'âge légal pour l'exercice d'une activité professionnelle ».

Par projet de décision du 26 mars 2020, annulant et remplaçant celui du 6 décembre 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Après examen complet du dossier, il constatait que l'incapacité de travail et de gain de l'assuré était totale dans son activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 100 % était raisonnablement exigible depuis toujours dans une activité adaptée à son état de santé respectant ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de marche au-delà de 2 heures, pas de position debout statique au-delà de 30 minutes, pas de position assise au-delà de 1 heure, pas de postures en porte-à-faux lombaire, pas de mouvements répétitifs de rotation ou de flexion-extension lombaire, pas

d'activité au-dessus de l'horizontale et limitations dans la préhension d'objets en raison du raccourcissement des doigts). Compte tenu de la comparaison entre ses revenus sans invalidité et d'invalidité, l'assuré présentait un degré d'invalidité de 10 %, ce qui ne lui ouvrait pas le droit aux prestations.

L'assuré, assisté d'un nouveau mandataire professionnel en la personne de Me Raphaël Hämmerli, s'est opposé au projet de décision précité, par courrier du 23 avril 2020, puis du 29 juin 2020, produisant un rapport du 6 mai 2020 du Dr H.\_\_\_\_\_, lequel estimait qu'il ne pouvait travailler qu'à temps partiel dans un poste de travail adapté à sa taille et à ses problèmes lombaires. Le port de charges lourdes devait être évité (pas plus de 5 ou 10 kg) et les travaux de force étaient à prescrire. Dans l'activité exercée avant 2006, sa capacité de travail était nulle.

Par décision et courrier du 24 juillet 2020, l'OAI a confirmé son projet et refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

**b)** Saisie d'un recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu un arrêt le 19 octobre 2022 dans la cause AI 286/20 - 313/2022, rejetant le recours et confirmant la décision attaquée. En effet, aucun avis médical probant ne venait mettre en doute les constatations et conclusions du Dr T.\_\_\_\_\_, qui emportaient conviction.

**C.** Le 24 octobre 2023, le Dr H.\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail en faveur de l'assuré pour la période du 18 décembre 2006 au 31 décembre 2023.

Le 7 novembre 2023, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Par courrier du 14 novembre 2023, l'OAI a pris acte de la nouvelle demande de l'assuré au sens des art. 17 LPGA et 87 ss RAI et a indiqué que celle-ci ne pouvait être examinée, en application de ces

articles, que si l'assuré établissait de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits en produisant notamment un rapport médical détaillé ou en apportant tout autre élément propre à constituer un motif de révision dans un délai de trente jours. Passé ce délai et sans nouvelles de sa part, l'OAI rendrait une décision de non-entrée en matière.

Par projet de décision du 3 janvier 2024, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière.

Le 19 janvier 2024, l'assuré a produit un certificat médical du 5 décembre 2023 du Dr H. \_\_\_\_\_, duquel il ressort que l'assuré présente toujours d'importantes lombalgies et cervicalgies chroniques non déficitaires sur troubles dégénératifs ainsi qu'un nanisme invalidant. Sa situation s'était aggravée au cours des deux dernières années, raison pour laquelle le patient avait fait une nouvelle demande auprès de l'OAI. L'assuré était également connu pour un diabète de type 2 non insulino-requérant ainsi qu'un reflux gastro-œsophagien et une certaine dyspnée d'effort. Une capacité de travail n'était pas possible. L'assuré présentait en outre un pronostic réservé en raison de la chronicité de ses troubles accompagnés de cette péjoration.

Par décision du 12 février 2024, l'OAI a maintenu son refus d'entrer en matière. Prenant position dans un courrier séparé du même jour, l'OAI a considéré que le Dr H. \_\_\_\_\_ mentionnait les lombalgies et les cervicalgies chroniques non déficitaires sur troubles dégénératifs déjà connues, sans pour autant étayer une aggravation notable. Quant au nanisme, ce dernier était également déjà connu, mais le Dr H. \_\_\_\_\_ ne signalait aucune information permettant de l'objectiver comme étant invalidant. S'agissant du diabète de type 2 non insulino-requérant ainsi que d'un reflux gastro-œsophagien et une certaine dyspnée d'effort, là encore le Dr H. \_\_\_\_\_ n'apportait aucune information complémentaire permettant de les retenir comme incapacitants. En effet, ces diagnostics n'étaient ni probants, ni circonstanciés. Dès lors, ne seraient justifiés ni l'arrêt de travail à 100 % ni l'aggravation de l'état de santé depuis le

18 décembre 2006. A noter que le Dr H.\_\_\_\_\_ ne mentionnait aucune contre-indication à un travail dans une activité adaptée.

**D.** Par acte du 28 février 2024, L.\_\_\_\_\_ a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais, à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction et nouvelle décision. A l'appui de son recours, l'assuré a fait valoir que l'OAI aurait dû interpeller le Dr H.\_\_\_\_\_, considérant dès lors que l'instruction était lacunaire.

Le 12 mars 2024, le Juge instructeur a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 février 2024 en ce sens qu'il l'a exonéré d'avances et de frais judiciaires.

Dans sa réponse du 4 avril 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Les pièces produites par le recourant n'étaient pas susceptibles de rendre plausible une aggravation de son état de santé, comme exposé de manière circonstanciée dans son courrier explicatif du 12 février 2024 auquel il renvoyait.

### **E n d r o i t :**

**1.** **a)** La LPGA 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 la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 7 novembre 2023 par le recourant au motif que la situation de celle-ci ne s'était pas notablement modifiée depuis la décision rendue le 24 juillet 2020 par l'intimé, date de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel de ce droit.

**3.** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> 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 rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

En l'occurrence, le recourant a déposé sa nouvelle demande le 7 novembre 2023, de sorte que le nouveau droit est applicable.

**4. a)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une

modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

**c)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une demande de révision, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

**5. a)** En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 7 novembre 2023. Il s'agit donc pour la Cour de céans d'examiner si le rapport du 5 décembre 2023 du Dr H. \_\_\_\_\_ établit de manière plausible une aggravation de l'état de

santé du recourant au regard de la décision rendue le 24 juillet 2020 par l'intimé lui refusant une rente.

**b)** Sur le fond, l'intimé a estimé, d'une part, qu'en présence des mêmes atteintes et diagnostics, une péjoration de l'état de santé n'aurait pas été démontrée par le Dr H. \_\_\_\_\_ et, d'autre part, que ce même praticien n'apportait aucune information permettant de retenir le diabète, le reflux gastro-œsophagien et la dyspnée d'effort comme incapacitants.

Or, il n'est tout d'abord pas inutile de rappeler qu'il s'agit, au stade de l'entrée en matière, de disposer de pièces médicales qui rendent plausible une aggravation de l'état de santé ; il n'est en revanche pas nécessaire que celles-ci établissent ou démontrent, au sens d'une preuve formelle, une telle aggravation.

Pour le reste, il est vrai que le rapport médical fait globalement état des mêmes atteintes à la santé, objet de la décision du 24 juillet 2020 de l'intimé. Cela étant, dans son rapport du 5 décembre 2023, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant avait souffert d'une aggravation de ces atteintes depuis les deux dernières années et fait également état d'une nouvelle pathologie, soit la dyspnée d'effort, laquelle n'a pas fait l'objet d'investigations par l'intimé. Si le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a pas indiqué si cette atteinte était incapacitante, c'était toutefois la première fois qu'une telle problématique était évoquée.

Il s'agit à n'en point douter d'un cas-limite. Il reste qu'en présence d'une nouvelle atteinte à la santé ainsi que d'une péjoration alléguée par le médecin traitant, l'intimé ne pouvait, sans autre mesure d'instruction, retenir que l'état de santé du recourant n'avait connu aucune modification depuis la décision du 24 juillet 2020, trois ans plus tard.

**c)** Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que les éléments médicaux apportés par le recourant à l'appui de sa nouvelle

demande rendaient plausible une aggravation de son état de santé. Ainsi, l'intimé se devait-il à tout le moins d'entrer en matière et d'interpeller le Dr H. \_\_\_\_\_ afin qu'il précise et étaye son avis sur la nature et l'impact objectif de l'aggravation. Dans la mesure où l'état de santé du recourant et son influence sur sa capacité de travail ne sont pas clairement établis et que la question d'une dyspnée à l'effort demeure ouverte, il y a lieu de compléter l'instruction. En ne procédant pas à des investigations complémentaires, sans par ailleurs soumettre le rapport reçu au SMR, l'intimé a violé le droit fédéral en n'entrant pas en matière sur la nouvelle demande du recourant.

A ce stade, il n'appartient toutefois pas à la Cour d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement d'inviter l'intimé à entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 7 novembre 2023. En conséquence, il se justifie de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il entre en matière sur cette demande de prestations puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), qu'il mette en œuvre les mesures d'instruction idoines en vue d'éprouver les atteintes à la santé alléguées et leur répercussion en termes de capacité de travail.

**6. a)** En définitive, le recours doit être admis. La décision querellée est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestation du 7 novembre 2023, puis rende une nouvelle décision.

**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<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé, compte tenu de l'issue du recours.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 12 février 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une 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.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- L. \_\_\_\_\_,
- 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).

La greffière :