

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 août 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Rossier et M. Pittet, assesseurs
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

E. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me David Métille, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le [...], a travaillé pour [...] en qualité d'auxiliaire [...] du 10 mai 1995 au 31 décembre 2003, date à laquelle il a été licencié en raison de santé.

Le 5 juin 2002, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations d'invalidité tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, en indiquant souffrir d'une maladie du bas de la colonne vertébrale.

Dans un rapport médical du 14 juin 2002, le Dr P._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic de lombalgies d'effort sur troubles statiques de la colonne vertébrale depuis novembre 2001. Sur la base de radiographies de la colonne lombaire face et profil du 6 décembre 2001, il a fait état de troubles statiques avec scoliose sinistro-convexe, d'un effacement de la lordose lombaire et de suspicion de discopathie L5-S1 débutante. Dans une annexe à ce rapport médical, du 17 juin 2002, ce médecin a précisé que l'activité actuelle, exigeant de soulever et transporter des charges parfois très lourdes, ne pouvait plus qu'être exercée à 50% mais que, dans une activité moins lourde, une pleine capacité de travail était exigible.

Sur demande du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assuré a été examiné par le Dr W._____, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et maladies rhumatismales. Dans son expertise du 21 mars 2003, ce médecin a relevé que l'assuré souffrait de lombalgies sur importants troubles dégénératifs, qu'il ne pouvait ni porter de charges au-delà de 5-10 kg, ni travailler en porte-à-faux, ni effectuer des mouvements répétitifs du tronc. Ce médecin a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée.

A l'initiative de l'OAI, l'assuré a effectué un stage de réadaptation au Centre de formation professionnelle de Morges (ci-après: l'ORIPH) du 23 août au 17 novembre 2004. Dans un rapport de stage du 17 novembre 2004, le directeur du centre ORIPH a relevé que l'assuré ne disposait pas de capacités pratiques et manuelles suffisantes pour trouver une activité en adéquation avec sa problématique physique; ses compétences pouvaient lui permettre de se former au niveau du bureau-commerce avec option comptabilité.

Par décision du 23 décembre 2004, l'OAI a octroyé à l'assuré le droit à des mesures professionnelles. L'ORIPH n'a toutefois pas pu exécuter ces mesures, en raison du manque de connaissances de la langue française de l'assuré.

L'assuré a effectué un stage d'évaluation auprès de [...] du 23 août au 20 novembre 2005. Dans leur rapport d'évaluation final du 15 novembre 2005, les responsables de [...] ont mentionné que l'assuré avait diminué son taux horaire après quelques semaines, une activité à plein temps étant physiquement trop épuisante, et qu'en raison des activités essentiellement centrées sur un soutien en français, il n'était pas possible de se déterminer quant à ses aptitudes professionnelles.

Suite à un examen le 21 novembre 2005, les Drs [...] et [...], respectivement médecin associé et médecin assistante de [...], ont diagnostiqué des lombalgies sur troubles dégénératifs et statiques. Ils ont constaté une sensibilité du rachis lombaire à la palpation et un syndrome lombo-vertébral. Une scintigraphie osseuse pratiquée le 17 novembre 2005 montrait la présence de troubles statiques de la colonne lombaire avec attitude scoliotique, de troubles dégénératifs consécutifs et une discrète hyperémie du tarse proximal en phases tissulaires parlant en faveur de troubles dégénératifs avec possible atteinte inflammatoire. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle mais une pleine capacité était exigible dans une activité adaptée.

Sur proposition du SMR, l'assuré a été soumis à un examen rhumatologique et psychiatrique, effectué par les Drs Y._____, rhumatologue, et Q._____, psychiatre. Dans leur rapport du 23 janvier 2007, ces médecins ont diagnostiqué des lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de discopathie des deux derniers étages, de troubles dégénératifs postérieurs en L5-S1, et de troubles statiques. Dans leur appréciation du cas, ils ont retenu que l'assuré présentait des troubles statiques et dégénératifs banals, sans signe de compression de racine, dans un contexte de déconditionnement physique et de surplus pondéral, avec une discordance entre les allégations et les constatations objectives. Ils ont décrit les limitations fonctionnelles suivantes: mouvements répétés de flexion-extension du rachis; attitude en porte-à-faux; station debout prolongée au-delà d'une demi-heure, assise au-delà d'une heure, port de charges de plus de 10 kg. Ils ont signalé que l'assuré n'avait pas travaillé depuis la fin de l'année 2003 et présentait donc un déconditionnement à reprendre une activité professionnelle. Ils ont retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle mais que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, elle était de 100% depuis le mois de décembre 2002.

Par décision du 26 novembre 2007, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et un degré d'invalidité de 13%. L'assuré a recouru contre cette décision au Tribunal cantonal. Par arrêt du 27 novembre 2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours. Se fondant sur les conclusions des médecins du SMR, ladite cour a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis décembre 2002. Elle s'est ensuite fondée sur une comparaison des revenus, tenant compte notamment d'un revenu d'invalidité dans une activité simple et répétitive avec un taux d'abattement de 10%, conduisant à un degré d'invalidité de 22.41%. Dès lors, l'assuré n'avait pas droit à une rente d'invalidité, ni par ailleurs à des mesures professionnelles étant donné qu'il ne se considérait pas capable de travailler.

B. Le 7 mars 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI, tendant à l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente. Il a fait état de problèmes de dos, de maladie de la colonne vertébrale et d'une péjoration des douleurs, en précisant que l'atteinte à la santé existait depuis novembre 2001.

Par courrier du 12 mars 2012, l'OAI a informé l'assuré que sa nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Ce faisant, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de 30 jours pour produire de nouveaux rapports médicaux ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Dans un rapport médical du 1^{er} mai 2012, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne et affections rhumatismales, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques aspécifiques et de psoriasis cutané. Il a retenu ce qui suit dans ses conclusions:

"Monsieur E._____ souffre depuis de nombreuses années de dorso-lombalgies se compliquant d'irradiations douloureuses à la face postérieure des deux membres inférieurs augmentant à la station debout prolongée et à la marche. Le patient signale également des paresthésies plus ou moins diffuses des deux membres inférieurs et une impression de manque de force globale de ces derniers. Selon le patient: l'état douloureux lombaire ainsi que les troubles neurologiques s'aggravent progressivement.

Une IRM lombaire (06.11.2007) :

Cet examen met en évidence des discopathies étagées L3-S1 sans hernie discale associée à un canal lombaire étroit au niveau de L4-L5.

Pronostic :

La description des troubles évoque effectivement un tableau de sciatalgie et notamment un tableau de canal lombaire étroit mais malheureusement, un ENMG et les examens radiologiques ne confirment pas clairement cette suspicion. Néanmoins, il existe quelques éléments en direction d'une atteinte [de] polyneuropathie qui pourraient en partie expliquer les plaintes formulées par le patient et l'incapacité de travail qui en découle. En ce qui concerne l'incapacité de travail, le patient ne travaille plus depuis 9 ans et un travail adapté à son état et son âge est difficilement envisageable.

Le pronostic semble assez défavorable étant donné que les douleurs dorso-lombaires et les troubles neurologiques discrets persistent et [que] selon le patient ils s'aggravent".

Le cas a été soumis au SMR. Dans un avis médical du 7 juin 2012 du SMR, la Dresse M. _____ a indiqué que le Dr T. _____ confirmait les diagnostics déjà connus et décrits lors de l'examen bidisciplinaire de 2006, de même que l'absence d'un tableau de canal lombaire étroit. Dès lors, il n'y avait aucun élément médical démontrant une aggravation de l'état de santé, de sorte que les conclusions du SMR de 2007 restaient d'actualité.

Dans un projet de décision du 7 août 2012, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif que les conditions de fait ne s'étaient pas modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations.

L'assuré a formé des objections le 12 octobre 2012, en demandant que l'OAI procède à des mesures d'instruction en vue de se prononcer sur l'existence d'une polyneuropathie. Il a produit un rapport du 25 avril 2012 du Dr N. _____, spécialiste en neurologie, qui a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"M. E. _____ est un [...] patient souffrant depuis de nombreuses années de dorso-lombalgies se compliquant d'irradiations douloureuses à la face postérieure des 2 membres inférieurs augmentant à la station debout prolongée et à la marche. A la demande, le patient signale également des paresthésies plus ou moins diffuses des 2 membres inférieurs et une impression de manque de force global de ces derniers.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué ne révèle pas de syndrome lombo-vertébral sous forme d'une contracture de la musculature paravertébrale mais la flexion latérale et antérieure lombaire paraît fortement limitée en raison d'une réaction antalgique immédiate. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. Les points de Valleix fessiers droits paraissent sensibles de même que la manoeuvre de Lasègue en fin de mouvements ddc. La trophicité et la force musculaires semblent intactes en dehors d'une possible hypotrophie pédieuse bilatérale. Les réflexes tendineux sont faiblement obtenables, les réflexes achilléens étant symétriquement plus faibles que les rotuliens. A l'examen de la sensibilité, le patient signale des troubles sensitifs

compatibles avec une atteinte polyneuropathique caractérisée par une hypoesthésie tactile et douloureuse distale des 2 membres inférieurs, une altération apparemment majeure de la sensibilité posturale et une hypopallesthésie à 2/8 ddc.

L'examen clinique a été complété par un ENMG qui ne confirme pas l'existence d'une atteinte polyneuropathique. Cet examen ne montre pas non plus d'atteinte neurogène périphérique certaine dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des 2 membres inférieurs.

J'ai revu les documents radiologiques qui révèlent de discrètes altérations dégénératives discales notamment au niveau L5-S1 avec un canal lombaire un peu étroit mais sans autre.

Au terme du présent bilan, la description des troubles évoque effectivement un tableau de sciatalgies et notamment un tableau de canal lombaire étroit mais l'examen clinique, l'ENMG et les examens radiologiques ne confirment pas clairement cette suspicion. Cliniquement et électrophysiologiquement, il existe quelques éléments en direction d'une atteinte polyneuropathique mais cette dernière ne saurait expliquer les plaintes formulées par le patient et l'incapacité de travail qui en découle.

En conclusion, tout comme les bilans préalables, le présent examen ne démontre pas d'atteinte expliquant clairement les plaintes formulées par le patient et les conséquences qui en découlent sur sa capacité de travail".

Dans un avis médical du 14 novembre 2012, sous la plume des Drs M._____ et V._____, le SMR a retenu que les conclusions du Dr N._____ étaient probantes, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre d'autres investigations neurologiques.

Par décision du 3 décembre 2012, l'OAI a refusé d'enter en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré. Il a retenu que ce dernier n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

C. Par acte de son mandataire du 21 janvier 2013, E._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu, avec suite de dépens, principalement à ce que l'OAI procède aux mesures d'instruction nécessaires sur le plan médical pour déterminer les conséquences de la polyneuropathie sur sa capacité de travail, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise

neurologique ou d'un complément médical sur le plan neurologique. L'assuré requiert en outre l'octroi de l'assistance judiciaire. En substance, il fait valoir que l'OAI est entré en matière sur sa nouvelle demande dans la mesure où ce dernier a sollicité l'avis du SMR. Il soutient qu'il existe un certain nombre d'éléments en faveur d'une polyneuropathie susceptibles d'expliquer une partie des plaintes et de l'incapacité de travail. Il incombait donc selon lui à l'OAI de procéder aux mesures d'instruction nécessaires pour déterminer les conséquences de cette atteinte sur la capacité de travail, de sorte que cet office a méconnu à tort l'aggravation de l'état de santé.

Dans sa réponse du 27 février 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il explique que l'assuré n'a apporté aucun élément rendant plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influencer ses droits, de sorte que c'est à juste titre qu'il a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Par réplique du 4 avril 2013, le recourant a confirmé ses conclusions. Il relève que le diagnostic complémentaire de polyneuropathie était inexistant au moment de la demande initiale de prestations en 2002 et de l'arrêt de la Cour de céans du 27 novembre 2010. Il ajoute que le rapport du SMR du 14 novembre 2012, rédigé par les Drs M._____ et V._____, n'émane pas de spécialistes en neurologie ou en rhumatologie. C'est donc à tort que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré.

Par duplique du 23 avril 2013, l'OAI a maintenu sa position.

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 (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 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). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, compte tenu des fêtes hivernales, et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

2. Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 7 mars 2012 par le recourant. 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. Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]), 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.

Selon la jurisprudence, l'exigence posée à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement l'art. 87 al. 2 et 3 RAI) doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). 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; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI (actuellement: art. 87 al. 2 RAI). 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; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3).

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 (ATF 130 V 64; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1).

4. a) Dans le cas présent, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 26 novembre 2007, entrée en force suite à l'arrêt de la Cour de céans du 27 novembre 2010, 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. En effet, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 7 mars 2012. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de mars 2012, a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations. En d'autres termes, la présente procédure ne porte que sur le point de savoir si le recourant a rendu plausible, devant l'intimé, une péjoration de son état de santé depuis la décision de refus de rente.

Dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans n'a ainsi ni à mettre en oeuvre une expertise ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction. Il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations - en l'occurrence, le rapport médical du Dr T. _____ du 1^{er} mai 2012 et celui du Dr N. _____ du 25 avril 2012 - justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

b) Dans son rapport du 1^{er} mai 2012, le Dr T. _____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques aspécifiques et de psoriasis cutané. Il a retenu que l'assuré souffrait depuis de nombreuses années de

dorso-lombalgies, ainsi que de douleurs aux membres inférieurs. La description des troubles évoquait un tableau de sciatalgie et notamment un canal lombaire étroit, mais un ENMG et les examens radiologiques ne confirmaient pas clairement cette suspicion. Il existait quelques éléments en faveur d'une atteinte de polyneuropathie, qui pourraient en partie expliquer les plaintes subjectives et l'incapacité de travail.

Or ainsi que le relève à juste titre la Dresse M. _____ (cf. avis médical du 7 juin 2013), le Dr T. _____ confirme les diagnostics déjà connus et décrits lors de l'examen bidisciplinaire de 2006, de même que l'absence d'un tableau de canal lombaire étroit. En effet, dans leur rapport du 23 janvier 2007, les Drs Y. _____ et Q. _____ diagnostiquaient déjà des lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de discopathie des deux derniers étages, des troubles dégénératifs postérieurs en L5-S1, et des troubles statiques. Dans leur appréciation du cas, ces médecins avançaient que l'assuré présentait des troubles statiques et dégénératifs banals, sans signe de compression de racine, dans un contexte de déconditionnement physique et de surplus pondéral, avec une discordance entre les allégations de l'assuré et les constatations objectives.

Dans son rapport du 25 avril 2012, le Dr N. _____ a retenu que l'assuré souffrait depuis des années de dorso-lombalgies, ainsi que de douleurs des membres inférieurs. La description des troubles évoquait un tableau de sciatalgies et notamment de canal lombaire étroit, mais l'examen clinique, l'ENMG et les examens radiologiques ne confirmaient pas clairement cette suspicion. Il y avait quelques éléments en direction d'une atteinte polyneuropathique, mais cette dernière ne pouvait expliquer les plaintes formulées par le patient ni l'incapacité de travail.

Le recourant relève encore que le rapport du SMR du 14 novembre 2012, rédigé par les Drs M. _____ et V. _____, n'émane pas de spécialistes en neurologie ou en rhumatologie. Or ce document ne constitue pas le résultat d'un examen médical sur la personne de l'assuré (au sens de l'art. 49 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur

l'assurance-invalidité; RS 831.201]); il s'agit d'une appréciation du dossier médical effectuée par les médecins internes de l'OAI ayant pour but d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier. De tels avis ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes; ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales (TF 9C_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.2.2; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Dès lors, les compétences spécifiques des Drs M._____ et V._____, qui ont procédé à une synthèse des documents médicaux figurant au dossier, sont sans incidence dans la présente cause.

Au vu des rapports produits par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande de prestations, il apparaît dès lors qu'aucun élément médical ne démontre une aggravation de son état de santé par rapport à la décision initiale de refus de prestations. Comme le principe inquisitoire ne s'applique pas et que le recourant n'a pas rendu plausible l'existence d'une telle aggravation, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre de nouvelles investigations médicales. C'est donc à juste titre que l'OAI, en se fondant sur les explications du SMR, a renoncé à effectuer des investigations supplémentaires et n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, présentée par l'assuré le 7 mars 2012.

En effet, l'intimé, après avoir sollicité son SMR pour qu'il se prononce sur les deux rapports produits par l'assuré, a renoncé à mettre en œuvre des investigations supplémentaires relatives à l'état de santé du recourant. Il n'est dès lors pas entré en matière sur la demande du 7 mars 2012 (cf. à ce sujet TF 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 4.1), contrairement à ce que soutient le recourant.

Ainsi, les explications du Dr N._____ permettent clairement de retenir l'absence d'un tableau de sciatalgies et notamment de canal lombaire étroit. Si ce médecin admet la présence de quelques éléments en faveur d'une atteinte polyneuropathique, il précise que cette atteinte ne peut expliquer les plaintes formulées par le patient ni son incapacité de travail. Avec les médecins du SMR (avis médical du 14 novembre 2012 des

Drs M. _____ et V. _____), il convient de retenir que les conclusions du Dr N. _____ sont probantes.

5. a) 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'AI 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. 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 et 1'000 francs (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 francs.

b) Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement.

L'indemnité due au conseil d'office porte sur les opérations nécessaires à la conduite de la procédure elle-même, et qui entrent dans le cadre temporel fixé par la décision d'octroi. En l'occurrence, Me David Métille a produit le 14 mai 2013 la liste de ses opérations, correspondant à 9 heures et 35 minutes de travail. Compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr. de l'heure, l'indemnité due à Me David Métille s'élève à 1'725 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]), montant auquel s'ajoutent la TVA (au taux de 8%) par 138 fr., ainsi que les débours par 10 fr. et la TVA sur ces

derniers. Le montant total de l'indemnité s'élève donc à 1'873 fr. 80, TVA incluse.

Vu l'issue du litige, le recourant succombe et il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGa).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 décembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil du recourant, est arrêtée à 1'873 fr. 80 (mille huit cent septante-trois francs et huitante centimes), TVA comprise.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me David Métille, avocat à Lausanne (pour E. _____)
- 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).

Le greffier :