

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 décembre 2017

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Bonard et Mme Feusi, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, sans formation, originaire du Portugal, en Suisse depuis avril 2000, a déposé le 10 avril 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Employé à temps plein en qualité de manœuvre pour la société R._____ SA, ainsi qu'en tant qu'agent d'entretien pour la société H._____ SA le soir, il a fait une chute sur son deuxième lieu de travail, le 29 novembre 2013. Il a subi une fracture bi-malléolaire déplacée de la cheville gauche entraînant une incapacité totale de travail, attestée par divers certificats médicaux du Dr S._____, médecin-chef du service d'orthopédie à l'Hôpital [...].

Dans le cadre de la prise en charge du cas par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), l'assuré a séjourné à la Clinique P._____ (ci-après : la Clinique P._____) du 4 juin 2014 au 8 juillet 2014. Dans un rapport du 31 juillet 2014, les Drs [...] et [...], de la Clinique P._____, ont exposé notamment que si l'évolution subjective n'était pas significative, l'évolution objective était quant à elle lentement favorable. En effet, si le patient restait inquiet de la persistance des douleurs, il avait progressé en termes de mobilité. Il participait activement aux mesures thérapeutiques et malgré la discordance entre sa propre évaluation de l'évolution de son état de santé et celle objectivement observée aucune autre incohérence n'avait été relevée. Les médecins retenaient les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les longs trajets, les marches sur terrains irréguliers, le port de charges lourdes, les échelles, les escaliers. Ils considéraient que la situation n'était pas encore stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, une stabilisation étant attendue dans un délai de quatre à six mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était mitigé. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable, avec toutefois des facteurs extra-médicaux limitants, tel que l'âge et la mauvaise maîtrise du français.

Dans un rapport du 9 février 2015, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, observait notamment la persistance d'une impotence fonctionnelle partielle du membre inférieur gauche secondaire à des arthralgies rétro et infra-malléolaire interne de la cheville. Il considérait que le pronostic était défavorable et qu'une réévaluation de l'activité professionnelle était nécessaire.

L'assuré a été examiné le 21 mai 2015 par le médecin d'arrondissement de la CNA le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il ressort de son rapport, du même jour, ce qui suit :

« Diagnostic

- Status 18 mois après fracture bimalléolaire de la cheville G [gauche], traitée par ostéosynthèse (03.12.2013).
- Status après AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] cheville G (02.12.2014).
- Obésité avec BMI à 34.25.
- Inégalité de longueur des MI [membres inférieurs].

Appréciation

[...]

L'assuré se plaint de douleurs, essentiellement de type mécanique.

Au status, il persiste une discrète limitation de la flexion dorsale de la cheville. Les RX de la cheville G effectuées le 21.05.2015 montrent une ostéopénie et des irrégularités de la surface articulaire de la malléole interne, la malléole externe discrètement varisée.

On peut conclure que le cas est stabilisé.

En raison de la persistance des douleurs de la cheville G, il ne peut plus exercer son métier de nettoyeur ou de manœuvre de la construction. Il est désormais apte à travailler à 100 % dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles. Il peut effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire. De courts déplacements à plat sont possibles. Il doit éviter de marcher en terrain irrégulier, de porter des charges supérieures à 15 kg et de monter ou descendre à répétition des échelles, des escaliers ou des échafaudages.

L'exigibilité dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles est complète. »

Au vu de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, la CNA a informé ce dernier, par courrier du 17 juin 2015, qu'elle mettait fin à la prise en charge des frais médicaux. Elle poursuivait le versement de l'indemnité journalière jusqu'au 1^{er} août 2015.

L'assuré n'étant plus en mesure d'exercer ses activités habituelles, ses employeurs ont mis fin aux deux contrats de travail avec effet au 31 juillet 2015.

Dans un rapport médical du 5 octobre 2015, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr M._____, a retenu une capacité totale de travail dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles consistaient à éviter la marche en terrain irrégulier, la montée/descente répétitive des escaliers, des échafaudages ou des échelles ainsi que le port de charges de plus de 15 kg. Les activités habituelles de manœuvre de chantier et de nettoyeur n'étaient plus possible, très probablement de manière définitive.

Il ressort d'une communication interne de l'OAI du 28 octobre 2015 qu'au vu des deux activités exercées par le recourant, il s'agissait de retenir un taux d'activité de 140 %. Concernant le revenu d'invalidé, il convenait de prendre en compte un taux de 100 % dans une activité adaptée dans l'industrie légère et un taux de 40 % dans une activité de nettoyages légers ou de surveillance de parking.

Le 12 avril 2016, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} novembre 2014 au 31 août 2015. Il retenait les éléments suivants :

« Résultat de nos constatations :

Depuis le 29 novembre 2013 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Après étude de votre dossier et suite à son analyse médicale, il ressort que vous présentez une incapacité de travail totale dans toute activité.

A l'issue dudit délai d'attente, soit le 29 novembre 2014, votre incapacité de travail et de gain est totale et ce, dans toute activité. Le droit à la rente est ouvert et le degré d'invalidité est de 100 %.

Toutefois, depuis le 21 mai 2015, vous présentez une capacité de travail entière dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (*éviter la marche en terrain irrégulier, la montée/descente répétitive des escaliers, des échafaudages ou des échelles ainsi que le port de charge de plus de 15 kg*).

Pour votre part d'activité à 100 %, votre capacité de travail peut être mise en valeur dans des activités telles que : travail simple et répétitifs dans le domaine industriel léger par exemple (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production), ouvrier à l'établi ou dans le conditionnement léger.

Pour la partie annexe (40 %) vous pourriez mettre votre capacité de travail en valeur en soirée ou durant le weekend dans le cadre de nettoiyages légers (bureaux, etc) et/ou comme gardien de parking.
[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2013, CHF 5248.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 ; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2013 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5471.04 (CHF 5248.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 65652.48.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2013 à 2015 (+ 1.6 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 66707.12 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 933893.97 [sic] (compte tenu de vos deux emplois (140 %)).

Le degré d'invalidité est donc le suivant :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	75129.00
avec invalidité	CHF	93389.97

Compte tenu de ce qui précède, nous constatons que le revenu auquel vous pourriez raisonnablement prétendre est au moins aussi élevé (est en gros le même) que celui que vous pourriez [sic] réaliser avant votre atteinte à la santé.

Le droit à des mesures d'ordres professionnels n'étant pas ouvert, une aide au placement est possible. Vous avez été convié à une séance d'information prévue le 20 avril prochain à 15h00 en nos bureaux.

Le droit à la rente s'éteint 3 mois après l'amélioration de votre état de santé au 21 mai 2015 comme le prévoit l'art. 88 RAI. »

Par courrier du 11 mai 2016, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il se ralliait à son projet de décision.

La CNA a rendu une décision le 30 juin 2016 octroyant à l'assuré une rente d'invalidité de 22 % dès le 1^{er} août 2015, sur la base d'un revenu annuel d'invalidité de 60'820 fr., soit celui qu'il pourrait obtenir dans un atelier industriel, et d'un revenu sans invalidité de 78'235 francs. L'assuré avait par ailleurs droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Cette décision a été annulée ensuite d'une transaction par décision du 27 janvier 2017, laquelle a fixé la rente d'invalidité à 25 %.

Le 8 juillet 2016, l'OAI a rendu une décision formelle d'octroi de rente d'invalidité limitée dans le temps, dont la motivation est identique au projet du 12 avril 2016. En l'absence de recours, cette décision est entrée en force.

b) Le 30 janvier 2017, la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne générale, a adressé à l'OAI un courrier dont la teneur est la suivante :

« Par la présente, je vous prie de reprendre le dossier de ce patient en vue de l'obtention d'une rente.

En effet, sa situation médicale ne s'est pas améliorée. Il est actuellement suivi par le Service d'Antalgie du Centre X. _____ [Centre X. _____] suite à la recommandation du Dr [...], Orthopédiste au Centre X. _____.

La Suva estime une incapacité de travail de 22.25 %. Mais en tant que manœuvre, ne pouvant rester debout en raison des douleurs (probable syndrome douloureux régional complexe), un retour à l'emploi est très improbable. Son droit au chômage se terminera fin mars 2017. Il a été convoqué par le Médecin-Conseil du Service de l'Emploi le 15.12.2016 qui propose un stage à 50 % en tenant compte des limitations mais son conseiller à l'ORP lui dit que ce n'est pas possible. »

La Dresse L. _____ a transmis à l'OAI un rapport du 15 décembre 2016 du médecin-conseil du Service de l'emploi, qui avait vu l'assuré le 12 décembre 2016 et qui notait que l'intéressé était définitivement totalement incapable de travailler dans sa profession depuis novembre 2013. Il pouvait en revanche exercer à terme à 100 % une activité sédentaire en position assise, soit respectant ses limitations fonctionnelles (pas d'escalier, limitations des déplacements, pas de position debout statique, charges limitées à 10 kg, à terme 15 kg). Il s'agissait de lui trouver rapidement un stage/placement, avec pour commencer une activité à 50 % aux fins d'un reconditionnement, car l'assuré ne travaillait plus depuis trois ans, puis, probablement après deux mois d'une telle mesure, une activité à 100 %.

c) Considérant le rapport de la Dresse L. _____ comme une nouvelle demande de prestations, l'OAI a rendu, le 22 février 2017, une décision de refus d'entrer en matière, la situation professionnelle et médicale de l'assuré ne s'étant pas notablement modifiée.

B. W. _____ a recouru contre la décision précitée le 17 mars 2017, concluant implicitement à son annulation. Il avance que selon ses médecins traitants, son cas justifie une nouvelle décision suite au diagnostic de syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur, à propos duquel il renvoie à un rapport du 22 décembre 2016 du Service d'antalgie du R. _____. Le recourant expose que les douleurs l'empêchent de travailler, car les derniers traitements ont tous échoué. Le

recourant a produit le rapport précité, du Dr V. _____ et de la Dresse R. _____, dont la teneur est la suivante :

« Votre patient W. _____ a consulté notre service du 22.08.2016 au 28.11.2016.

Motif de recours

Douleur membre(s) inférieur(s). Lombalgies. Douleur cheville gauche.

Diagnostics et problèmes

- Forte suspicion d'algodystrophie de la cheville gauche selon les critères de Budapest.
- [...]

Anamnèse

[...]

A la fin de la réadaptation à la SUVA, le patient gardait des douleurs importantes qui ont motivé le retrait du matériel orthopédique en décembre 2014, sans effet sur la douleur.

Le patient a par ailleurs une inégalité de longueur de 2 cm en défaveur du membre inférieur droit, que le patient a remarqué en post-opératoire.

La douleur est localisée au niveau de la cheville, exclusivement sur la face interne de la cheville. La douleur est constante nuit et jour, moins importante le matin et se péjore durant la journée. Il a un sommeil perturbé et dort maximum 2h30 d'affilée. Le pied enfle durant la journée, il porte un bas de contention. Il décrit aussi des changements de couleur, associés à la douleur avec le pied qui vire au bleu. Il y a la survenue de sudations profuses avec une sensation de chaleur.

[...]

Examens complémentaires

Scintigraphie osseuse du 15 juillet 2016 : Diminution légère de la captation de l'ensemble du pied gauche. Pas d'argument pour un CRPS [Complex Regional Pain Syndrome, soit syndrome douloureux régional complexe] aigu. Nouvel examen sera fait pour exclure un CRPS tardif.

Conclusions, traitement et évolution

Nous vous adressons ce courrier afin de vous informer de l'évolution de votre patient en fonction des mesures entreprises dans notre service.

L'introduction du Saroten n'a pas montré d'efficacité au niveau des douleurs neuropathiques, par contre à la posologie de 25 mg/j, il a permis au patient de retrouver le sommeil, sans somnolence diurne associée.

Il poursuit également la prescription de vitamine C à haute dose durant plusieurs mois.

Quant au patch de Neurodol, il aide efficacement le patient durant la journée, mais uniquement lorsque le pied n'est pas en appui.

Vu que le Voltaren n'a pas montré d'effet, nous avons proposé au patient de l'Arcoxia 30 mg et de plus nous avons effectué un bloc diagnostic du nerf sciatique le 28.11.2016 avec de l'anesthésique local et du Depo-Medrol, dont l'effet reste à évaluer à la prochaine consultation. »

Par réponse du 27 avril 2017, l'intimé conclut au rejet du recours, considérant notamment que le Dr V._____ ne faisait pas état d'éléments dont l'intimé n'aurait pas tenu compte lors de l'instruction.

Les parties ne se sont pas prononcées plus avant.

E n d r o i t :

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

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

la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Est litigieux le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 30 janvier 2017. Cela étant, la présente procédure porte uniquement sur le point de savoir si l'intéressé a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

3. a) Aux termes de l'art. 87 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). 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 (al. 3).

Les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références ; TF I 597/05 arrêt du 8 janvier 2007 consid. 2).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire

est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2 ; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 2.2).

c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI.

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3). 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 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

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-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, 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. Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004).

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 ; 130 V 71 consid. 3.2).

4. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 30 janvier 2017. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 8 juillet 2016 et la décision litigieuse, un

changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée 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 22 février 2017 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 8 juillet 2016. 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) La décision du 8 juillet 2016 retenait sur le plan médical une entière capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit éviter la marche en terrain irrégulier, la montée/descente répétitive des escaliers, des échafaudages ou des échelles ainsi que le port de charge de plus de 15 kg. L'intimé s'était fondée sur les appréciations des Drs F._____ et M._____, lesquels avaient examiné le recourant et s'étaient prononcés en tenant compte des rapports des médecins traitants et des plaintes du recourant.

Cette décision, 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, est entrée en force en l'absence de contestation du recourant.

A l'appui de sa demande de réexamen, le recourant se prévaut des conclusions de la Dresse L._____. Cette dernière se borne toutefois à observer que l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré. Elle constate qu'un retour du recourant à son ancienne activité est très improbable, ce qui est précisément ce que l'intimé avait déjà retenu dans sa première décision. Si elle parle d'un probable syndrome douloureux régional complexe, elle ne dit toutefois pas qu'il représente une modification notable de l'état de santé du recourant, ni qu'il entraînerait une baisse de la capacité de travail dans une activité adaptée. Concernant

les limitations fonctionnelles, seule celle de la station debout diffère de ce que l'intimé a retenu dans sa décision du 8 juillet 2016, ce qui ne suffit pas à rendre vraisemblable un changement notable de la situation médicale. Ces constatations ne sont donc pas différentes de celles qui avaient déjà été faites à l'occasion de la première demande de prestations.

Le médecin-conseil du Service de l'emploi retient, à l'instar de l'intimé, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Celles-ci diffèrent également légèrement de celles retenues par l'intimé en ce qu'elles comprennent une limitation de la position debout statique, ainsi que des déplacements. Ceci ne suffit pas non plus à rendre vraisemblable un changement notable de la situation, ce d'autant que les activités retenues comme étant adaptées dans la première décision de l'intimé, soit un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production), ouvrier à l'établi ou dans le conditionnement léger, sont réputées respecter également les limitations fonctionnelles retenues par le médecin-conseil du Service de l'emploi. L'exercice d'une activité sédentaire avait du reste également été mentionné par le Dr F. _____ et les limitations fonctionnelles précitées ont dès lors déjà été discutées à l'occasion de la première demande de prestations.

Il n'y a pas lieu finalement de se prononcer sur le rapport du Centre X. _____, dès lors que celui-ci a été produit ultérieurement à la décision attaquée (cf. supra consid. 3d). Il est tout de même observé par surabondance qu'il ne ressort pas de ce rapport que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aurait diminué.

c) Au vu de ce qui précède, force est de constater que les pièces produites par le recourant ne permettent pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

C'est ainsi à raison que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 30 janvier 2017.

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

b) En dérogation de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation 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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause et n'est au demeurant pas représenté par un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 février 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- W. _____,
- 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 :