

VD_GERICHTE ZD17.051622 vom 17. Dezember 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.051622

FR: VD_GERICHTE ZD17.051622 du 17 décembre 2018

IT: VD_GERICHTE ZD17.051622 del 17 dicembre 2018

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 391/17 - 365/2018 ZD17.051622 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 17 décembre 2018 _____ Composition : Mme BRÉLAZ
BRAILLARD, présidente MM. Neu et Piguët, juges Greffier : M. Germond ***** Cause
pendante entre : N. _____, à [...], recourant, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.
_____ Art. 87 al. 2 et 3 RAI 402

- 2 - E n f a i t : A. N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est arrivé en Suisse en [...] où il a travaillé en qualité d'aide ferblantier- couvreur dans plusieurs entreprises, dont M. _____ SA à [...] dès le 1er décembre 1992. En totale incapacité de travailler depuis le 15 février 1997, il a été licencié de son poste pour le 31 août 1997. Le 8 septembre 1997, il a déposé une demande de prestations (reclassement professionnel) de l'assurance-invalidité, en raison de gonalgies bilatérales (depuis 1991) ainsi que d'une épicondylite au coude droit (depuis 1996). Dans le cadre de l'instruction de cette première demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'assuré, à savoir notamment : - un rapport du 2 décembre 1997 du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, diagnostiquant une épicondylalgie radiale rebelle de type tendo-périostose et indiquant que la dernière possibilité, à savoir une cure chirurgicale de l'épicondylalgie restait ouverte, mais que le patient préférait d'emblée prévoir un reclassement dans un travail moins lourd ; par ailleurs, une cure chirurgicale n'amènerait pas non plus une capacité de travail complète en tant qu'aide ferblantier ; - un rapport du 2 octobre 1997 du Dr X. _____, spécialiste en maladies respiratoires et médecin traitant, qui a diagnostiqué des gonalgies et une épicondylite au coude droit. Ce médecin se référait au Dr F. _____ s'agissant des mesures médicales susceptibles d'améliorer la capacité de travail ; dans la profession usuelle d'aide ferblantier, l'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 15 février 1997 ;

- 3 - - un rapport du 4 avril 1997 du Dr V. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, faisant état d'une exacerbation des douleurs dues à une épicondylite ainsi que de gonalgies bilatérales chez un patient opéré à quatre reprises au niveau des genoux pour des pathologies méniscales internes et externes ; - un rapport du 21 janvier 1997 du Dr Z. _____, médecin à l'Hôpital [...], notant la persistance de gonalgies localisées surtout à la face antérieure du genou et s'accompagnant d'épanchement modéré apparaissant à l'effort ainsi que de douleurs également en lancée, mais sans blocage vrai, ni lâchage ; l'assuré était « notablement handicapé dans son activité professionnelle, la symptomatologie ayant un caractère fluctuant et l'empêchant parfois de travailler » ; aucun élément grave ne ressortait de son examen clinique, ni de son examen radiologique, selon lequel l'intéressé présentait

une rétraction majeure de sa musculature avec une nette prédilection pour les ischio-jambiers ; - un certificat médical du 7 janvier 1997 du Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, attestant que l'assuré présentait une usure du cartilage des deux genoux et qu'il devrait exercer un travail adapté sans port de charges lourdes, ni station debout prolongée. Du 23 novembre 1998 au 22 février 1999, l'assuré a suivi une évaluation professionnelle au sein de la section [...] du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) à [...], mesure prolongée ensuite jusqu'au 22 avril 1999. Par certificat médical du 8 janvier 1999, le Dr X. _____ a attesté une totale incapacité de travailler dès le même jour; l'assuré souffrait à nouveau de son épicondylite, son épaule droite et ses genoux ; selon ce médecin, la mesure au CIP n'était pas adaptée à l'état de santé de son patient. L'évaluation des aptitudes professionnelles de l'assuré durant son stage d'observation a permis de mettre en évidence une capacité de

- 4 - travail totale dans une activité évitant les travaux lourds, le port de charges régulier et la position statique debout sur de longues périodes ; l'intéressé était dès lors réadaptable dans une activité industrielle légère exercée en majeure partie en position assise, avec un rendement normal, après une période de mise au courant (rapport de synthèse du 22 février 1999 de la section [...] et rapport intermédiaire du 6 avril 1999 de la Division administrative de l'OAI). L'OAI a, par décision du 11 juin 1999, refusé le droit à la rente compte tenu d'un degré d'invalidité de 23,75 %. Il a considéré pour son analyse que la capacité de travail de l'assuré était complète dans une activité adaptée à son état de santé, telle qu'ouvrier d'usine (en position principalement assise et sans port de charges) par exemple. Par acte du 5 juillet 1999, l'assuré a déféré cette décision au Tribunal des assurances (désormais : Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud). Dans le cadre de son instruction, la cour a confié la réalisation d'une expertise du recourant au C. _____ (ci-après : le C. _____) à [...]. Dans leur rapport du 28 mai 2001, les Drs A. _____, spécialiste en rhumatologie, et K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, se sont exprimés comme suit : "Discussion Du point de vue somatique, Monsieur N. _____ présente deux atteintes distinctes : - un problème de cervico-brachialgies chroniques exacerbées par les efforts et notamment le port de charges lourdes. Du point de vue clinique et radiologique on ne peut imputer cette symptomatologie à une atteinte cervicale ou de l'épaule droite. Il existe des signes cliniques pour une épicondylite chronique modérée. - un problème de gonalgies récidivantes, exacerbées par la flexion répétée. Il est à relever qu'il y a eu de 1990 à 95 quatre arthroscopies qui ont révélés des atteintes méniscales et une atteinte cartilagineuse modérée. Du point de vue radiologique il n'y a pas de signe majeur pour une gonarthrose allant en se péjorant. Du point de vue fonctionnel Monsieur N. _____ est gêné lors de la marche prolongée et lors de la flexion en charge des genoux. Les répercussions fonctionnelles de ces pathologies ostéo- articulaires ne doivent pas entraver une activité professionnelle

- 5 - légère sans efforts de soulèvement répétés avec les membres supérieurs (maximum 7-10 kg) ainsi qu'une activité relativement sédentaire comme il en existe dans certains ateliers. D'un point de vue psychologique, nous ne trouvons actuellement aucun argument permettant d'affirmer que Monsieur N. _____ a une capacité de travail réduite à long terme. Il est évident qu'un état dépressif dû à des problèmes contextuels (accusation d'abus sexuel, problèmes conjugaux, absence de travail) peut être à l'origine d'une incapacité de travail temporaire. Ceci fait par contre partie de ce qui peut arriver dans la vie de tout un chacun et ne signe pas la présence d'une maladie psychiatrique grave justifiant d'une rente

AI à vie, surtout lorsque l'on est âgé que de 38 ans. Par contre nous sommes frappés du discours de Monsieur N. _____, lorsqu'il parle de son jeune âge, qu'à 18 ans il avait la moto et la voiture, que c'était la belle vie, qu'il ne travaillait pas vraiment mais aidait un peu. Les médecins de [...] décrivent aussi un patient acceptant peu la confrontation, en d'autres mots un patient préférant ses propres solutions plus faciles que la contrainte. Contrainte qu'il n'y a probablement jamais vraiment eu, pas de service militaire, pour le frère, la description du métier de carabinier est celle d'un planqué, et les parents sont à l'AI. Travailler ou retrouver une capacité de travail fait partie des contraintes que la société impose, c'est ce que l'on appelle un principe de réalité. Dans le cas présent, on s'attendrait à ce que Monsieur N. _____ fasse tout ce qu'il peut pour retrouver une capacité de travail, sans passer par la solution de facilité qu'est la rente AI. Un diagnostic de sinistrose, au sens classique du terme, peut être posé, actuellement la personnalité est relativement compensée, l'état dépressif réactionnel est discret." Les Drs A. _____ et K. _____ ont confirmé, au vu du status ostéo-articulaire actuel, une totale incapacité de travail de l'assuré dans la profession habituelle d'aide ferblantier impliquant le port de charges relativement lourdes ainsi que des efforts en flexion des genoux. A l'inverse, dans une activité adaptée, telle qu'un travail en atelier avec absence de port de charges lourdes et position relativement sédentaire sans effort de flexion des genoux, la capacité de travail était de 100 %. Selon les experts, la situation somatique était alors comparable à celle de juin 1999. Dans un rapport du 10 juillet 2001, les médecins du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité ont fait leurs constatations et conclusions de l'expertise médicale précitée en retenant l'absence d'atteinte incapacitante à la santé. La capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques, à savoir une activité professionnelle légère sans soulèvements répétés de

- 6 - charges (maximum sept à dix kilos) et sédentaire (« comme il en existe dans certains ateliers »), était de 100 %. Interpellé, le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déposé en justice un rapport le 21 mai 2003. Il a diagnostiqué un trouble de la personnalité sous forme d'une personnalité narcissique (F60.8) chez l'assuré ; de plus, à l'époque où il avait été traité, il présentait une décompensation anxieuse et dépressive sous forme d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Le trouble de la personnalité constituait une atteinte assez grave puisqu'elle avait conduit le recourant à faire des dettes importantes aux jeux d'argent et à présenter une décompensation sur un mode anxieux et dépressif. Ce médecin n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité actuelle de l'intéressé, qu'il avait vu en dernier le 4 mai 2001, ni sur la date du commencement de l'incapacité de travail; durant la période de traitement, soit du 7 décembre 2000 au 4 mai 2001, le recourant était totalement incapable de travailler en raison de ses troubles psychiques. Pour le psychiatre traitant la récupération d'une capacité de travail, même partielle, était espérée bien qu'il en doutait. Le 25 juin 2003, le recourant a notamment informé le tribunal qu'il retravaillait depuis le 1er septembre 2002, à 40 - 50 % environ, comme agent libre de vente chez B. _____ Sàrl à [...]. Aux termes de son rapport complémentaire du 1er décembre 2003, le Dr K. _____, expert-psychiatre auprès du C. _____, a maintenu ses conclusions, étant d'avis que la personnalité narcissique décrite par le Dr E. _____ ne constituait pas nécessairement un trouble de la personnalité, avec la précision que la décompensation décrite était minime lors de l'expertise. Le 12 janvier 2004, les médecins du SMR ont estimé que l'avis d'expert du Dr K. _____ devait l'emporter sur celui du Dr E. _____, médecin traitant.

- 7 - Le Tribunal des assurances a, par jugement du 25 février 2004 (TASS AI 108/99 – 153/2004), rejeté le recours et confirmé la décision de l’OAI de refus de rente du 11 juin 1999. Les considérations de la cour sur le plan médical étaient les suivantes : “5. En l’espèce, aux plans somatique et psychiatrique, les experts du C. _____, dont le rapport est conforme aux critères dégagés par la jurisprudence, arrivent à la conclusion que le recourant peut travailler à 100 % dans une activité professionnelle légère sans efforts de soulèvement répétés avec les membres supérieurs (maximum 7 à 10 kg) ainsi que dans une activité relativement sédentaire comme il en existe dans certains ateliers, dans les deux cas avec position relativement sédentaire, sans port de charges lourdes et sans effort de flexion des genoux. Cette conclusion est pour le surplus en harmonie avec l’ensemble du dossier, en particulier les rapports des différents médecins qui ont examiné le recourant et les rapports de la section [...] du CIP. L’avis du Dr E. _____ ne permet pas de parvenir à une autre appréciation. En effet, ce médecin ne peut pas se prononcer sur la date du commencement de l’incapacité au moment où la décision a été rendue. Il est au demeurant tout à fait possible qu’au moment de son hospitalisation à la Clinique de [...], l’assuré se trouvait de manière passagère, au vu du contexte personnel, familial et professionnel de l’époque, dans un état d’incapacité totale de travail. A cela s’ajoute que le Dr E. _____ n’explique pas en quoi les troubles diagnostiqués seraient invalidants. Comme le relève le Dr K. _____ dans son rapport complémentaire du 1er décembre 2003, on voit mal le lien entre les jeux d’argent et une éventuelle invalidité. Enfin, conformément à la jurisprudence mentionnée plus haut, l’avis des experts du C. _____ doit d’une manière générale être préféré à celui du Dr E. _____, médecin traitant du recourant sur le plan psychique. Il n’y a donc aucun motif permettant de s’écarter de l’appréciation des experts du C. _____, de sorte qu’il convient de reconnaître une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée. Au demeurant, le contenu du dernier courrier de N. _____, daté du 25 juin 2003, montre une volonté de sa part de travailler sans l’aide financière de services sociaux. [...]” Ce jugement n’a pas été contesté. B. Le 31 juillet 2017, N. _____ a déposé une seconde demande de prestations AI pour adultes. Cette démarche était motivée par une usure des deux genoux et une arthrose existant depuis le 21 janvier 1997.

- 8 - Suite au délai fixé par l’OAI à l’assuré pour justifier la modification de son état de santé, ce dernier a produit un rapport établi le 1er septembre 2017 par le Dr ????. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant depuis le 18 mars 2003. Selon ce médecin, les douleurs de l’assuré s’aggravaient, étant de plus en plus fréquentes et de plus en plus longues depuis 2015. En guise de conclusion il précisait ce qui suit : “Ce patient péjore cliniquement et radiologiquement des gonarthroses bilatérales symptomatiques depuis de nombreuses années. Le traitement conservateur devient de moins en moins efficace. Idéalement il faudrait lui implanter des prothèses de genoux mais il est encore un peu jeune pour ce type d’opération et de toute façon cela ne lui permettrait pas d’exercer son métier de couvreur. En tenant compte de cette évolution on peut dire que depuis l’été 2015 sa capacité de travail de couvreur indépendant ne dépasse plus les 50 % et ceci définitivement. Il paraît par ailleurs extrêmement difficile de reclasser ce patient dans une autre activité. Les tentatives précédentes ayant échoué. Le pronostic de l’affection de ses genoux est celle d’une lente aggravation. La diminution de la capacité de travail permet dans une certaine mesure d’atténuer la sévérité des douleurs chroniques dont il souffre.” Le Dr ????. _____ a joint en annexe, un rapport de radiographies des genoux (face/profil/en charge/rotules et axiale) du 30 juin 2017, mettant en évidence, sur le cliché en Schuss, un

très net pincement des compartiments fémoro-tibiaux externes des deux côtés, où l'os sous chondral des deux côtés « est quasiment au contact ». L'OAI n'est, par décision du 7 novembre 2017, pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations (rente), au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision de refus du 11 juin 1999. Aux termes d'un avis SMR du 13 septembre 2017 recueilli par l'OAI, le Dr T. _____, spécialiste en médecine du travail, a estimé que le rapport du Dr ????. _____ n'apportait aucun élément pour une

- 9 - aggravation de l'état de santé somatique. Pour le Dr T. _____, la reprise par l'assuré de son activité de couvreur attestait au contraire une amélioration de la situation, d'autant plus que l'épicondylite avait disparu depuis 1997. Il n'existait dès lors aucun motif de s'écarter des conclusions médicales antérieures. C. Par recours déposé le 30 novembre 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, N. _____ a conclu implicitement à l'annulation de la décision du 7 novembre 2017. Il allègue que son état de santé s'est dégradé de jour en jour depuis la décision du 11 juin 1999 lui refusant le droit à la rente, avec la précision que depuis 2015 il est en mesure d'exercer sa profession au taux de 50 % maximum. Il produit en annexe, un rapport du 27 novembre 2017 du Dr ????. _____ qui relève ce qui suit : “[...] Nous pouvons dire médicalement que les nouveaux diagnostics sont : Aggravation clinique et radiologique d'une gonarthrose bilatérale, prédominant sur le compartiment externe avec sur l'incidence radiologique en schuss un pincement articulaire stade II, c'est-à-dire un contact os sur os ce qui n'était pas le cas en 1999. L'arthrose est un terme général qualifiant une usure articulaire avec des signes radiologiques spécifiques permettant de classer cette affection chronique et toujours progressive (certes le rythme de progression de la maladie est variable). Il est donc erroné de prétendre qu'il n'y a pas de nouveau diagnostic et qu'il n'est pas étayé. Je vous joins en annexe le dernier bilan rx qui montre clairement l'usure actuelle de ces 2 articulations et qui permettent d'affirmer l'aggravation de la pathologie. [...]” Dans sa réponse du 22 janvier 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il maintient qu'à l'appui de sa nouvelle demande, le recourant n'a pas rendu plausible l'aggravation de l'état de santé alléguée. Au terme d'un second échange d'écritures des 19 février et 27 mars 2018, les parties ont chacune maintenu leur position respective. Dans sa réplique, le recourant fait valoir que les infiltrations pratiquées depuis sept ans par le Dr ????. _____ ne suffisent plus à atténuer la douleur. Il souligne également avoir dû refuser des affaires transmises par

- 10 - l'entreprise M. _____ SA en raison de l'aggravation de son état de santé qui ne lui permet plus de suivre le rythme de travail. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 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 auprès du tribunal compétent, et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 31 juillet 2017. Il convient en particulier d'examiner si le recourant a rendu plausible une modification significative des faits depuis la dernière

- 11 - décision de refus de prestations, qui justifierait un nouvel examen de son cas. 3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; TFA I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2). b) Le Tribunal fédéral a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par

- 12 - l'autorité (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, la Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64

consid. 5.2.5 ; 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 et 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 (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées). Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002 consid. 4). 4. a) En l'occurrence, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 31 juillet 2017. Il n'y a donc

- 13 - pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force, et la décision litigieuse du 7 novembre 2017, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – et donc le droit à la rente – s'est produit. La Cour de céans doit uniquement vérifier si le recourant a rendu plausible, à l'appui de sa nouvelle demande, que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations du 11 juin 1999, confirmé par jugement du Tribunal des assurances du 25 février 2004 (TASS AI 108/99 – 153/2004). b) La cour, dans l'arrêt du Tribunal des assurances du 25 février 2004, a considéré, sur la base de l'expertise du 30 avril 2001 des Drs A. _____ et K. _____ du C. _____, que le recourant ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle d'aide ferblantier-couvreur. Les premiers juges ont en revanche admis qu'il bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Les experts retenaient alors, du point de vue somatique, des gonalgies récidivantes des deux côtés, un problème de cervico-brachialgies chroniques, ainsi que des signes cliniques d'épicondylite chronique modérée. Les répercussions fonctionnelles de ces pathologies ostéo-articulaires ne devaient pas entraver l'exercice d'une activité professionnelle légère sans efforts de soulèvements répétés avec les membres supérieurs (maximum 7-10 kg) ainsi qu'une activité relativement sédentaire (rapport d'expertise du C. _____ p. 13 - 14). Les experts ont par ailleurs précisé qu'au moment de son hospitalisation à la Clinique de [...], le recourant se trouvait de manière passagère, au vu du contexte personnel, familial et professionnel de l'époque, dans un état d'incapacité totale de travailler. Comme l'a relevé le Dr K. _____ dans son complément du 1er décembre 2003, cela ne justifiait en tous cas pas une invalidité donnant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il n'existait dès lors aucun motif permettant de s'écarter de l'appréciation des experts du C. _____, de sorte qu'il convenait de retenir une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée (TASS AI 108/99 – 153/2004 du 25 février 2004 p. 16). Ce faisant, les premiers juges ont confirmé le point de vue de l'intimé dans sa décision de refus de prestations du 11 juin 1999.

- 14 - c) A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit un rapport du 1er septembre 2017 établi par le Dr ????. _____ qui conclut à une péjoration clinique et radiologique des gonarthroses bilatérales, en ce sens que le traitement conservateur mené jusqu'alors est de moins en moins efficace, que les douleurs sont plus fortes, que l'usure dans les compartiments externes s'accroît avec des zones de contacts os/os et que depuis l'été 2015, la capacité de travail du recourant en tant que couvreur indépendant ne dépasse pas 50 %. Certes, s'il est possible que la problématique des gonalgies bilatérales ait évolué en regard de la situation qui prévalait au moment où la décision de refus de rente a été

rendue, le Dr ???..... évoque, sur la base de cette évolution, une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de couvreur indépendant. Or, ce rapport ne permet pas d'exclure toute capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé. Au demeurant, le rapport du 1er septembre 2017 ne mentionne aucun autre diagnostic, de sorte qu'on ne voit pas d'éléments justifiant de retenir des limitations fonctionnelles supplémentaires que le Dr ???..... n'énonce d'ailleurs pas. Dans la mesure où les limitations fonctionnelles sont identiques à celles retenues précédemment, et qu'il n'y a pas d'éléments permettant de retenir le contraire, il n'existe par conséquent aucune modification des faits rendue vraisemblable, en particulier depuis l'expertise du 30 avril 2001 du C..... et son complément du 1er décembre 2003, susceptible de conduire à la reconnaissance d'une invalidité. Dans le même sens, outre la poursuite du traitement conservateur des gonarthroses bilatérales (par infiltrations) et un bilan radiologique du 30 juin 2017, le Dr ???..... ne décrit en particulier pas d'autres mesures thérapeutiques ou interventions, dont il n'y a d'ailleurs aucune trace au dossier. En tout état de cause, force est de constater que le Dr ???..... ne fait mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de son analyse de septembre 2017. Ce faisant, il ne rend pas plausible une péjoration de l'état de santé du recourant qui pourrait justifier la reprise

- 15 - de l'instruction du dossier par l'intimé. On doit dès lors considérer qu'il n'est pas fait état en l'espèce de renseignements médicaux justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Le refus de l'OAI d'entrer en matière suite au dépôt de la nouvelle demande n'est, par conséquent, pas critiquable. 5. Au surplus, il convient de préciser que le rapport établi par le Dr ???..... le 27 novembre 2017 ne peut être pris en compte dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'il a été établi ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse du 7 novembre 2017. Au regard de l'objet du litige, l'examen du juge des assurances est en effet d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. consid. 3c supra). Quoiqu'il en soit et même s'il se rapporte à des faits antérieurs sans pour autant avoir été produit lors de la demande, force est de constater que ce document ne permet pas plus d'admettre une aggravation de l'état de santé qui conduirait à la reconnaissance d'une invalidité. 6. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; 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). En l'espèce, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant, sont arrêtés à 400 francs. Vu l'issue du recours, le recourant n'obtenant pas gain de cause et n'étant au demeurant pas représenté, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

- 16 - 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 7 novembre 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 de N..... IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - N....., - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies.

- 17 - Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.