

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} mai 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Pascale Botbol, avocate à Nyon,

et

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

Art. 53 al. 2 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse d'origine tunisienne, né en 1958, a travaillé comme préparateur-livreur auprès de la société J. _____ SA, active dans la distribution de fruits et légumes jusqu'au 31 juillet 1998, date à compter de laquelle il s'est retrouvé en incapacité totale de travailler.

Le 10 août 1998, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi de moyens auxiliaires et de mesures médicales de réadaptation. Il a indiqué souffrir, suite à un accident, de séquelles importantes à la cheville gauche depuis l'âge de 3 ans.

Dans un rapport du 15 septembre 1998 à l'OAI, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré présentait de très importantes séquelles de poliomyélite au membre inférieur gauche où il existait un varus équin important avec une instabilité de la cheville en rapport avec l'atteinte paralytique et une laxité ligamentaire. Afin de préserver la capacité de gain, le Dr D. _____ proposait dans un premier temps le port d'une attelle « aircast » pour stabiliser et améliorer la position du talon et dans un deuxième temps, un allongement du tendon d'Achille, une arthrolyse tibio-astragaliennne postérieure, une stabilisation de la cheville et une éventuelle arthrodse sous astragaliennne, ainsi que le port d'une prothèse de positionnement et de stabilisation.

Le 27 juillet 2000, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession, indiquant être en incapacité de travail depuis le 18 janvier 2000.

Dans un rapport à l'OAI du 28 août 2000, le Dr D._____ a indiqué que l'assuré avait subi, le 18 janvier 2000, une arthrodèse, une ténotomie de l'aponévrose plantaire du pied gauche et, le 21 mars 2000, une arthrolyse postérieure tibio-astragaliennne et astragalo-calcanéenne ainsi qu'un allongement du tendon d'Achille au pied gauche, précisant que l'évolution de ces deux interventions était favorable. Selon ce praticien, la capacité de travail de l'assuré était nulle en tant que chauffeur-livreur et un reclassement professionnel était recommandé du fait de son handicap au niveau du membre inférieur gauche, de ses aptitudes intellectuelles et de sa bonne volonté, étant précisé qu'un travail debout prolongé ou impliquant un port de charge n'était pas recommandé.

Dans un rapport du 29 janvier 2001, le Dr D._____ a indiqué que l'assuré était toujours en incapacité de travail depuis le 17 [recte : 18] janvier 2000 du fait de l'impossibilité de reprise du travail de chauffeur-livreur, que son état de santé s'améliorait et que le traitement était terminé. Selon lui, le travail était possible à 100% dans une activité adaptée, plutôt en position assise et sans port de charge.

Dans un rapport initial du 16 mai 2001, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a indiqué que l'assuré occupait provisoirement un poste d'opérateur de saisie auprès de J._____ SA, dont le directeur s'était déclaré prêt à prendre en charge l'intéressé afin de le former dans le domaine administratif, plus particulièrement dans la gestion des commandes, factures et livraisons. Il a précisé que des cours de base en informatique et des cours de comptabilité simple étaient nécessaires.

Par décisions des 22 et 23 mai 2001, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il prenait en charge des mesures professionnelles sous forme d'un reclassement du 1^{er} juin 2001 au 31 mai 2002, comprenant notamment des cours d'informatique de base et des cours de comptabilité.

Dans un rapport médical intermédiaire à l'OAI du 7 mai 2002, le Dr D. _____ a indiqué ce qui suit :

« M. M. _____ signale la présence de douleurs lors de la position assise prolongée. N'a pas terminé sa formation de comptable du fait de difficultés de compréhension et d'apprentissage. L'arrêt de cet apprentissage n'est pas dû à des problèmes d'aptitude physique. Il me semble étonnant que l'on propose au patient un apprentissage de comptabilité alors qu'il ne semble pas avoir un bagage scolaire suffisant pour suivre cette formation. Actuellement il travaille à 50% ce qui lui convient. Du fait du jeune âge du patient, il faut absolument lui trouver une occupation adaptée qu'il puisse effectuer à 100% ».

On extrait ce qui suit du rapport intermédiaire de la division administrative de l'OAI du 4 juin 2002 :

« Le 31 mai dernier, M. M. _____ est arrivé au terme de sa formation de gestionnaire administratif de commerce de détail.

Le bilan de fin de formation, que nous avons dressé avec le responsable administratif de l'entreprise J. _____, démontre que notre assuré peut aujourd'hui travailler dans différentes tâches administratives liées à l'exploitation de l'entreprise. Les activités confiées consistent en de la saisie de commandes via l'informatique, la gestion de bons et coordination de commandes téléphoniques.

Si M. M. _____ a rencontré quelques difficultés lors des cours de comptabilité effectués aux [...] (cours 1), il a toutefois pu acquérir une bonne pratique dans les tâches mentionnées ci-dessus. Le cours 2 prévu de comptabilité avancée n'a donc pas été effectué.

Pour la maison J. _____, un contrat de travail va pouvoir être établi en faveur de notre assuré à dater du 1^{er} juin 2002. Toutefois, ne disposant pas actuellement d'un poste à 100%, l'activité confiée à M. M. _____ ne représente qu'un mi-temps.

Pour l'intéressé, et comme il l'a démontré durant les derniers mois passés en entreprise, son état de santé ne lui permet pas aujourd'hui de travailler à plus de 50%. Il se contente donc du poste présenté par J. _____.

Lors de notre entretien du 23 mai dernier, nous avons expliqué à notre assuré, qu'en l'état, et compte tenu des derniers éléments fournis le 7 mai par son médecin traitant le Dr D. _____, nous ne pouvions le suivre sur sa demande, ce praticien relevant « actuellement il travaille à 50% ce qui lui convient. Du fait du jeune âge du patient, il faut absolument lui trouver une occupation adaptée qu'il puisse effectuer à 100% ».

Nous avons donc informé M. M. _____ que nous ne pourrions le soutenir dans sa demande d'un travail à mi-temps, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée de type sédentaire telle que celle qu'il effectue chez J. _____ lui étant reconnue.

Nous assuré précise qu'il lui est impensable de pouvoir travailler à plus de 50 %, il lui est nécessaire de disposer de temps de repos importants, les douleurs à la cheville, même en position assise, étant conséquentes.

Compte tenu de la position de notre assuré et en regard de l'avis du DrD. _____, nous poursuivons l'étude de ce dossier par une approche théorique de la capacité de gain basée sur une exigibilité de 100 % dans un travail adapté de type sédentaire.

Nous souhaiterions préciser que, contrairement à ce que relève le Dr D. _____ dans son rapport du 7 mai 2002, il n'a jamais été question que M. M. _____ entreprenne « un apprentissage de comptable ». Le projet visait une formation pratique de type administratif dans une entreprise de commerce de détail. Les cours de comptabilité mis sur pied visaient à lui apporter quelques connaissances de base, l'entier de la formation étant de type pratique en emploi [...] ».

Par décision du 25 septembre 2002, confirmant un projet du 25 juillet 2002, l'OAI a constaté que l'assuré avait accompli avec succès sa formation de gestionnaire administratif de commerce de détail, qu'il disposait d'une capacité de travail de 100% et qu'il était considéré comme réadapté du point de vue professionnel et qu'il réalisait, de ce fait, un revenu excluant le droit à la rente.

L'assuré n'a pas recouru contre cette décision, laquelle est entrée en force.

Il a continué de travailler pour J. _____ SA - à 50% dans son activité de chauffeur livreur et à 50% dans le poste administratif - jusqu'en janvier 2013, date à laquelle il a été licencié du fait qu'il n'était définitivement plus en mesure d'assumer son poste de chauffeur-livreur.

b) Le 18 février 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir de la cheville gauche opérée en 2000 et de diabète.

Par courrier du 8 mars 2013, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de trente jours pour produire un rapport médical ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

L'assuré n'ayant pas procédé dans le délai imparti, l'OAI a, par décision du 27 mai 2013 confirmant un projet du 17 avril 2013, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que l'intéressé n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 25 septembre 2002.

c) Le 21 avril 2016, l'assuré, par l'intermédiaire du centre social régional de [...], a déposé une communication de détection précoce, faisant état d'une incapacité de travail totale depuis début 2015 consécutive à divers problèmes de santé, soit un diabète et un problème orthopédique à la cheville gauche.

Le 3 août 2016, l'OAI a réceptionné un rapport du même jour émanant du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Centre hospitalier S._____, (ci-après : Centre hospitalier S._____), dont on extrait ce qui suit :

« **Diagnostics - Antécédents - Interventions**

- Séquelles de poliomyélite au MIG [membre inférieur gauche] avec status post allongement des tendons d'Achille, arthrodèse talo-naviculaire et sous-taliennne à gauche.
- Arthrose varisante de cheville avec varus équin fixe séquellaire de poliomyélite au MIG et douleurs persistantes depuis l'opération de 2000.

Anamnèse

Patient de 58 ans, ne travaillant plus depuis 2013, ayant travaillé comme chauffeur livreur dans les fruits et légumes. Il est actuellement inscrit au social. Il va effectuer une demande AI et espère avoir une rente au vu de l'atteinte séquellaire à son MIG.

Actuellement le patient marche avec des chaussures orthopédiques de ville avec des supports plantaires sur mesure.

Il arrive à marcher maximum une demi-heure en terrain plat, douleurs en terrain irrégulier, à la montée et descente et n'arrive pas à rester debout plus de 1 h d'affilée. Il présente donc une arthrose varisante et équin fixe de sa cheville gauche symptomatique pour laquelle nous proposons une prise en charge chirurgicale.

Status

Du point de vue clinique il a un équin fixe de 15° dans sa cheville qui n'a quasiment plus de mobilité. Il présente des hyperkératoses en regard des têtes de M1 à M5, des griffes souples des petits orteils. Pas de trouble NV. Un état cutané en ordre.

Problèmes et attitude

Nous voyons le patient avec le Dr H._____.

Nous lui proposons une prise en charge chirurgicale sous forme d'arthrodèse redressante et correctrice de sa cheville gauche par voie antérieure associée à l'AMO de la vie talo-naviculaire.

En fin d'intervention afin d'équilibrer l'avant-pied, nous effectuerons une ostéotomie d'extension de M1 probablement associée à une correction des griffes des petits orteils.

L'opération sera suivie de 3 mois d'immobilisation plâtrée. La feuille de consentement est signée pour une opération selon nos meilleurs délais ».

Le 12 septembre 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, se référant, s'agissant de son état de santé, au rapport médical du 3 août 2016.

Dans un avis du 8 novembre 2016, le Dr C. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a considéré ce qui suit :

« [...] Les limitations fonctionnelles reconnues par l'OAI VD sont : activité légère, sédentaire, sans station debout prolongée et sans port de charges (REA 16 mai 2001). L'activité adaptée est décrite dans le rapport des conseillers du 4 juin 2002 et des pièces suivantes.

Les pièces médicales versées au dossier dans le cadre de la présente demande ne sont pas de nature à modifier les limitations fonctionnelles retenues ni la capacité de travail dans une activité adaptée telle que décrite antérieurement.

Nous vous proposons de prononcer un refus d'entrée en matière ».

Par projet de décision du 14 novembre 2016, l'OAI a indiqué à l'assuré son intention de refuser d'entrer en matière sur sa 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 décision du 25 septembre 2002.

Par courrier du 5 décembre 2016 à l'OAI, l'assuré a invoqué divers problèmes de santé et plus particulièrement des séquelles au pied gauche suite à deux opérations, un diabète nécessitant une surveillance par glycémie capillaire accrue et une hypertension artérielle. Il a produit notamment un certificat médical du Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre hospitalier S. _____, attestant une incapacité de travail totale à compter du 4 octobre 2016 pour une durée de quatre mois, ainsi que des arrêts de travail à 100% du 12 novembre 2015 au 30 septembre 2016 signés par la Dresse Q. _____, spécialiste en médecine interne générale.

Le 10 janvier 2017, l'OAI a réceptionné un rapport médical du même jour du Dr L. _____ posant les diagnostics de « status post arthrodèse redressante de la cheville gauche, ténotomie percutanée d'Achille, ostéotomie d'élévation de M1, correction de griffes souples O2-3-4 à gauche le 30.9.2016 » et de « contexte de séquelles de poliomyélite

au MIG et arthrodèse talo-naviculaire sous-talienne gauche » et retenant pour le surplus ceci :

« **Anamnèse**

Bonne évolution à 3 mois post-opératoires. Ablation du plâtre ce jour. Début de physiothérapie. Reconditionnement à la marche, sevrage des cannes, tonification musculaire. Je prescris au patient des chaussures orthopédiques de série avec un lit plantaire sur mesure, 4/4 fins, matière amortissante, soutien de l'arche longitudinale interne, décharge des zones d'hyper-appui, coussin amortissant sous les têtes métatarsiennes et pelotes rétrocapitale. Chaussures orthopédiques de série montantes, stabilisatrices, barre de déroulement.

Le patient est à l'arrêt de travail à 100% jusqu'au 4 février 2017.

A mon sens le patient ne pourra plus jamais retravailler comme chauffeur-livreur. Je demande au médecin conseil de l'Office invalidité de réévaluer les possibilités de réinsertion professionnelle en envisageant plutôt un travail en position assise, debout alternée.

Je prévois de revoir le patient pour un contrôle clinique et discuter de la reprise du travail le 13.2.2017.

Un nouveau contrôle radiologique sera effectué à 6 mois de l'intervention.

En espérant que d'ici le prochain contrôle du 13 février 2017 le patient aura bénéficié de son chaussage adapté et aura une réponse de votre médecin conseil.

N.B. Le patient a été refusé au chômage car inapte à un travail en raison de son MIG ».

Par décision du 11 janvier 2017, l'OAI a confirmé son projet du 14 novembre 2016 et refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré.

Le Dr L._____ a réagi à cet envoi le 15 février 2017 dans un courrier adressé à l'OAI, dans lequel il a déclaré ne pas comprendre comment l'assuré pourrait à nouveau travailler comme chauffeur-livreur à 100% dans une activité adaptée, ni comment l'activité de chauffeur-livreur pourrait être adaptée.

B. Par acte du 9 février 2017, M._____ a recouru contre la décision du 11 janvier 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation. Il fait valoir que son état de

santé s'est péjoré après deux opérations importantes et à cause de son diabète chronique.

Dans sa réponse du 4 avril 2017, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il allègue que les éléments amenés par l'assuré dans son recours, ainsi que dans son opposition du 5 décembre 2016, ne rendent pas plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits depuis la décision de 2002.

Par réplique du 10 mai 2017, le recourant, désormais assisté de Me Pascale Botbol, confirme ses conclusions. Il requiert à titre préalable d'ordonner une expertise judiciaire afin de déterminer ses capacités de gain résiduelles réelles. Il soutient avoir démontré une aggravation de son état de santé, plus particulièrement s'agissant de ses problèmes orthopédiques, soulignant que le fait de ne plus du tout pouvoir bouger la cheville à une incidence sur sa capacité de travail. Il fait également valoir qu'il ne possède pas les compétences professionnelles que lui attribue l'OAI dans le domaine administratif ensuite de sa reconversion professionnelle survenue en 2001 et que cela justifie que l'OAI reconsidère sa décision du 25 septembre 2002, ou à tout le moins, le renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il se penche sur la question, quand bien même une demande de reconsidération ne ressort pas formellement du recours.

Dans sa duplique du 30 mai 2017, l'OAI persiste dans ses conclusions et précise qu'il n'entrera pas en matière sur la demande de reconsidération.

Par courrier du 17 octobre 2017, l'OAI a transmis à la Cour de céans un rapport du Dr L. _____ du 3 octobre 2017, considérant qu'il ne change rien à ses prises de positions précédentes, dont on extrait ce qui suit :

« **Conclusions :**

Bonne évolution

Contrôle Radio-clinique en ordre.

En mon sens, il est clair que le patient ne pourra plus jamais travailler dans son ancien emploi de vendeur livreur. Il ne peut pas porter de charge de plus de 10 kg, a du mal à marcher dans les escaliers, à la montée-descente.

Il ne peut pas rester debout plus d'une heure de suite. Il doit surélever le pied G [gauche] au moins 1x/heure.

Je demande au médecin conseil de l'AI de se prononcer quant à la rente dont le patient pourrait bénéficier.

Pour ma part je propose un contrôle radio-clinique dans 6 mois.

Plan de traitement :

Je prolonge l'AT à 100% à durée indéterminée.

Jusqu'à ce que l'AI se prononce ».

Dans ses déterminations du 10 novembre 2017, le recourant relève que le rapport précité confirme une aggravation de son état de santé.

E n d r o i t :

1. a) 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, sous réserve de dérogations expresses (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 en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 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).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable en l'espèce. La Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'occurrence, le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande déposée le 12 septembre 2016, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant de nature à modifier son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI 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 prévues à l'al. 2 sont remplies.

b) Selon la jurisprudence, 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 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.3.1 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a ; cf. TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.1). 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 ; cf. TFA I 716/03 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'entrer en matière. À 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_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 ; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3).

c) Dans l'arrêt précité du 16 janvier 2004, le Tribunal fédéral des assurances a rappelé qu'il avait modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'appliquait pas à cette procédure (TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et réf. cit.). Eu

égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI 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 (art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et réf. cit.).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, 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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.3 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n°3100 p. 840 s.).

d) Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, 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 au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1).

e) On précisera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et ATF 130 V 71 consid. 3.2).

4. a) En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision du 25 septembre 2002 - entrée en force dès lors qu'elle n'a pas fait l'objet d'un recours - niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et la décision litigieuse du 11 janvier 2017, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 12 septembre 2016. Il faut donc se limiter, en vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI, a rendu plausible une modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit aux prestations d'invalidité. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

Dans ce prolongement, et dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans n'a pas à mettre en œuvre une expertise ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction.

b) A l'appui de sa demande du 12 septembre 2016, le recourant a produit un rapport médical du Dr L._____ du 3 août 2016, posant les diagnostics de séquelle de poliomyélite au membre inférieur avec status post allongement des tendons d'Achille, arthrodèse talo-naviculaire et sous-talienne à gauche et d'arthrose varisante de cheville avec varus équin fixe séquellaire de poliomyélite au membre inférieur gauche, précisant que ces atteintes nécessitaient une prise en charge chirurgicale, qui a finalement eu lieu en septembre 2016 (cf. rapports du Dr L._____ des 10 janvier et 15 février 2017). Dans son rapport du 3 octobre 2017, le Dr L._____ a également indiqué que l'évolution était favorable. Ce praticien a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité habituelle de chauffeur-livreur.

Or il ne ressort pas des documents produits par le recourant que celui-ci aurait présenté une aggravation de ses troubles physiques depuis la décision du 25 septembre 2002. Contrairement à ce qu'invoque ce dernier, les problèmes orthopédiques dont il se prévaut - qu'il ne s'agit au demeurant pas de nier ou de minimiser - se recourent avec ceux déjà présents lors de la décision de 2002. Le fait que ces atteintes aient justifié une nouvelle intervention chirurgicale n'y change rien. En effet, les limitations fonctionnelles découlant des atteintes orthopédiques du recourant - activité légère, sédentaire, sans station debout et sans port de charge - ont déjà été prises en compte dans la décision de refus de rente du 25 septembre 2002 et ne sont pas de nature à remettre en cause l'entière capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée. A cet égard, on soulignera que, contrairement à la compréhension du Dr L._____, il n'a jamais été question d'exiger du recourant qu'il mette à contribution sa capacité de travail dans l'activité de chauffeur-livreur, laquelle est précisément considérée comme inadaptée à ses limitations fonctionnelles.

S'agissant du diabète et de l'hypertension artérielle dont se prévaut le recourant pour justifier une aggravation de son état de santé, force est de constater qu'ils ne sont attestés par aucun rapport médical.

En d'autres termes, les allégations non étayées du recourant ne permettent pas de retenir que ces atteintes le limiteraient de quelque façon que ce soit, dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c) Compte tenu de ce qui précède, c'est ainsi à juste titre que l'intimé a considéré que le recourant n'avait pas établi de façon plausible une modification de la situation propre à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, et qu'il n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

5. Subsidiairement, le recourant invoque que les conditions d'une reconsidération procédurale au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA sont réalisées et qu'il convient donc de revenir sur la décision entrée en force du 25 septembre 2002.

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

Toutefois, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre ni, à plus forte raison, lui prescrire, à défaut d'une règle positive, les modalités d'un tel examen (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et réf. cit. ; ATF 119 V 180 consid. 3b ; TF 9C_836/2010 du 20 mai 2011 consid. 3.2, in SVR 2011 EL n° 8 p. 25 ; TF 9C_517/2011 du 12 septembre 2011 ; cf. également Ueli Kieser, op. cit., ad art. 53 LPGA n°44 p. 681).

Il suit de là que, même à supposer que les conditions d'une reconsidération soient remplies – ce qui resterait à démontrer –, la Cour de

céans ne peut pas contraindre l'office intimé à reconsidérer sa décision, à défaut d'une règle positive prescrivant les modalités d'un tel réexamen.

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision querellée.

b) Le recourant ne peut prétendre à de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

c) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ)

En l'espèce, Me Botbol a produit, le 18 janvier 2018, une liste de ses opérations jusqu'au 31 décembre 2017, faisant état de 8 h 50 de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 1'717 fr. 20 y compris la TVA et de débours par 108 francs. Par décision du 30 janvier 2018, considérant que les opérations effectuées rentraient globalement

dans le cadre du bon accomplissement du mandant, la juge instructrice a fixé l'indemnité d'office de Me Botbol à 1'717 fr. 20 – TVA comprise – pour la période du 6 mars au 9 novembre 2017, la décision sur les débours étant réservée lors de la taxation finale. Me Botbol n'ayant pas déposé de liste des opérations complémentaire dans le délai qui lui était imparti au 19 avril 2018, il se justifie par conséquent de statuer uniquement sur les débours. Ceux-ci s'inscrivant raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1), une indemnité de 116 fr. 65 (108 fr. plus TVA à 8%) pour les débours est allouée à Me Botbol (art. 3 al. 3 RAJ).

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

- I.** Le recours déposé le 9 février 2017 est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Les débours alloués à Me Pascale Botbol, conseil du recourant, sont arrêtés à 116 fr. 65, TVA comprise.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Pascale Botbol (pour M. _____),
- 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 :