

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant,

et

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

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

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], gaucher, est agriculteur indépendant à C._____ depuis 199[...]. Le 26 février 2004, après un accident vasculaire cérébral survenu le [...], il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il souffrait d'une paralysie sur le côté gauche.

Dans un rapport du 29 mars 2004, le Dr G._____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics incapacitants d'hémisyndrome sensitivomoteur gauche et troubles neuropsychologiques (troubles attentionnels et gnosiques visuels) sur accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique dans le cadre d'une dissection carotidienne interne droite le 4 janvier 2004 (ERCASS III) et de péjoration de l'hémisyndrome sensitivomoteur gauche le 22 janvier 2004 à la suite d'un accident ischémique transitoire (AIT). Il a également retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de coxarthrose droite sur probable dysplasie congénitale et de discopathie L5-S1. Il a attesté une totale incapacité de travail depuis le 4 janvier 2004.

Renseignant l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 14 avril 2004, le Dr N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a confirmé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'hémisyndrome sensitivomoteur gauche sur AVC ischémique, dans le cadre d'une dissection de la carotide interne droite le 4 janvier 2004. Il a également constaté un accident ischémique transitoire sylvien le 22 janvier 2004 ainsi qu'une tendinite du sus-épineux à l'épaule gauche, restant toutefois sans incidence sur la capacité de travail. Il a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité d'agriculteur depuis le 4 janvier 2004, tout en précisant que l'état de son patient s'améliorait. Le 7 mars 2015, le Dr N._____ a indiqué que l'assuré avait légèrement amélioré la qualité de sa marche et son endurance ; son membre supérieur gauche avait également récupéré une fonction correcte. Il persistait cependant une parésie importante du pied

et des orteils gauches, associée à des troubles sensitifs superficiels et profonds. Le Dr N. _____ estimait à 20% la capacité de travail de l'assuré dans son activité d'agriculteur, susceptible d'être améliorée par le port d'une orthèse de cheville gauche et par une adaptation de ses véhicules agricoles, précisant que l'intéressé avait repris le travail à raison de ce taux depuis le 1^{er} novembre 2004. Le Dr N. _____ précisait encore qu'une autre activité pouvait être exigée, si elle ne nécessitait pas beaucoup de déplacements, ni de port de charge lourde ou fréquent, ni, si possible, des déplacements sur terrain accidenté ou escaliers. Le rendement serait diminué (pourcentage indéterminé) de par la fatigabilité et la diminution de vitesse d'exécution.

L'OAI a pris en charge les frais de chaussures orthopédiques spéciales, de retouches orthopédiques et les coûts d'une orthèse tibiale gauche sur mesure. Il a également financé la transformation des commandes d'embrayage à pied par des commandes manuelles amovibles sur trois tracteurs. L'office a enfin endossé les frais de fourniture et de pose d'un escalier extérieur et d'un escabeau en métal pour accéder de manière sécurisante au treuil palan placé en haut de la grange afin de nourrir le bétail et de réaliser le travail autonome.

Sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'OAI a ordonné une expertise, qu'il a confiée au Dr R. _____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 25 janvier 2006, l'expert a confirmé le diagnostic incapacitant d'hémisyndrome sensitivo-moteur gauche à prédominance crurale résiduel après AVC sur dissection de l'artère carotide interne droite précérébrale le 4 janvier 2004. A l'issue de son examen clinique, le Dr R. _____ a observé que l'assuré présentait indubitablement encore des séquelles non-négligeables de l'hémisyndrome précité, une récupération ultérieure lui paraissant peu probable. Au titre des restrictions fonctionnelles, il a retenu que l'assuré, gaucher contrarié, présentait un manque de force, d'habilité et de contrôle de l'hémicorps gauche. Dans son activité d'agriculteur, il était limité lorsqu'il s'agissait de porter des charges, notamment en se déplaçant, de se déplacer sur un terrain inégal,

d'effectuer des mouvements fins du membre supérieur dominant, de monter et descendre les escaliers et les échelles, de monter sur une machine agricole ou sur un obstacle, de traire les vaches, de donner les soins au bétail et de conduire un véhicule (notamment le tracteur) non automatique. Compte tenu des handicaps retenus et de la perte de rendement qu'ils entraînaient, le Dr R. _____ a attesté une capacité de travail de 40% dans l'activité habituelle d'agriculteur (activité à temps complet avec un rendement de 60% [sic]). Dans une activité adaptée à son handicap (ne nécessitant ni l'utilisation fine et de force du membre supérieur gauche ni des déplacements fréquents en terrain inégal), l'expert estimait la capacité de travail à 75 %, en prenant en compte une activité déployée à 100% avec une perte de rendement de 25 % liée à la faiblesse, à l'hypertonie et au manque d'habileté de l'hémicorps gauche. Théoriquement, des mesures de réadaptation professionnelle pouvaient être envisageables étant donné le bon niveau intellectuel du patient et les capacités fonctionnelles non négligeables résiduelles. Néanmoins, le Dr R. _____ observait que l'assuré était visiblement très attaché à son domaine agricole et qu'il était peu probable qu'il soit ouvert à une réadaptation professionnelle. Le 25 janvier 2016, l'expert a précisé que la capacité de travail effective de l'assuré en tant qu'agriculteur indépendant était de 40% (activité à temps complet avec un rendement de 40%), ce qui induisait une incapacité de travail de 60%.

L'OAI a procédé le 15 février 2007 à une enquête économique pour les indépendants, de laquelle il est ressorti qu'il était possible d'exiger de l'assuré qu'il cesse son activité indépendante pour se consacrer à une activité industrielle légère, compte tenu de son obligation de diminuer le dommage.

Dans un avis du 13 mars 2006, les Drs K. _____ et H. _____, médecins auprès SMR, ont estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 60% dans son activité habituelle, alors qu'il était à même de mettre à profit une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 25% dans une activité adaptée, ne nécessitant pas le port de charges lourdes de plus de 15 kg en se déplaçant, les mouvements fins du membre supérieur gauche,

l'ascension ou la descente des échelles ou escaliers, ni la conduite d'un véhicule non-automatique.

Par décision du 24 juillet 2008, l'OAI a reconnu à l'assuré une capacité de travail de 40% dans son activité habituelle d'agriculteur dès août 2004, mais de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Procédant à la comparaison du revenu que l'assuré percevrait sans atteinte à la santé (63'899 fr.) à celui qu'il serait capable de réaliser dans une activité adaptée, compte tenu de sa capacité résiduelle de travail (39'035 fr.), l'OAI a retenu que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 32%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. En présence d'un degré d'invalidité supérieur à 20%, une formation pratique de courte durée était envisageable sur simple demande écrite de la part de l'assuré.

Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a confirmé le 30 octobre 2009 la décision entreprise, dans le sens du refus de rente (cause AI 424/08 - 344/2009). Le tribunal a confirmé la capacité de travail retenue par l'Office AI tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a toutefois arrêté le revenu avec invalidité à 39'035 fr., en appliquant au revenu retenu par l'office un abattement de 10%. Le taux d'invalidité découlant de ce correctif, de 38,91%, ne suffisait toujours pas à ouvrir le droit à la rente. La Cour a également confirmé qu'il était exigible de l'assuré qu'il change de profession, afin de mieux exploiter sa capacité résiduelle de travail.

B. Le 20 mars 2016, V._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant valoir une nette aggravation de son état de santé depuis deux ou trois ans, des suites de l'AVC subi en 2004. Son rendement dans l'activité d'agriculteur avait fortement diminué depuis deux ou trois ans. Il ressentait une fatigue du membre inférieur gauche, une forte diminution de mobilité, un engourdissement, des fourmillements et des douleurs.

Par courrier du 24 mars 2016, l'OAI a rendu l'assuré attentif au fait que, compte tenu du précédent refus de rente, sa nouvelle demande ne pourrait être examinée que s'il était établi de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. L'assuré était ainsi invité à produire un rapport médical détaillé, précisant notamment l'aggravation alléguée, faute de quoi l'office ne pourrait pas entrer en matière sur la nouvelle demande.

L'assuré a transmis à l'OAI un certificat établi le 17 avril 2016 par le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, retenant les diagnostics de status post AVC dans le territoire de l'artère cérébrale antérieure sur dissection spontanée de la carotide droite en 2014 [recte : 2004], d'arthrose de la colonne dorso-lombaire, de douleurs du membre inférieur gauche avec affaiblissement de la musculature avec difficultés de la marche et de status post pneumonie en 2016. Faisant état d'une aggravation progressive mais très évidente de l'état de santé de son patient, le Dr W._____ a estimé que le rendement au travail était très diminué, à raison d'au moins 50%, depuis trois à quatre ans. Le médecin traitant a fait état d'un pronostic réservé, compte tenu de la pathologie de son patient, de son âge avancé et de son métier d'agriculteur.

Dans un avis du 8 novembre 2016, le Dr T._____, médecin auprès du SMR, a estimé que les éléments versés au dossier ne justifiaient pas une entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations. En particulier, les limitations fonctionnelles citées restaient compatibles avec une activité sédentaire adaptée.

Par projet de décision du 10 novembre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de refuser d'entrer en matière sur sa demande du 23 mars 2016, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la précédente décision. Les éléments apportés par l'assuré ne constituaient qu'une appréciation différente d'un même état de fait.

Le 13 décembre 2016, répondant à un courrier de l'assuré du 7 décembre 2016 lui demandant de motiver son refus d'entrer en matière, l'OAI a expliqué que lors de l'instruction de sa première demande de prestations, il avait été retenu qu'il était exigible qu'il change d'activité au profit d'une activité salariée mieux adaptée médicalement, dont l'exercice aurait permis de réduire son préjudice. Des mesures de reclassement lui avaient été proposées, auxquelles il n'avait toutefois pas donné suite, dès lors qu'il ne souhaitait pas changer d'activité. Se ralliant à l'avis du SMR, l'OAI a précisé qu'aucune modification de l'exigibilité dans une activité adaptée n'avait été objectivée.

Le 25 janvier 2017, l'assuré a transmis un rapport du 15 janvier 2017 du Dr W._____ précisant que l'incapacité de travail de 50% concernait tant l'activité habituelle d'agriculteur que toute activité adaptée.

Par décision du 30 janvier 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 10 novembre 2016, dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la demande du 20 mars 2016.

C. Par acte du 27 février 2017, V._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, dont il a conclu à l'annulation. A l'appui de sa contestation, il fait valoir que le rapport du Dr W._____ du 15 janvier 2017 suffit à exiger de l'intimé qu'il entre en matière sur sa nouvelle demande et procède à son instruction.

Dans une réponse du 24 avril 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, au motif que les rapports médicaux versés au dossier dans le cadre de la procédure administrative n'ont apporté aucun élément rendant plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte se répercutant significativement sur l'exigibilité dans une activité adaptée et qui serait susceptible d'influencer les droits du recourant.

Par réplique du 13 mai 2017, le recourant a maintenu ses conclusions.

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'AI (cf. art. 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. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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

2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant, singulièrement sur la question de savoir si celui-ci a rendu plausible une modification significative de l'état de fait depuis la dernière décision de refus de prestations, qui justifierait un nouvel examen de son cas.

3. **a)** Aux termes de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur

demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement 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 ne rend pas plausible une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références citées ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433). 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. 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. 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, 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

c) Dans un litige relatif à un refus d'entrer en matière sur 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 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2).

4. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 20 mars 2016. Il convient donc de se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'intimé, a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée de manière substantielle depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 30 janvier 2017 aux circonstances prévalant à l'époque de la décision de refus de prestations du 24 juillet 2008, confirmée par la Cour de céans par jugement du 30 octobre 2009.

a) Aux termes de la décision du 24 juillet 2008 refusant le droit à des prestations, l'assuré n'était plus capable d'exercer son activité habituelle d'agriculteur à plus de 40%. Par contre, il disposait d'une capacité résiduelle de travail entière, avec une baisse de rendement de 25%, dans une activité adaptée, soit une capacité de travail de 75%.

A cette époque, l'OAI s'était en particulier fondé sur l'expertise du Dr R._____. Dans son rapport du 26 janvier 2006, l'expert

avait retenu que l'assuré souffrait d'un hemisyndrome sensitivo-moteur gauche à prédominance crurale résiduel avec un AVC sur dissection de l'artère carotide interne droite précérébrale le 4 janvier 2014, et que les séquelles de cette atteinte, importantes, contrecarraient significativement son activité d'agriculteur. Au cours de son examen clinique, le Dr R._____ avait notamment observé une hypoesthésie tactile et douloureuse du pied. Il avait retenu que l'assuré présentait un manque de force, d'habileté et de contrôle de l'hémicorps gauche. L'intéressé devait ainsi éviter les activités nécessitant de porter des charges, notamment en se déplaçant, de se déplacer sur terrain inégal, d'effectuer des mouvements fins du membre supérieur gauche, dominant, de monter et descendre les escaliers et les échelles, de monter sur une machine agricole ou des obstacles, de traire les vaches, de donner les soins au bétail et de conduire un véhicule manuel. Sur cette base, les Drs K._____ et H._____ avaient retenu que l'assuré devait s'abstenir de porter des charges excédant 15 kg en se déplaçant, de faire des mouvements fins du membre supérieur gauche, de monter ou descendre des échelles ou escaliers, ainsi que de conduire un véhicule non-automatique.

b) A l'appui de sa nouvelle demande du 20 mars 2016, le recourant a produit un rapport du 17 avril 2016 du Dr W._____, son médecin traitant, faisant état d'une aggravation progressive mais très évidente de l'état de santé de son patient. Il a retenu les diagnostics de status post AVC dans le territoire de l'artère cérébrale antérieure sur dissection spontanée de la carotide droite en 2014 [recte : 2004], d'arthrose de la colonne dorso-lombaire, de douleurs du membre inférieur gauche avec affaiblissement de la musculature avec difficultés de la marche et de status post pneumonie en 2016. Le Dr W._____ a estimé que le rendement au travail de l'assuré était très diminué, à raison d'au moins 50%, depuis trois à quatre ans. Le médecin traitant a fait état d'un pronostic réservé, compte tenu de la pathologie de son patient, de son âge avancé et de son métier d'agriculteur. Le Dr W._____ a justifié son appréciation dans le sens d'une aggravation en ces termes :

« **Aggravations** : depuis 3-4 ans le patient se fatigue beaucoup plus surtout au niveau de la jambe gauche et présente des douleurs qui sont de plus en plus fortes. La fatigabilité et les douleurs font que le patient a beaucoup plus de peine à marcher et se déplacer, de monter et descendre des escaliers et pentes, de monter et descendre ses machines d'agriculture (parfois il met plusieurs minutes à monter et descendre ses machines), ne peut plus se déplacer sur des terrains irréguliers, fait des chutes répétitives en marchant, en essayant de s'occuper de ses bétails et en montant et en descendant les machines d'agriculture, ne peut plus suivre les bétails et s'en occuper. Ne peut plus se mettre à genoux ni travailler penché en avant. Limitation de port de poids à 10-15 kg au maximum. Il doit prendre des médicaments contre les douleurs afin de pouvoir travailler ».

Ce rapport ne suffit toutefois pas à rendre plausible une aggravation significative de l'état de santé de son patient. Il apparaît en effet que l'appréciation de Dr W. _____ se rapporte exclusivement à l'activité habituelle d'agriculteur. Or, cette évaluation n'a pas lieu d'être, puisqu'à l'issue de la précédente procédure, il avait été retenu qu'un abandon de l'activité habituelle était exigible, une activité adaptée légère étant mieux à même de réduire le dommage. Ainsi, afin d'obtenir de l'OAI qu'il procède à l'instruction de sa nouvelle demande, le recourant devait fournir des éléments attestant une péjoration de sa capacité de gain dans une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles, ce qu'il n'a pas fait. On remarquera à cet égard que l'appréciation de la capacité de travail du Dr W. _____ dans l'activité habituelle (50%), même si elle n'est pas déterminante en l'espèce, est plus exigeante que celle du Dr R. _____, qui n'avait retenu qu'une capacité de travail de 40% en tant qu'agriculteur.

Le Dr W. _____ a émis un second rapport le 15 janvier 2017, en tout point superposable à celui du 17 avril 2016, hormis un ajout selon lequel la limitation de la capacité de travail à 50% s'applique non seulement à l'activité habituelle d'agriculteur, mais également à une « autre activité adaptée ». Ce nouvel élément ne suffit toutefois pas à rendre plausible une aggravation notable. En effet, le médecin traitant n'indique pas en quoi l'assuré ne serait pas capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à un taux dépassant 50%. Les restrictions fonctionnelles énumérées dans ce nouveau rapport sont au demeurant exactement identiques à celles retenues dans le rapport du 17

avril 2016. Son affirmation, selon laquelle au vu de l'âge de son patient ainsi que de ses capacités physiques et psychiques, il ne voit pas quel métier il pourrait exercer à 100%, n'est à cet égard pas déterminant. L'exigibilité dans une activité adaptée avait d'ailleurs été limitée à 75% lors de la précédente demande, de sorte qu'une exigibilité à 100% n'est pas d'actualité.

En outre, dans ses deux rapports, hormis l'arthrose de la colonne dorso-lombaire et le status post pneumonie, le Dr W. _____ n'avance aucune atteinte à la santé qui n'était pas déjà connue lorsque la décision de refus de prestations a été rendue, en 2008. Ainsi, les séquelles de l'AVC, les douleurs au membre inférieur gauche, la fatigabilité, les difficultés à la marche mentionnées par le Dr W. _____ avaient déjà été constatées lors de l'instruction de la première demande. Les éléments qu'il invoque sous la rubrique « Aggravations » de ses rapports des 17 avril 2016 et 15 janvier 2017 correspondent en fait aux limitations fonctionnelles reconnues par le Dr R. _____ et le SMR au cours de l'instruction de la demande de prestations initiale : difficultés de se déplacer, de monter et descendre des escaliers, des échelles, des obstacles, des machines, de traire et de prendre soin du bétail, de conduire. A cet égard, le Dr W. _____ n'apporte aucun élément nouveau. Les seules nouvelles restrictions avancées par le médecin traitant (nécessité d'éviter le travail à genou ou penché en avant) ne suffisent pas à rendre plausible une péjoration de l'état de santé pouvant entraîner une modification notable de l'invalidité et ouvrir un droit aux prestations. Comme le relève à juste titre le Dr K. _____ dans son rapport du 8 novembre 2016, les limites fonctionnelles mentionnées par le Dr W. _____ sont compatibles avec une activité sédentaire adaptée.

S'agissant au demeurant des diagnostics d'arthrose dorso-lombaire et de status post-pneumonie, il est utile de relever à ce stade qu'il ne suffit pas qu'une atteinte jusqu'alors non diagnostiquée le soit au moment d'une nouvelle demande pour justifier que l'OAI entre en matière sur cette dernière et procède à son instruction. Pour qu'une entrée en matière soit possible, il faut encore que l'atteinte nouvellement mise en

évidence permette de tenir pour établi, de façon plausible, que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. En définitive, le Dr W. _____ n'indique pas en quoi les atteintes qu'il retient impliqueraient des limitations fonctionnelles nouvelles, suffisamment notables pour qu'elles rendent plausible une modification substantielle de l'état de fait susceptible d'ouvrir un droit aux prestations. On relèvera au demeurant que l'assuré présentait déjà une discopathie L5-S1 en 2004 (cf. rapport du Dr G. _____ du 29 mars 2004).

En définitive, les rapports du Dr W. _____ auxquels se réfère le recourant ne permettent pas de constater que sa capacité de travail dans une activité adaptée serait désormais inférieure à 75%, comme retenu à l'époque, ni que des limitations fonctionnelles plus importantes devraient être constatées, pouvant entraîner une limitation plus élevée de sa capacité de gain dans une autre activité, mieux adaptée, que celle d'agriculteur.

c) Dans son acte de recours, l'assuré avait annoncé la production d'un rapport du Dr [...], neurologue, à la consultation duquel il devait se présenter le 25 mars 2017. Cette pièce n'a pas été produite dans l'intervalle. Ceci reste toutefois sans incidence, puisque qu'elle n'aurait pas permis une appréciation différente de la question litigieuse. De jurisprudence constante en effet, les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige portant sur un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales étant 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 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004).

d) En définitive, vu ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant, dont les atteintes ne sont en soi pas niées, n'a toutefois pas rendu plausible une modification substantielle de sa situation qui imposerait le réexamen de ses droits à des prestations de l'assurance-

invalidité au sens entendu par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. L'intimé était donc légitimé à ne pas instruire sur le fond la demande subséquente présentée par l'assuré le 20 mars 2016 et à prononcer le refus d'entrer en matière litigieux.

5. **a)** Compte tenu des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée 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. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis à charge du recourant.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, le recourant, au demeurant non représenté par un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 30 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 mis à la charge du recourant.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- V. _____,
- 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 :