

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 août 2018

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Neu et Métral, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

U._____, 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. U._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], est titulaire d'un diplôme de mécanicien sur automobiles obtenu en [...]. Il a travaillé depuis 1982 en qualité d'employé principalement dans l'entreprise Z._____ SA à [...]. Depuis septembre 1996, il a œuvré en tant qu'indépendant.

Le 20 novembre 2002, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, se prévalant notamment de douleurs au dos et à la jambe droite à la suite d'une chute.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) s'est vu communiquer le dossier de l'assuré constitué par son assureur-accidents. Il y figure notamment une déclaration d'accident et des documents médicaux indiquant que l'intéressé a été victime d'un accident le 5 mars 1999, une boîte de vitesses lui étant tombée sur le genou, ayant occasionné une fracture du condyle externe du fémur droit. L'assuré a été soigné par la pose d'une attelle plâtrée jusqu'au 30 mars 1999 et a présenté une incapacité de travail à 100% dès le jour de l'accident, attestée par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie. Il ressort également du dossier que l'assuré a été victime, le 6 septembre 1993, d'une fracture du talon droit à la suite d'une chute d'une hauteur de cinq mètres d'une échelle lors de son activité professionnelle.

L'OAI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du Dr J._____, généraliste et médecin traitant à [...]. Dans un rapport du 11 février 2003, ce praticien a posé les diagnostics de protrusion discale en L5-S1 avec conflit de la racine, de discopathie L4-L5 et L5-S1, de status après fracture du calcanéum droit en 1993 et de la rotule droite en 1999, traitée conservativement, et d'hypomyotrophie du membre inférieur droit (MID); l'incapacité de travail a été évaluée à 70% depuis 2000. Dans l'annexe au rapport médical, datée du même jour, le Dr J._____ a retenu

que le patient présentait une diminution de 70% dans son activité habituelle et que, dans une activité légère et adaptée avec port de charges lourdes inférieures à quinze kilos, il pouvait travailler au taux de 30% à 50% compte tenu d'une diminution de rendement de 50% à 70%.

Le 13 septembre 2004, l'assuré s'est soumis à un examen clinique, effectué par le Dr N._____, spécialiste en orthopédie au SMR. Dans ses rapports des 16 et 17 septembre 2004, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies irritatives à droite et de raideur modérée de l'articulation sous-astragalienne à droite, ainsi que ceux sans répercussion sur la capacité de travail de status après fracture du calcanéum droit, traitement conservateur, et de status après fracture du condyle fémoral externe non déplacé. Le Dr N._____ a évalué la capacité de travail exigible de l'assuré à 30% dans son activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée.

Une expertise pluridisciplinaire a été confiée au D._____ (D._____) à [...]. Les Drs I._____, spécialiste en rhumatologie, X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et V._____, spécialiste en neurologie, ont établi leur rapport le 30 avril 2007. Ils ont posé les diagnostics d'ostéochondromatose évoluée de la hanche droite compliquée de coxarthrose, de gonarthrose interne droite secondaire à une fracture du condyle externe intra-articulaire, d'exostose condylienne interne symptomatique, de discrète ankylose de la cheville droite post-fracture calcanéenne, de troubles statiques et dégénératifs rachidiens sans radiculopathie ni myélopathie actuelle et d'ostéopénie/ostéoporose suspecte.

S'agissant des limitations fonctionnelles (uniquement sur le plan physique), ces experts ont indiqué que l'assuré ne pouvait plus effectuer qu'une activité légère (poids répétitifs n'excédant pas les cinq kilos), semi-sédentaire, avec alternances de positions, principalement assises, en évitant les terrains instables, les échelles, escabeaux, les vibrations, la position debout prolongée, les longs déplacements ainsi que les positions à genoux et accroupie. Ils ont retenu que, dans l'activité

habituelle de l'assuré, l'incapacité de travail avait été partielle probablement depuis 1994, autour de 50%, puis de 70% depuis 1999, puis totale depuis mars 2006; une incapacité de travail de 20% au moins existant depuis 1993-1994. Ils ont ensuite mentionné que la capacité de travail était complète dans une activité légère et adaptée, celle-ci pouvant être exercée à raison de huit heures par jour sans diminution de rendement. Ils ont par ailleurs précisé ce qui suit s'agissant de l'incapacité de travail sur le plan ostéo-articulaire (p. 21 du rapport d'expertise):

"Enfin si les conséquences de la fracture initiale, calcanéenne, survenue en 1993 en soi sont moindres, et avaient permis initialement la reprise de son activité, les pathologies ultérieures traumatiques et la pathologie intrinsèque de la hanche lentement évolutive ont pris le devant de la scène et nous permettent d'attester une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité.

Il est difficile de savoir à partir de quand la hanche est devenue invalidante. L'évolution nous paraît avoir été lentement progressive à partir de 1994, donnant droit à une incapacité de travail partielle dans l'ancien métier probablement de l'ordre de 50% avec un palier d'aggravation certain justifiant une IT [incapacité de travail] de l'ordre de 70% depuis la fracture fémorale survenue en 1999 et totale depuis la récente fracture du fémur (2006)".

Par projet de décision du 15 juillet 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente. Il a exposé en substance que ce dernier présentait une incapacité de travail de longue durée depuis 2000 et que, selon l'expertise pluridisciplinaire confiée au D._____, il disposait d'une capacité de travail exigible de 100% dans des activités industrielles légères (manutention légère, travail à l'établi, conditionnement léger par exemple). Se basant sur des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2000 selon l'ESS, il a retenu que l'assuré pouvait réaliser un salaire annuel de 55'506 fr. 84 et, compte tenu d'un abattement de 10%, a fixé le revenu d'invalidité à 51'205 fr. 05, mettant en exergue l'absence d'invalidité.

Le 30 septembre 2008, par son mandataire, l'assuré a contesté ce projet de décision.

Par décision du 20 août 2009, l'OAI a refusé le droit à la rente, pour les mêmes raisons que celles exposées dans le projet du 15 juillet 2008.

Par acte de son mandataire du 24 septembre 2009, l'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La Cour de céans a, par arrêt du 29 avril 2011 (CASSO AI 459/09 - 192/2011), partiellement admis le recours, annulé la décision de l'OAI du 20 août 2009 en lui renvoyant la cause pour complément d'instruction sur le plan économique au sens des considérants, puis nouvelle décision. Sur le plan médical, le tribunal a retenu, en particulier sur la base de l'expertise D._____ effectuée au printemps 2007, que l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans une activité répondant à ses limitations fonctionnelles et que sa capacité de travail était durablement restreinte depuis 1994 dans son activité habituelle. Ses considérations étaient les suivantes (CASSO AI 459/09 - 192/2011 du 29 avril 2011, consid. 3) :

"3. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité, prestation que lui a refusé l'intimé dans la décision attaquée. En premier lieu, le recourant soutient que l'expertise du 1^{er} février 2007 du D._____, selon lui lacunaire et se basant sur des constatations insuffisantes, ne permet pas de déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il convient donc d'examiner la valeur probante de cette expertise, compte tenu des autres pièces médicales au dossier.

a) Les experts retiennent les diagnostics d'ostéochondromatose évoluée de la hanche droite compliquée de coxarthrose, de gonarthrose interne droite secondaire à une fracture du condyle externe intra-articulaire, d'exostose condylienne interne symptomatique, de discrète ankylose de la cheville droite post-fracture calcanéenne, de troubles statiques et dégénératifs rachidiens sans radiculopathie ni myélopathie actuelle et d'ostéopénie/ostéoporose suspecte. Dans l'activité habituelle de l'assuré, ils ont retenu que l'incapacité de travail avait été partielle probablement depuis 1994, autour de 50%, puis de 70% depuis 1999, puis totale depuis mars 2006; une incapacité de travail de 20% au moins existant depuis 1993-1994. Sur ce point, ils ont relevé que la hanche de l'assuré était devenue progressivement invalidante à partir de 1994, donnant droit à une incapacité de travail partielle dans l'ancien métier probablement de l'ordre de 50%, avec par la suite un palier d'aggravation certain en 1999 puis en 2006.

Cette expertise relève encore que la capacité de travail de l'assuré est complète dans une activité légère et adaptée, celle-ci pouvant être exercée à raison de 8 heures par jour sans diminution de rendement. S'agissant des limitations fonctionnelles (uniquement sur le plan physique), il est précisé que l'assuré ne pouvait plus effectuer qu'une activité légère (poids répétitifs n'excédant pas les 5 kg), semi-sédentaire, avec alternances de positions, principalement assises, en évitant les terrains instables, les échelles, escabeaux, les vibrations, la position debout prolongée, les longs déplacements ainsi que les positions à genoux et accroupie.

Le Dr O. _____, dans un avis médical SMR du 18 décembre 2007, a repris intégralement les conclusions de cette expertise. De plus, les diagnostics retenus par les experts sont également retenus par les Drs J. _____ (rapport du 11 février 2003), N. _____ (rapports des 16 et 17 septembre 2004) et E. _____ (rapport du 29 avril 2005) notamment.

b) Le recourant estime que l'expertise est lacunaire dès lors que sur le plan rhumatologique, les experts, qui constatent que l'état du membre inférieur droit du recourant n'est pas stabilisé et recommandent des examens complémentaires, concluent cependant à une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

S'il est exact que les experts suspectent une ostéoporose et suggèrent des examens complémentaires pour confirmer ou non ce diagnostic, ils précisent en p. 22 de l'expertise que les limitations fonctionnelles du recourant ne seraient pas notablement modifiées par la confirmation d'une ostéoporose. Le recourant n'apporte aucun élément infirmant cette conclusion. Par conséquent, les experts étaient à même de se prononcer sur la capacité de travail du recourant sans attendre l'issue des examens proposés.

c) Le recourant soutient que sur le plan neurologique, les constatations des experts sont largement insuffisantes, leur rapport restant extrêmement évasif et les investigations supplémentaires préconisées par le Dr H. _____ n'ayant pas été réalisées.

Le recourant ne précise pas en quoi les constatations des experts seraient insuffisantes. Le status neurologique est décrit de façon précise en pp. 14 et 15 de l'expertise. En outre, dans la synthèse (pp. 22 et 23), les experts expliquent que l'examen met en évidence une hypotrophie globale du membre inférieur droit sans déficit sensitif ou moteur objectif, cette asymétrie semblant devoir être rattachée à une mauvaise utilisation de cette jambe à la suite des trois traumatismes majeurs survenus à ce niveau (fracture du calcanéum, du plateau tibial et de la hanche). Ils observent en outre que l'examen neurologique met en évidence des stigmates allant vers une polyneuropathie sensitive, les trouvailles neurologiques rencontrées chez le recourant n'étant pas suffisantes pour expliquer une incapacité de travail sur le plan neurologique. Quant à l'étiologie de celle-ci, ils évoquent une possible carence en vitamines B12. Le Dr H. _____ a proposé des investigations supplémentaires uniquement sur l'étiologie de la polyneuropathie. On ne voit toutefois pas la nécessité de telles recherches dès lors que l'origine

d'une affection n'a pas d'incidence sur la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles.

d) Le recourant se prévaut de l'avis du Dr E. _____ quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, ce médecin ayant retenu, dans le cadre du stage d'observation effectué par l'assuré auprès du COPAI, que celle-ci était de 60% (rapport du 29 avril 2005). Ce même taux a été retenu dans le rapport du 23 mai 2005 du COPAI. En premier lieu, conformément à la jurisprudence précitée, on relèvera que les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, l'évaluation de l'invalidité de l'assuré ne pouvant reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'experts en matière professionnelle. De plus, comme l'a justement fait remarquer la Dresse W. _____ (rapports SMR des 11 février et 13 mai 2009), le Dr E. _____ a relevé que la capacité de travail de l'assuré, qui s'améliorait au fil des jours, pouvait être plus élevée à terme et a préconisé une préparation à une activité auxiliaire de trois mois dans le but de découvrir de nouvelles activités, de réentraîner l'assuré au travail et d'observer une amélioration du rendement par l'entraînement. Dans ces conditions, l'estimation du Dr E. _____ ne peut être suivie, il en va de même de celle du Dr J. _____ (rapport du 11 février 2003), dont l'avis est succinct et peu motivé. Il doit en outre être relativisé en tant qu'il émane du médecin traitant de l'assuré.

Dès lors, avec les experts, on retiendra que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, ce qui correspond également aux conclusions des Drs N. _____ (rapports des 16 et 17 septembre 2004) et O. _____ (rapport du 18 décembre 2007).

e) Dans la décision attaquée, se référant au rapport du 16 septembre 2004 du Dr N. _____, l'OAI retient que l'assuré présente une atteinte à la santé depuis 2000.

Dans ce rapport, le Dr N. _____ mentionne en page 2 que l'assuré lui a affirmé souffrir de lombosciatalgies à droite depuis son accident de septembre 1993. Comme documentation radiologique, le rapport se fonde sur une IRM lombaire du 13 décembre 2000 et un EMG du 11 décembre 2000. Le Dr N. _____ relève que l'assuré ne travaillait pratiquement plus depuis 2000 et qu'il présentait une incapacité de travail de 20% au moins depuis cette date.

Les experts retiennent, en se fondant sur la documentation radiologique (notamment RX lombaire et RX de la cheville droite du 6 septembre 1993 [p. 16 de l'expertise]) ainsi que sur les déclarations du recourant, que celui-ci s'est fracturé le calcanéum droit lors d'une chute en 1993, cette chute ayant provoqué une accentuation de douleurs rachidiennes évoluant depuis 1990 environ et que sont apparues également des douleurs de la hanche droite, insidieusement. Ils expliquent que le recourant présente une hypotrophie progressive du membre inférieur droit à prédominance distale, probablement dans un contexte de sous-utilisation secondaire au traumatisme, à l'état douloureux ainsi que de discrets troubles d'équilibre. Ils relèvent que même si l'intéressé a pu tenir

un garage à titre indépendant depuis 1995, il y a eu diminution progressive de rendement. Ils mentionnent également qu'en 1999, le recourant s'est fracturé le fémur droit, au niveau du condyle externe, ayant reçu une boîte à vitesse contre son genou et que ceci a notablement contribué à altérer la situation, à affaiblir son membre inférieur. Ils mentionnent enfin que le tableau clinique est définitivement compliqué depuis la survenue d'une fracture du col fémoral lors d'une chute banale du recourant de sa hauteur, au cours de la dernière année, en 2006 (expertise, p. 18-19). Les experts retiennent dès lors que dans son activité habituelle, l'incapacité de travail du recourant a été partielle probablement depuis 1994, autour de 50%, puis de 70% depuis 1999, puis totale depuis mars 2006; une incapacité de travail de 20% au moins existant depuis 1993-1994 (expertise, p. 25-26).

Les experts se sont ainsi fondés sur une documentation médicale, notamment radiologique, plus complète que celle dont disposait le Dr N._____. Ils expliquent en outre de manière circonstanciée et convaincante les motifs pour lesquels ils retiennent une incapacité de travail de 50% depuis 1994. Leur appréciation est d'ailleurs confirmée par l'extrait du compte individuel du recourant dont il résulte que lorsque ce dernier a travaillé comme personne de condition indépendante, ses revenus n'ont jamais dépassé 20'400 fr. Auparavant, il était au bénéfice de l'assurance-chômage, ayant travaillé sept mois en 1994 pour une entreprise et trois mois pour une autre en 1995.

Il y a dès lors lieu de retenir que le recourant présente une incapacité de travail de longue durée depuis 1994.

f) Pour le surplus, on relèvera que l'expertise du D._____ comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant, prend en compte l'ensemble des pièces du dossier et se fonde sur des examens cliniques somatiques, neurologiques et psychiatriques. L'appréciation médicale est claire et les conclusions convaincantes, exemptes de contradiction et dûment étayées, de sorte qu'une pleine valeur probante doit être reconnue à cette expertise.

Il n'y a donc pas lieu de procéder à un complément d'instruction sur le plan médical, comme le réclame le recourant.

Ainsi, on retiendra que celui-ci présente une pleine capacité de travail dans une activité répondant à ses limitations fonctionnelles et que sa capacité de travail est durablement restreinte depuis 1994 dans son activité habituelle."

B. Après avoir repris l'instruction économique du dossier et convoqué l'assuré le 7 septembre 2011 à un entretien en ses locaux (« REA - Rapport initial » de l'un des spécialistes en réinsertion professionnelle), l'OAI lui a communiqué un préavis le 24 février 2012 dans le sens d'un refus de rente, au motif que son degré d'invalidité, fixé à 15.9%, était insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente.

A la suite de la contestation élevée le 2 avril 2012 par l'assuré, l'OAI a rendu un nouveau projet le 4 avril 2013 dans lequel il faisait part de son intention de lui refuser le droit à la rente, sur la base d'un degré d'invalidité de 26%, et à des mesures professionnelles, au motif que l'intéressé avait refusé les mesures proposées s'estimant incapable de travailler.

Par décision du 21 octobre 2013, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures d'ordre professionnel), étant précisé que la contestation du 15 mai 2013 de l'intéressé à l'encontre du projet du 4 avril 2013 n'avait pas apporté d'élément nouveau susceptible de modifier la position de l'administration.

Par acte de son conseil du 25 novembre 2013, l'assuré a déféré cette décision de refus au tribunal cantonal. Par arrêt du 17 septembre 2014 (CASSO AI 293/13 - 234/2014), la Cour de céans a entériné la décision de l'OAI du 21 octobre 2013 rejetant la demande de prestations de l'intéressé dès lors qu'il présentait un taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir droit à une rente et avait refusé la réalisation de mesures de réadaptation.

Le 14 octobre 2014, l'assuré a formé recours contre ce jugement auprès du Tribunal fédéral, qui l'a déclaré irrecevable le 4 novembre 2014 (TF 9C_751/2014 du 4 novembre 2014).

C. Le 11 mars 2016, U._____ a déposé une seconde demande de prestations AI pour adultes. Cette démarche était motivée par des problèmes de dos et à la jambe droite en raison d'accident remontant à 1993.

A l'appui de sa demande, l'assuré a produit un rapport du 27 avril 2016 rédigé sous la plume du Dr J._____ où sa situation était décrite en ces termes :

“CERTIFICAT MEDICAL

Le médecin soussigné certifie que Monsieur U._____, né le [...] est suivi à sa consultation pour des douleurs lombaires et un status après ostéosynthèse par clou gamma pour une fracture pertrochantérienne du fémur droit.

Au dernier contrôle radiologique en date du 25.01.2016, on note la présence d'une discopathie modérée en L5-S1, une arthrose postérieure en L4-L5 et L5-S1 et une coxarthrose bilatérale. Le matériel d'ostéosynthèse est en place.

Sur le plan clinique, Monsieur se plaint de douleurs au niveau lombaire et de la hanche droite. La mobilité de la hanche droite est conservée.

Le traitement actuel : antalgique et anti-inflammatoire en réserve.”

Par projet de décision du 28 avril 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Ce projet a ensuite été annulé le 3 mai 2016 par l'OAI en raison du rapport établi par le médecin traitant enregistré le 29 avril 2016 au dossier.

Après avoir requis l'avis du SMR (avis du 29 novembre 2016), l'OAI n'est, par décision du 2 mars 2017, pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations (rente et mesures professionnelles), au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 21 octobre 2013.

D. Par recours déposé le 31 mars 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, U._____ a conclu en substance à l'annulation de la décision du 2 mars 2017 et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'un réexamen du dossier par les médecins du SMR. Il allègue une péjoration de son état de santé depuis sa demande de prestations de l'assurance-invalidité en novembre 2002, avec la précision qu'il « reste souvent bloqué au lit sans pouvoir [se] lever pendant quelques jour[s] » sans effet bénéfique de sa médication. Affirmant avoir « un nouvel élément à ajouter au dossier », il produit un rapport du 6 septembre 1994 des Drs C._____ et F._____.

consécutif à un séjour auprès du service de chirurgie de l'Hôpital [...] à [...] en raison de l'ablation chirurgicale de la vésicule biliaire (ou cholécystectomie) avec biopsies d'une tumeur de la tête du pancréas, sans traitement à la sortie de l'hôpital.

Dans sa réponse du 29 mai 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il observe que la pièce médicale produite en procédure de recours ne doit pas être prise en compte étant donné qu'elle est postérieure à la décision litigieuse.

Une copie de cette écriture a été transmise au recourant, lequel n'a par la suite 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 18 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 auprès du tribunal compétent, et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 11 mars 2016.

3. a) 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 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; TFA I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

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; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2).

b) Le Tribunal fédéral a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, la Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse ; RS 101]).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002 consid. 4). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, 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 I 597/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

4. a) En l'occurrence, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 11 mars 2016. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 21 octobre 2013, et la décision litigieuse du 2 mars 2017, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. La Cour de céans doit vérifier si le recourant a rendu plausible, en procédure administrative, que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations du 21 octobre 2013.

b) En février 2007, les Drs I._____, X._____, et V._____, experts au D._____, ont posé les diagnostics d'ostéochondromatose évoluée de la hanche droite compliquée de coxarthrose, de gonarthrose interne droite secondaire à une fracture du condyle externe intra-articulaire, d'exostose condylienne interne symptomatique, de discrète ankylose de la cheville droite post-fracture calcanéenne, de troubles statiques et dégénératifs rachidiens sans radiculopathie ni myélopathie actuelle et d'ostéopénie/ostéoporose suspecte. En raison des atteintes ostéo-articulaires mises en évidence, ces experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était durablement restreinte depuis 1994, de 30% depuis 1999, puis nulle dès mars 2006. A l'inverse, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité légère [poids répétitifs n'excédant pas les cinq kilos], semi-sédentaire, avec alternances de positions, principalement assises, évitant les terrains instables, les échelles, escabeaux, les vibrations, la position debout prolongée, les longs déplacements ainsi que les positions à genoux et accroupie), l'assuré disposait d'une totale capacité de travail, pareille activité étant exigible de sa part à raison de huit heures par jour et sans diminution de rendement. Ce point de vue a été repris et entériné par l'intimé dans sa décision de refus de prestations du 21 octobre 2013, lequel a rappelé que ces conclusions médicales avaient été confirmées par la Cour de céans dans son arrêt du 29 avril 2011 (CASSO AI 459/09 - 192/2011). Pour le surplus, le bien-fondé de la décision de refus de prestations du 21 octobre 2013 de l'OAI a par la suite été confirmé par le tribunal cantonal (CASSO AI 293/13

- 234/2014 du 17 septembre 2014), et par arrêt rendu le 4 novembre 2014, le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours en matière de droit public formé par l'assuré contre le jugement cantonal du 17 septembre 2014.

c) A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit un rapport du 27 avril 2016 établi par son médecin traitant, le Dr J._____, dont il déduit une aggravation de son état de santé.

Contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport du 27 avril 2016 dont il se prévaut n'est pas déterminant dès lors qu'il ne contient aucun élément qui attesterait d'une évolution défavorable en regard de la situation qui prévalait au moment où la décision de refus de rente a été établie. En effet, le Dr J._____ indique, au dernier contrôle radiologique, une discopathie modérée en L5-S1, une arthrose postérieure en L4-L5 / L5-S1 et une coxarthrose bilatérale. Il met par ailleurs en évidence un matériel d'ostéosynthèse au niveau du fémur droit « en place » sur les clichés. Ce généraliste n'affirme pas que son patient dispose d'une capacité de travail limitée, mais souligne que les atteintes à la santé sont à l'origine de douleurs lombaires et de la hanche droite, avec toutefois une mobilité de la hanche conservée. Ce faisant, le Dr J._____ n'énonce pas d'autres restrictions fonctionnelles à celles des précédents rapports au dossier, en particulier l'expertise pluridisciplinaire au D._____ de février 2007. Dans le rapport du 27 avril 2016 il n'est de surcroît attesté aucun élément nouveau postérieur à l'expertise des spécialistes du D._____ ; le Dr J._____ ne décrit en particulier pas de suivi hospitalier d'urgence, dont il n'y a d'ailleurs pas trace au dossier, hormis un banal contrôle radiologique du 25 janvier 2016 sans particularités. Il n'est également pas fait état d'un renforcement du suivi ambulatoire en cabinet privé, notamment par la prescription de nouveaux médicaments en lien avec les douleurs rapportées, l'actuel traitement se résumant à la prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires en réserve.

En tout état de cause, le Dr J._____ ne fait mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de son analyse d'avril 2016. Ce faisant,

il ne rend pas plausible une péjoration de l'état de la situation musculo-squelettique fonctionnelle du recourant – les atteintes ostéo-articulaires observées existaient déjà toutes au moment de l'expertise du D. _____ dont les conclusions ont par ailleurs été jugées probantes par la Cour de céans (CASSO AI 459/09 – 192/2011 du 29 avril 2011, consid. 3) – et ne justifie pas la reprise de l'instruction du dossier par l'intimé. On doit dès lors considérer qu'il n'est pas fait état en l'espèce de renseignements médicaux justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. En refusant la reprise de l'instruction du dossier à l'occasion de la deuxième demande de rente et/ou de mesures d'ordre professionnel, la décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable.

5. Au surplus, il convient de préciser que le rapport établi par les Drs C. _____ et F. _____ le 6 septembre 1994 ne saurait être pris en compte dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'il a été produit uniquement lors de la présente instance de recours, soit postérieurement au prononcé de la décision litigieuse du 2 mars 2017. Au regard de l'objet du litige, l'examen du juge des assurances est en effet d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. consid. 3b supra).

6. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 4 al. 1 et 2 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative, RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la cause, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressé, au demeurant non assisté par un avocat, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 2 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de U._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- U. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :