

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juillet 2017

Composition : M. NEU, président
Mmes Thalmann et Berberat, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Q._____, à **C.**_____, recourant, représenté par Mes Stefano Fabbro et
Léonie Spreng, avocats à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Ressortissant suisse né en 1962, Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a travaillé du 1^{er} mai 1997 au 30 juin 2006 en qualité de monteur de service pour le compte de l'entreprise V._____ SA avant d'émigrer à l'assurance-chômage.

Le 21 janvier 2002, l'employeur de Q._____ a transmis à l'assureur-accidents (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) une déclaration de sinistre annonçant que, le 19 janvier 2002, l'assuré avait été victime d'un accident d'alpinisme au cours duquel il était tombé d'une hauteur de plus de 100 m avant d'être retenu par la corde qui s'était coincée sur un rocher et à laquelle il était resté attaché pendant environ 3 h avant d'être secouru.

Outre une blessure causée par la corde au niveau de la cuisse droite, l'assuré a présenté des gelures des acros au niveau des membres supérieurs et inférieurs du premier degré. Immédiatement après l'accident, il a été opéré pour une déchirure musculaire au niveau de la cuisse droite avant de subir une nouvelle intervention chirurgicale, le 7 octobre 2002, en raison d'une discectomie cervicale C6/C7 pour uncarthrose avec implantation d'articulation cervicale. Depuis l'accident, il a souffert de douleurs dans le bas du dos et a commencé à ressentir des paresthésies transitoires dans tous les doigts et au niveau des orteils.

Le 16 décembre 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) tendant à des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle et reclassement dans une nouvelle profession). Il invoquait comme atteinte à la santé une hernie discale lombaire L3-L4.

Dans un rapport du 12 février 2006, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a retenu le diagnostic

affectant la capacité de travail de lombalgies persistantes avec discopathies L3/L4 et petite protrusion médiane à ce niveau. Il a indiqué que la capacité de travail était nulle depuis le 6 octobre 2005.

Dans un avis médical du 20 avril 2006, la Dresse X._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle. Elle était en revanche complète dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « alternance des positions debout-assis, pas de port de charges répétitif de plus de 5 kg, pas de port de charges occasionnel de plus de 10 kg, pas de positions du tronc telles porte-à-faux, rotation, flexion, pas de travail en hauteur. » L'atteinte principale à la santé consistait en des lombalgies chroniques sur discopathie L3/L4.

Le 22 juin 2006, l'assuré a fait savoir à l'office AI qu'il entendait retirer sa demande de prestations. Il a indiqué que son état de santé s'était « considérablement amélioré », au point que les médecins avaient estimé qu'il était à même de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle à 100% dès le 1^{er} juillet 2006. Il s'était inscrit auprès de plusieurs agences de placement en vue de retrouver un emploi.

Par courrier du 15 décembre 2006, l'assuré est revenu sur sa requête de retrait. A la suite de discussions avec son conseiller ORP, il était apparu que ses chances de retrouver du travail s'avéraient compromises en raison de la précarité de son état de santé à moyen et long terme. Il a en conséquence demandé à l'office AI de maintenir son dossier ouvert.

Le 7 avril 2008, l'office AI a rendu une décision, intitulée « refus de reclassement » aux termes de laquelle il a dénié le droit de Q._____ à des mesures professionnelles. Ayant rappelé qu'après avoir travaillé à plein temps du 19 mars 2007 au 30 juin 2007, l'assuré avait été engagé par la même entreprise au mois de juillet suivant moyennant un temps d'essai de trois mois, soit jusqu'au 30 septembre 2007,

l'administration faisait ensuite observer que depuis un entretien téléphonique avec l'intéressé au mois d'octobre 2007, elle était sans nouvelle de sa part quant à ses attentes vis-à-vis de ses services. Aussi, considérant que, d'une part, le dossier était en suspens depuis le 22 juin 2006 et, d'autre part, que l'assuré avait retrouvé une activité à plein temps depuis le mois de mars 2007, l'office AI statuait par une liquidation de la demande.

B. En date du 14 juillet 2008, Q._____ a écrit à l'office AI pour lui demander la réouverture de son dossier. Il a expliqué être en incapacité de travail depuis le 29 avril 2008 à la suite d'un accident professionnel ayant provoqué une distorsion lombaire et sacro-coccygienne avec contusion du bassin et de la hanche gauche.

Le 15 août 2008, l'assuré a complété le formulaire ad hoc « demande de prestations AI pour adultes », sollicitant derechef l'octroi de mesures professionnelles (orientation professionnelle et reclassement dans une nouvelle profession). Il a une nouvelle fois fait état d'une hernie discale lombaire L3/L4.

Dans un rapport médical du 24 septembre 2008 à l'intention de l'office AI, le Dr G._____, chiropraticien, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de distorsion lombaire et sacro-coccygienne avec contusion du bassin et de la hanche gauche, récurrence d'une décompensation statique et dynamique rachidienne, trouble dépressif réactionnel et, enfin, distorsion lombaire. Il a considéré que la capacité de travail dans la profession de monteur en ventilation était nulle depuis le 29 avril 2008 en raison de lombalgies et de lombo-cruralgies récidivantes aiguës, accompagnées d'un état dépressif réactionnel. Le Dr G._____ a estimé que le pronostic était plus favorable dans une activité adaptée aux limitations physiques.

Le 25 septembre 2008, l'entreprise K._____ SA a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 30 novembre 2008.

L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle sous la forme d'un stage auprès de l'Office régional d'intégration et de formation professionnelle de D._____ (ci-après : Orif). Le taux de présence de l'assuré du 24 août 2009 au 22 novembre 2009 a été de 57%, ce qui représentait 28 jours d'absence pour cause de maladie. Le 19 novembre 2009, le directeur de l'Orif a conclu son rapport en ces termes :

« Dès son arrivée à l'Orif [de] D._____, votre assuré nous a bien fait comprendre qu'il appréhendait ce stage pour diverses raisons :

- Le stage débutait à une mauvaise période pour lui car en même temps il déménageait et cela lui paraissait difficile, physiquement, de concilier les deux activités.
- Le fait d'être astreint à suivre une activité physique ne lui plaisait pas et il a même apporté une dispense pour la gymnastique.
- Le temps passé dans les transports publics lui semblait également trop contraignant.

Par la suite, lors du module de mécanique à l'établi, votre assuré a été très démonstratif au niveau de ses douleurs et n'hésitait pas à prendre des postures peu conventionnelles pour soulager son dos. Nous avons dû mettre prématurément un terme à ce module car lors d'un entretien, votre assuré nous a fait part d'une aggravation de son état de santé, due à la position debout, exigée par cette activité.

Nous avons dès lors cherché à trouver une activité qui soit adaptée à ses limitations. Votre assuré a effectué le module informatique.

Suite à une semaine d'arrêt de travail qui coïncidait avec la fin de son déménagement, son état de santé s'améliorait légèrement et il montrait moins de fatigue. A partir de ce moment-là, votre assuré a pu finalement entrer dans une dynamique de réinsertion. Il s'est alors positionné clairement et il a exprimé son désir de s'investir dans une formation. Il a amené des idées et semblait avoir une préférence pour les métiers de l'informatique.

Nous avons fait passer un bilan des acquis à votre assuré et le résultat était prometteur (...) et nous laissait présager qu'avec une petite mise à niveau votre assuré aurait pu suivre des cours dans une école professionnelle.

Au retour des vacances d'automne, M. Q._____ nous a averti qu'il était en arrêt de travail car il éprouvait de grandes difficultés à rester en position statique. Son nouveau médecin lui a demandé de passer un IRM afin de déterminer si son problème au niveau des cervicales s'était détérioré.

Suite à cet épisode, votre assuré n'est plus revenu à l'Orif [de] D._____. Cette absence a été justifiée par des certificats d'incapacité de travail.

Comme convenu lors de notre synthèse du 12 courant, votre assuré quitte l'Orif [de] D. _____ à l'échéance de sa mesure, soit le 22 novembre 2009. »

En date du 23 novembre 2009, l'assuré a informé l'office AI qu'il s'était inscrit à l'assurance-chômage le 19 novembre précédent.

Invité par l'office AI à préciser en quoi consistait l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, le Dr F. _____, docteur en chiropratique et médecin traitant, a indiqué dans un courrier du 4 janvier 2010 que la péjoration n'était pas définitive. Selon lui, il s'agissait bien plutôt d'un épisode inopinément rencontré lors du stage de réinsertion. A sa lettre était joint un rapport du Dr H. _____, spécialiste en neurologie, du 24 novembre 2009, dans lequel il concluait à la difficulté de déterminer l'étiologie exacte des troubles présentés par l'assuré avec les commentaires suivants :

« La description des troubles, la possibilité de reproduire les plaintes par la mobilisation de la nuque et le résultat des examens radiologiques évoquent en premier lieu une atteinte radiculaire dont la topographie exacte ne peut être précisée, pouvant correspondre à une irritation C5-C6 ou C6-C7. Etant donné l'absence de déficit neurologique focalisé, la normalité de l'ENMG et la pluralité des compressions radiculaires potentielles au CT-scan cervical, il n'est en effet malheureusement pas possible de déterminer le niveau de compression radiculaire symptomatique. Par ailleurs, dans le contexte, on ne peut pas écarter l'éventualité de facteurs socio-professionnels surajoutés.

Pratiquement, dans l'immédiat, force est de maintenir l'arrêt de travail parallèlement à un traitement d'AINS, d'antalgiques, de physiothérapie/chiropraxie. Par ailleurs, il conviendrait de tenter un traitement de corticostéroïdes. (...) »

Le 24 février 2010, l'assuré a déclaré sur formule officielle de l'office AI qu'il retirait sa demande de prestations du 15 juillet 2008 « sans condition et sans réserve », en raison du fait que, grâce à l'aide de l'assurance-chômage, il débutait une nouvelle activité en tant qu'indépendant à compter du 15 mars 2010.

C. Le 16 décembre 2015, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Le 8 janvier 2016, l'assuré a produit une liasse de pièces comportant les rapports médicaux suivants :

- un courrier de la Dresse A._____, chiropraticienne, du 7 janvier 2016, évoquant une limitation importante des mouvements du rachis lombaire lors de l'extension ainsi qu'une aggravation des douleurs. Outre le caractère irrégulier des résultats du traitement, elle estimait qu'ils étaient insuffisants pour envisager la reprise d'une activité à long terme ;
- un rapport du Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, du 29 décembre 2015, faisant mention du diagnostic de rachialgies à prédominance cervicale et lombaire sur état après mise en place d'une articulation cervicale, accompagnées de discopathie C5-C6, troubles statiques, arthrose postérieure de L2 à S1 et dysbalance musculaire. A cette affection s'ajoutaient une sudation profuse, une rhinite chronique, une allergie aux acariens domestiques, un eczéma atopique, une xérose cutanée ainsi que des troubles de l'humeur. Le Dr N._____ considérait que le pronostic n'était pas favorable au vu des troubles annexes s'étant greffés sur la pathologie de base à la suite de l'accident de 2008 ;
- un rapport du 28 septembre 2015 du Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie clinique, dans lequel il relevait que l'assuré souffrait d'une rhinite chronique en relation avec une allergie aux acariens domestiques. Quant à la xérose cutanée du visage et du corps, elle était certainement le reflet d'un eczéma atopique ;
- un rapport du 2 mars 2015 de la Dresse E._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Elle y retenait les diagnostics de rachialgies à prédominance cervicale et lombaire sur : status après mise en place d'une articulation cervicale C6-C7, discopathie C5-C6, troubles statiques, arthrose postérieure L2 à S1 et dysbalance musculaire. Une sudation profuse était encore relevée ;

- deux compte-rendus d'examens radiologiques du 18 février 2015 concernant la colonne cervicale et la colonne lombaire.

Le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a écrit ce qui suit dans un avis médical du 31 mai 2016 :

« Cet assuré de 53 ans vous déclare avoir exercé une activité commerciale dans le cadre d'un magasin de vêtements et de musique jusqu'en mars 2015.

Le rapport de Mme A._____, Dr en chiropractie, du 7 janvier 2016, retient essentiellement des cervicobrachialgies gauches et des lombalgies qui ne sont pas qualifiées de déficitaires. Ces problèmes sont similaires à ceux pris en compte par le rapport d'examen SMR du 20 avril 2006.

Les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision AI ne fournissent aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé. D'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision AI. »

Par projet de décision du 7 juillet 2016, l'office AI a informé l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande de prestations du 16 décembre 2015, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 7 avril 2008. Il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Le 30 juillet 2016, l'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce préavis. Se prévalant d'une aggravation de son état de santé, il a fait valoir que des changements étaient intervenus depuis 2008 en relation avec la colonne vertébrale (nouvelles hernies discales, arthrose, sciatique, fractures), le système nerveux (neuropathie, démangeaisons, crampes musculaires, dépression, troubles du sommeil et difficultés urologiques) ainsi que sur le plan dermatologique (sudation profuse, eczéma, xérose, rhinite chronique et allergie aux acariens). Il a relevé qu'en dépit des divers traitements prescrits (anti-dépresseur, opioïde, anti-inflammatoire, anti-allergique, spray nasal, pommade corticoïde, magnésium, gel douche spécial et huile dermo-nettoyante) et du suivi médical dont il bénéficiait, son état ne s'était pas amélioré.

L'assuré a par ailleurs expliqué que l'effet conjugué des médicaments altérerait sa concentration et le rendait incapable de conduire ou d'utiliser des machines. Il ne supportait plus l'exposition au soleil et éprouvait des difficultés lors des changements de température. L'assuré déduisait des éléments allégués qu'il n'était pas en mesure de se présenter à un éventuel patron, ni même de suivre une mesure professionnelle de réinsertion pas plus qu'il ne se sentait capable de reprendre l'exercice d'une activité indépendante. Partant, son incapacité de gain devait conduire l'office AI à lui reconnaître le droit à ses prestations financières.

Le 30 août 2016, l'assuré a transmis à l'office AI un rapport médical du Dr N. _____ daté du 29 août 2016 et à la teneur suivante :

« Vous avez refusé d'entrer en matière pour une demande de prestations AI chez mon patient susnommé car il n'y avait, à votre avis, pas d'éléments médicaux nouveaux.

Depuis mon rapport de décembre, il n'y a pas d'éléments médicaux nouveaux mais probablement que depuis l'évaluation de 2008, il s'est passé beaucoup de choses (je n'ai aucun document concernant cette évaluation qui remonte à 8 ans).

Le 1^{er} diagnostic n'est pas celui d'un trouble somatoforme douloureux mais de douleurs sur troubles dégénératifs majeurs ; il a une répercussion certaine sur la capacité de travail du patient et il y a tous les autres problèmes qui font que globalement, M. Q. _____ n'est pas au mieux pour avoir une activité économique utile à l'heure actuelle et ce depuis longtemps. »

Dans un avis médical du 2 septembre 2016, le Dr J. _____ s'est exprimé en ces termes :

« Problèmes pris en compte dans l'instruction initiale (antérieurement à la décision du 7 avril 2008) :

- lombalgies chroniques sur discopathie L3/L4,
- status après cure chirurgicale par discectomie C6/C7 pour uncarthrose,
- implant cervical en 2002 (...) et spondylodèse.

Le courrier médical du Dr N. _____ du 29 août 2016 récuse comme premier diagnostic celui de troubles somatoformes douloureux ce que nous ne contestons pas. Il retient des douleurs sur troubles dégénératifs majeurs sans préciser l'organe ou le système ayant dégénéré depuis 2008. Les douleurs sur troubles dégénératifs ostéoarticulaires sont bien le premier problème retenu initialement

par le SMR et aucun des éléments avancés par les médecins de l'assuré depuis 2015 n'apporte d'élément rendant plausible une aggravation notable et durable susceptible d'entraver l'exigibilité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport SMR du 20 avril 2006. Le certificat de Mme A._____, chiropractie, du 7 janvier 2016 ne contredit pas notre position que nous maintenons. »

Par décision du 13 février 2017, l'office AI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la demande de prestations (rente et reclassement professionnel) déposée par l'assuré le 16 décembre 2015 avec une motivation identique à celle de son préavis du 7 juillet 2016. Une lettre d'accompagnement datée du même jour et faisant partie intégrante de la décision prenait position sur les griefs avancés par l'assuré.

D. Par acte du 16 mars 2017, Q._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision dont il demande sous suite de frais et dépens l'annulation en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée à compter du 16 décembre 2015 pour une durée indéterminée. Subsidiairement, il conclut au renvoi de la cause à l'office intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire puis rende une nouvelle décision. Se plaignant d'une constatation inexacte et incomplète des faits, le recourant reproche à l'office intimé de n'avoir pas tenu compte de la dégradation de son état de santé physique et psychique depuis la décision du 7 avril 2008 pourtant dûment établie par les rapports médicaux versés au dossier. Alors qu'il ne souffrait à cette époque que de lombalgies chroniques sur discopathie L3-L4, différents symptômes et problèmes sont apparus depuis lors, telles des cervicobrachialgies, des rachialgies à prédominance cervicale et lombaire, divers problèmes dermatologiques ainsi que des troubles de l'humeur. En outre, en dépit d'une médication importante, le pronostic à long terme demeure défavorable. Le recourant fait par ailleurs grief à l'office AI de ne l'avoir soumis à aucun examen ni aucun entretien avec l'un de ses médecins avant de rendre sa décision. Il n'a en outre ordonné aucune expertise. Dans ces conditions, l'administration ne pouvait se contenter du seul avis du Dr J._____. A défaut d'un rapport médical reposant sur un examen complet effectué par l'un ou l'autre de ses médecins, l'intimé n'était pas en mesure d'apprécier

correctement la situation. Partant, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire s'impose afin de déterminer si et dans quelle mesure les atteintes à la santé présentées par le recourant affectent sa capacité de travail.

Dans sa réponse du 25 avril 2017, l'office AI expose dans un premier temps à quelles conditions légales et jurisprudentielles il peut entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations. S'appuyant sur l'avis de son SMR du 2 septembre 2016, il répète que les éléments amenés par les médecins de l'assuré ne rendent pas plausible une aggravation notable et durable de son état de santé susceptible d'entraver l'exigibilité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport du SMR du 20 avril 2006. Il propose en conséquence le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Réitérant en réplique du 17 mai 2017 que la dégradation de son état de santé est attestée par les pièces médicales au dossier, le recourant produit un rapport de la Dresse A._____, chiropraticienne, du 20 mars précédent, dans lequel elle pose les diagnostics de cervico-brachialgies gauches et de lombalgies. Elle estime que son patient n'est pas à même de reprendre l'exercice d'une activité physique régulière, au vu des crises douloureuses fréquentes qu'il présente. Le recourant ne peut en conséquence que confirmer l'intégralité des conclusions prises dans son mémoire du 16 mars 2017.

Dupliquant en date du 7 juin 2017, l'intimé persiste dans ses conclusions précédentes.

Cette écriture a été communiquée pour information au recourant qui n'a pas procédé plus avant.

E n d r o i t :

1. **a)** Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile devant le tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la 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]; ATF 109 V 262 consid. 3). 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 alléguer une modification des faits

déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 125 V 412 consid. 2b ; 117 V 200 consid. 4b et les références citées).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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 autres investigations par un refus d'entrée 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. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b). Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de prestations avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

En outre, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances 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 (TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

Quant au principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a et les références citées), il ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

3. Il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'office AI a refusé d'entrer en matière sur la demande déposée le 16 décembre 2015 par le recourant, laquelle ne peut être comprise que comme une demande de rente à la lecture des pièces médicales jointes en annexe ainsi que de la lettre d'accompagnement du 8 janvier 2016 dont il résulte que le recourant ne serait pas apte à exercer un emploi. De son côté, l'intimé convient que la demande de prestations du 16 décembre 2015 concerne l'octroi d'une rente (cf. projet de décision du 7 juillet 2016 et décision dont est recours du 13 février 2017).

a) Selon l'art 17 LPGA, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, de même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force. Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA), l'impotence (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI (ancien art. 87 al. 4 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies. Le Tribunal fédéral a jugé que l'art. 87 al. 4 RAI s'appliquait également, par analogie, aux prestations de réadaptation et qu'ainsi, lorsqu'une prestation de réadaptation a été refusée, une nouvelle demande ne doit être examinée que si l'assuré rend plausible que la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 109 V 119 consid. 3a).

Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent toutefois que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en

force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent. Au contraire, l'administration — et en cas de recours le juge — est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure (TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 2.2 et les références citées).

b) En l'espèce, la décision de l'intimé du 7 avril 2008 portait uniquement sur le refus de mesures d'ordre professionnel, en réponse à la demande initiale du recourant du 16 décembre 2005, qui sollicitait une mesure d'orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession.

Il apparaît ainsi que l'intimé s'est prononcé seulement sur le droit à des mesures professionnelles et non pas sur le droit à une rente d'invalidité.

La demande déposée le 16 décembre 2015 par le recourant qui tend à l'octroi d'une rente n'est dès lors pas soumise aux conditions d'une révision et l'office AI devait l'examiner sur le fond.

4. a) Le considérant qui précède suffisant à l'admission du recours, il y a lieu d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction puis nouvelle décision.

b) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient de fixer,

compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, à 1'500 fr., à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 13 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour instruction, puis nouvelle décision.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mes Stefano Fabbro et Léonie Spreng, avocats (pour Q. _____),
- 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 :