

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juillet 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Thalmann et Pasche, juges
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 53 al. 1 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 RAI.

E n f a i t :

A. Le 19 mai 2010, H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, au bénéfice d'un CFC [certificat fédéral de capacité] d'employé de commerce, 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). A l'appui de sa demande, il faisait valoir qu'il souffrait d'une tendinite aux tendons d'Achille. Sous la rubrique « Activité principale ou à temps partiel », l'assuré avait écrit « Travaux acrobatiques, indép. 100 % ».

Dans un rapport du 26 mars 2009 produit au dossier de l'OAI, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment indiqué qu'une IRM du tendon d'Achille droit et du pelvis réalisée le 10 février 2009 avait permis de poser le diagnostic de tendinopathie achilléenne avec déchirure interstitielle de la face profonde, infiltration des tissus mous voisins et d'œdème calcanéen focal. S'agissant du bassin, le Dr X. _____ faisait état de possibles séquelles d'un hématome très ancien, en grande partie organisé. L'évolution était hautement défavorable sur le plan biopsychosocial, le patient montrant à nouveau des signes d'angoisse, comparables à ceux que le médecin avait observés en 2002. Sur le plan professionnel, le Dr X. _____ expliquait que l'assuré avait semble-t-il exercé une activité de gardien de piscine, puis des mandats sur des chantiers particuliers nécessitant de travailler encordé. Depuis l'apparition des phénomènes de tendinite, son patient était sans emploi.

Le 16 juin 2010, le Dr X. _____ a informé l'OAI que le traitement d'ondes de choc instauré s'était révélé faiblement efficace. La dernière consultation avait eu lieu le 16 mars 2009.

Dans un rapport du 15 novembre 2010, la Dresse W. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de tendinite chronique du tendon d'Achille, de

personnalité anxieuse (évitante) avec trait de personnalité émotionnellement labile, de difficultés liées à l'enfance malheureuse (événements entraînant une perte de l'estime de soi) et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient une rupture du ligament croisé du genou gauche, une entorse bi-malléolaire de la cheville droite et une entorse et contusion de l'épaule droite. Selon la Dresse W._____, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle de l'assuré, à savoir l'exécution de travaux spéciaux en rappel.

Dans un avis médical du 6 décembre 2010, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a considéré que les troubles ostéo-articulaires pour lesquels l'assuré avait été suivi par le Dr X._____ n'étaient pas de nature à entraver une activité d'employé de commerce de façon durable. Sur le plan psychique, le Dr R._____ était d'avis que le trouble de la personnalité, s'il était constitué, existait depuis l'adolescence et n'avait pas interféré avec la formation professionnelle et l'intégration durable de l'assuré dans le monde de l'économie, ni dans sa vie sociale, l'intéressé ayant fondé une famille et ayant été marié pendant plus de quinze ans. Dans ces circonstances, le Dr R._____ estimait qu'il n'existait pas d'éléments médicaux permettant de retenir une quelconque influence sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité d'employé de commerce.

Le 30 juin 2011, l'OAI a procédé à un examen de la situation professionnelle de l'assuré en tant qu'indépendant. Il a en a conclu que le revenu sans invalidité déterminant était de 51'325 fr. brut pour l'année 2009.

Dans un rapport du 26 mars 2012, la Dresse W._____ a considéré que la capacité de travail de l'assuré était toujours nulle dans son activité habituelle mais que dans une activité adaptée, elle était « dès que possible à 100 % ». Elle préconisait une place de travail structurée, calme, non dysfonctionnelle et précisait qu'il existait des limitations de la

capacité physique liées à l'âge et à la pratique de travaux lourds dans le passé.

Dans son rapport du 11 avril 2012, le Dr R. _____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle et que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans usage prolongé de la force et permettant l'alternance des positions, elle était de 100 %. Le Dr R. _____ écrivait en outre ce qui suit :

« Assuré de 50 ans, divorcé depuis 2010, 1 enfant, titulaire d'un CFC d'employé de commerce.

La dernière activité de l'assuré semble s'être effectuée dans le bâtiment et dans un contexte encordé proche des exigences de l'escalade d'après les rapports des gestionnaires.

Une telle activité n'est plus exigible.

Les diagnostics psychiatriques évoqués existent de longue date et sans doute depuis le début de l'âge adulte. Les médecins de l'assuré n'ont pas cru bon de l'adresser dans une consultation psychiatrique et il n'y a pas d'antécédent d'hospitalisation en milieu spécialisé. Ils n'ont pas empêché l'assuré d'exercer sa profession dans le bâtiment ou celle de gardien de piscine ou de professeur de ski ni de pratiquer la gymnastique artistique. Il a aussi travaillé comme enseignant remplaçant en milieu scolaire. Ces problèmes psychiatriques ne sont donc pas de nature à entraver non plus une activité de type employée de commerce.

Le Dr X. _____ demande depuis 2010 un reclassement professionnel.

Par contre dans une activité adaptée telle celle d'employée de commerce la CT est entière depuis toujours »

Par courrier du 19 avril 2012, l'OAI a informé l'assuré du fait que les conditions du droit au placement étaient remplies, et qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis.

Par projet de décision du 25 avril 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré son intention de rejeter sa demande de prestations. L'OAI considérait que l'assuré présentait une incapacité de travail et de gain totale dans son activité habituelle, mais que dans une activité adaptée à

ses limitations fonctionnelles, soit une activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans usage prolongé de la force et permettant l'alternance des positions, sa capacité de travail était de 100 %. Procédant ensuite à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a conclu que le revenu que l'assuré pourrait réaliser dans une activité adaptée était plus élevé que celui qu'il pourrait réaliser dans son activité habituelle. Il n'y avait dès lors pas de préjudice économique.

Par décision du 5 juin 2012, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, pour les motifs invoqués dans son projet du 25 avril 2012.

Par courrier du 1^{er} février 2013 à l'assuré, l'OAI a pris note des déclarations de ce dernier selon lesquelles la mesure d'aide au placement ne lui serait d'aucune utilité et l'informait que son dossier était clos.

B. Le 17 août 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'OAI, invoquant des tendinites chroniques des pieds et des troubles psychiques.

Par courrier du 18 août 2016, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de trente jours pour qu'il lui fasse parvenir un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, l'avertissant qu'à défaut, une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée. L'assuré n'a pas donné suite à ce courrier.

Par projet de décision du 29 septembre 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, considérant que l'intéressé n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Pour l'OAI, il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait, raison pour laquelle il ne pouvait entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré.

Le 21 octobre 2016, l'assuré a écrit un courrier à l'OAI, dont la teneur était la suivante :

« J'accuse bonne réception de votre courrier du 29 septembre 2016 qui m'informe que le projet de décision est une non entrée en matière.

Je souhaite par ce courrier apporter un certain nombre de précision afin que vous puissiez reconsidérer votre décision.

Je suis suivi depuis 2010 par Monsieur E._____, psychologue en psychothérapie déléguée par la Dresse W._____ et par la Dresse J._____ depuis début 2016. Les motifs m'ayant conduit à demander de l'aide sont les suivants :

- État d'angoisse et dépressif permanent.
- Difficultés relationnelles dans tous les domaines de la vie (familial, social, professionnel) dont les conséquences sont un isolement social total actuellement.
- Etat de souffrance et d'angoisse qui n'a jamais été traité depuis l'enfance et qui m'a occasionné d'énormes difficultés à pouvoir suivre ma scolarité ainsi que ma formation professionnelle.
- Incapacité à me confronter et à m'engager dans une activité professionnelle pour ces mêmes raisons.
- Incapacité à supporter toute forme de pression de performance.

L'ensemble de ces difficultés m'accompagnent depuis l'enfance. Marié et avec le soutien de mon ex épouse, j'ai pu tant bien que mal contenir cet état psychique et assumer un temps un emploi de garde bain à la piscine de [...] à [...] (1997-2000). Lors de mon divorce (2004), qui résulte également de mes problèmes, mon état psychique s'est fortement aggravé.

Après une période d'intense dépression, j'ai tenté de retrouver une activité. Dans l'incapacité de me confronter au monde du travail, j'ai assumé un emploi de cordiste (travaux d'accès difficile avec du matériel d'alpinisme par ex : consolidation de parois rocheuses, stabilisation de terrain, intervention après éboulement) de 2003 à 2008 comme indépendant.

Les conséquences ont été une atteinte importante au niveau des tendons d'Achille. Cela associé à mes troubles psychiques font que depuis lors, je suis dans l'incapacité d'avoir une activité professionnelle normale me permettant de m'assumer financièrement.

Je dépends donc de l'Aide Sociale depuis août 2008.

En 2010, à la demande de mon assistante sociale, j'ai déposé une première demande de mesures pour une réadaptation professionnelle qui a été refusée.

Malgré l'accompagnement de mon psychologue, je n'ai jamais pu avant cette année évoquer avec qui que ce soit mes difficultés psychiques. Je dois cependant admettre que cet état psychique a conditionné ma vie depuis mon enfance et m'a empêché d'intégrer le monde du travail malgré une réelle volonté. C'est pour ses raisons que je me suis résolu à déposer une demande de rente.

Pour tout ce qui précède, je vous demande de bien vouloir contacter ma psychiatre

Dresse J. _____

[...]

qui pourra vous donner des explications médicales à ma situation afin de pouvoir reconsidérer ma demande de rente. Je ne vois pas d'issue actuellement à ma situation.

[...] »

Par courrier du 3 novembre 2016, l'OAI a rappelé à l'assuré qu'il lui incombait de fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité. Il lui impartissait un délai au 3 décembre 2016 pour lui faire parvenir un rapport médical de la Dresse J. _____.

Dans un rapport du 28 novembre 2016 adressé à l'OAI, la Dresse J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec caractéristiques relevant des troubles de la personnalité paranoïaque, anankastique, dyssoziale, émotionnellement labile type impulsif et type borderline, ainsi que de trouble anxieux et dépressif mixte permanent. Sous la partie « Discussion » de ce rapport, la Dresse J. _____ écrivait ce qui suit :

« Rappelons que Monsieur H. _____ a été réformé de l'armée en 1988 suite à une expertise psychiatrique ; ses troubles étaient déjà présents comme jeune adulte.

C'est un marginal qui vit sa vie en solitaire. Son parcours est atypique. Il s'est longtemps battu pour trouver des niches dans lesquelles il a pu fonctionner tant bien que mal malgré ses angoisses, sa faible estime de lui-même, son impulsivité, sa difficulté à être en contact avec les autres, son sentiment permanent de préjudices.

Il est sans cesse sur ses gardes, sur la défensive ; ceci le rend interprétatif, comme si l'autre allait inévitablement lui être hostile. En conséquence, ses réactions sont souvent très inadéquates. Il a honte de lui-même, de son parcours.

Il oscille entre un profond désespoir et une intense révolte contre le monde extérieur.

Les seuls moments, le seul endroit où il se sente relativement calme et à sa place, c'est en équilibre sur sa slackline, complètement concentré sur ses sensations corporelles.

Depuis 2008, ses angoisses ont été trop importantes pour qu'il puisse continuer à chercher à s'insérer dans le monde du travail.

Il est en mesure de fournir quelques heures de travail par jour, mais seulement dans des conditions où il définit lui-même ses horaires et sa manière de faire ; à la moindre intervention de quelqu'un d'autre, le sentiment de préjudice, la rage, l'impulsivité explosent et la rupture brutale est la seule issue possible.

Cette réalité-là n'est pas compatible avec une intégration dans le monde du travail et une autonomie financière. Cette réalité n'est pas compatible non plus avec une intégration dans un atelier protégé. »

Pour la Dresse J._____, la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis août 2008.

Dans un avis médical du 6 janvier 2017, le SMR, sous la plume du Dr R._____, a notamment estimé que les tendinites à répétition des pieds et le trouble de la personnalité avaient été pris en compte dans l'instruction initiale. S'agissant du trouble anxieux et dépressif mixte permanent, le Dr R._____ a considéré qu'il s'agissait d'une comorbidité psychiatrique qui n'était pas de nature à justifier une incapacité de travail durable dans l'économie. Il ajoutait qu'aucune aggravation n'était démontrée ou même évoquée depuis la décision du 5 juin 2012 et qu'il convenait de conclure que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était inchangée depuis lors.

Par décision du 17 janvier 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée par l'assuré, pour les motifs évoqués dans son projet de décision du 29 septembre 2016.

C. Par acte du 17 février 2017, H._____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours à l'encontre de la décision du 17 janvier 2017, concluant à l'annulation de celle-ci, à ce que l'intimé soit condamné

à entrer en matière sur sa demande de prestations, et au renvoi du dossier de la cause à l'OAI à cette fin. A l'appui de son écriture, le recourant fait valoir qu'il a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision du 5 juin 2012, de sorte que l'OAI ne pouvait refuser d'entrer en matière. Il explique notamment que dans le cadre de cette première décision, le caractère invalidant des troubles psychiatriques avait été nié et que les diagnostics retenus sur le plan psychique n'étaient pas les mêmes que ceux posés par la Dresse J._____. Il précise également qu'il ne bénéficiait alors d'aucun suivi psychiatrique, contrairement à la période actuelle. Subsidiairement, le recourant soutient que si l'hypothèse d'une entrée en matière sur la base de l'art. 17 LPGA devait être refusée, il conviendrait de condamner l'intimé à entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations sur la base de l'art. 53 a. 1 LPGA, les conditions d'une révision procédurale étant selon lui réalisées.

Dans sa réponse du 28 avril 2017, l'intimé, se fondant sur l'analyse du SMR du 6 janvier 2017, a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

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 prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

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

c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours formé par H. _____ est ainsi recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée formellement par le recourant le 17 août 2016. Cette décision fait suite à la décision du 5 juin 2012, aux termes de laquelle l'OAI a rejeté la demande de prestations de H. _____ au motif que ce dernier ne subissait pas de préjudice économique du fait de son atteinte à la santé. Il conviendra donc de se prononcer sur le point de savoir si l'assuré a rendu plausible une modification significative de l'état de fait, en l'occurrence une aggravation, qui justifierait la révision de son cas depuis le 5 juin 2012, eu égard aux pièces médicales produites devant l'intimé (cf. consid. 3 et 4 infra).

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 (cf. 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 5 juin 2012, entrée en force dès lors qu'elle n'a pas fait l'objet de recours, rejetant la demande de prestations de l'assuré, et la décision litigieuse, 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 formellement par le recourant le 17 août 2016. Il faut donc se limiter, en vertu de l'art. 87 al. 2 et al. 3 RAI, à examiner si H._____, dans le cadre de ses nouvelles 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 à des prestations de l'assurance-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.

b) Sur le plan somatique, on constate en premier lieu que le recourant ne produit aucun rapport médical mentionnant une quelconque aggravation de ses troubles ostéo-articulaires, en particulier de la tendinite chronique du talon d'Achille. Il n'invoque d'ailleurs pas de péjoration de son état de santé à ce niveau-là.

c) Sur le plan psychique, le recourant se réfère à l'appréciation de son psychiatre traitant, la Dresse J._____, laquelle a produit un rapport à l'intention de l'OAI le 28 novembre 2016. Or il ne ressort pas de ce document que le recourant aurait présenté une aggravation de ses troubles psychiques depuis la décision du 5 juin 2012. Contrairement à ce qu'invoque ce dernier, on ne voit pas en quoi le fait qu'il soit suivi depuis mars 2016 par la Dresse J._____ constituerait, en tant que tel, un changement de son état de santé susceptible de modifier son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, surtout que l'intéressé bénéficiait déjà d'un soutien sur le plan psychique depuis 2010 auprès du psychologue E._____. En outre, le fait que la Dresse J._____ pose des

diagnostics différents de ceux retenus à l'époque ne suffit pas, en soi, pour conclure à une modification de l'état de santé du recourant. En réalité, la Dresse J._____ considère que les troubles psychiques dont souffre le recourant et en raison desquels sa capacité de travail serait nulle sont présents de longue date. Depuis 2008, elle estime que les angoisses de l'intéressé sont trop importantes pour qu'il puisse continuer à chercher à s'insérer dans le monde du travail, précisant qu'il est capable de fournir quelques heures de travail par jour, mais seulement dans des conditions où il définit lui-même ses horaires et sa manière de faire. Autrement dit, la Dresse J._____ ne fait pas état d'une modification de l'invalidité de son patient depuis la décision du 5 juin 2012, mais substitue son appréciation à celle réalisée par les médecins lors de la précédente décision, ce qui ne permet toutefois pas d'admettre un motif de révision au sens de l'art. 87 RAI.

d) 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 révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA sont réalisées. Il soutient que le rapport de la Dresse J._____ du 28 novembre 2016 fait état de diagnostics présents depuis 2008 mais qui étaient inconnus lors de la décision initiale. En outre, pour le recourant, ce rapport constitue un moyen de preuve nouveau. A cet égard, il convient de rappeler tout d'abord ce qui suit.

a) Il est vrai qu'une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Cet article dispose que les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur

découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative, de révision d'un jugement cantonal ou de révision d'un arrêt cantonal (TF 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1).

Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 consid. 2.2 ; 127 V 353 consid. 5b ; TF 9C_102/2013 du 10 juillet 2013 consid. 2.2).

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Par exemple, pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas qu'un médecin ou un expert tire ultérieurement des faits connus au moment du jugement principal d'autres conclusions que le tribunal, respectivement l'administration, sur la base d'appréciation émanant d'autres médecins. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être bien plutôt la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels

pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et réf. cit.; TF 8C_501/2014 du 5 août 2015 consid. 2 et réf. cit.; TF 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2 ; TF 8C_422/2011 du 5 juin 2012 consid. 4 et réf. cit.).

b) En l'espèce, la question de savoir si le rapport de la Dresse J._____ constitue un moyen de preuve nouveau, respectivement s'il révèle des faits nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, justifiant une procédure de révision de la décision du 5 juin 2012 ne fait pas l'objet de la présente contestation. En effet, la décision querellée porte uniquement sur le refus d'entrer en matière de l'intimé suite à la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant, refus fondé sur l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, et non sur la demande de révision procédurale invoquée pour la première fois par H._____ dans le cadre de son recours.

Par conséquent, la Cour de céans ne saurait contraindre l'intimé à entrer en matière sur la demande de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Cela étant dit, on considérera que la demande de révision procédurale déposée par H._____ dans le cadre du recours vaut demande formelle auprès de l'intimé. Il appartiendra par conséquent à l'OAI d'examiner cette question et, cas échéant, de rendre une nouvelle décision sur ce point.

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) La procédure est onéreuse. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, compte tenu des circonstances, la présente décision est rendue sans frais. En effet, dans le cas présent, on pouvait attendre de l'OAI qu'à réception du rapport de la Dresse J._____, il se pose la question d'une révision procédurale, cela d'autant plus que les rapports médicaux précédents n'émanaient pas de médecins psychiatres.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 17 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Le dossier de la cause est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin que ce dernier se prononce sur la demande de révision procédurale portant sur la décision du 5 juin 2012.

- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour H. _____),
- 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 :