

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 février 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mmes Brélaz Braillard et Berberat
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

X. _____, à Prilly, recourant, représenté par Me Marina Machado, avocate
à Fleurier,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assuré), né en 1957, chauffeur et déménageur, a travaillé pour Y._____ depuis octobre 1989. A la suite d'une procédure de détection précoce, il a déposé le 7 mars 2008 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une première demande de prestations d'invalidité, tendant à l'octroi d'une mesure de réadaptation professionnelle, en indiquant quant au genre de l'atteinte la présence de "douleurs articulaires et musculaires" existant depuis 2005, avec une incapacité de travail totale à compter du 12 octobre 2007.

L'assuré a signé le 14 juillet 2008 un contrat d'objectifs, établi par l'OAI, aux termes duquel il s'engageait à suivre de façon assidue les leçons d'auto-école et de tout mettre en œuvre pour avoir le maximum de chances d'obtenir le permis de remorque poids lourds.

Dans un rapport médical à l'OAI du 21 juillet 2008, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi que médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose fémoro-patellaire gauche, d'épicondylite chronique des deux côtés et de lombalgies chroniques, précisant suivre l'assuré depuis le 12 octobre 2007. Il a indiqué que le traitement était conservateur et la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de déménageur-chauffeur du 12 octobre 2007 à ce jour. Il a noté une amélioration partielle des gonalgies après une ménissectomie partielle sous arthroscopie gauche et une amélioration des douleurs depuis la cessation de l'activité professionnelle. L'assuré ne pouvait plus porter d'objets lourds dépassant 10 kilos mais pouvait assumer une activité légère adaptée (avec port de charges inférieures à 10 kilos) à 100%, le pronostic étant à ce sujet favorable.

Par communication du 28 juillet 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il prendrait en charge les frais pour le permis de remorque.

Dans un rapport du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) du 13 août 2008, le Dr A. _____ a retenu l'atteinte principale à la santé de gonalgies sur gonarthrose gauche. Il a fait état d'une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles ont été décrites comme suit: port de charges supérieures à 10 kilos, position en porte-à-faux, mouvements de force avec les membres supérieurs et mouvements de pro-supination répétés, montées/descentes régulières d'escaliers, d'échafaudage, travail accroupi et à genoux, station debout prolongée.

Lors d'un entretien avec un collaborateur de l'OAI le 8 janvier 2009, l'assuré a déclaré qu'il avait commencé un nouveau travail en décembre 2008 chez M. _____ SA, mais qu'il avait eu un accident, s'était cassé un doigt en tombant et était à l'arrêt de travail jusqu'à environ mi-janvier 2009.

Le 24 février 2009, l'OAI a constaté que l'assuré n'avait pas droit à des mesures professionnelles, étant donné qu'il avait bénéficié dans le cadre de l'intervention précoce d'un permis de remorque, ce qui l'avait conduit à réintégrer le marché du travail auprès de M. _____ SA comme chauffeur poids lourd.

Dans un préavis du 3 mars 2009, confirmé par décision du 27 avril 2009, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des mesures professionnelles et à une rente. Il a retenu que l'intéressé était suffisamment réadapté, car il avait bénéficié d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation et avait ensuite été engagé dès le 1^{er} décembre 2008 comme chauffeur poids lourd chez M. _____ SA, réalisant un revenu excluant le droit à la rente. Cette décision est entrée en force.

B. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI le 2 mai 2012, en faisant état de douleurs articulaires et musculaires existant depuis 2005, avec la précision qu'il

était en traitement auprès du Dr K._____, médecin généraliste à Renens, depuis le 5 janvier 2012.

Le 8 mai 2012, l'OAI a imparti un délai de 30 jours à l'assuré pour produire un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de son état de santé et la date de sa survenance, le nouveau degré de l'incapacité de travail ainsi que le pronostic ou apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision. L'assuré a été informé que sans nouvelle de sa part, l'OAI considérerait qu'il n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non entrée en matière serait rendue.

L'assuré n'a pas réagi dans le délai qui lui a été imparti.

Par décision du 25 juillet 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'intéressé. Il a retenu que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Par courrier non daté indexé le 22 août 2012 par l'OAI, l'assuré a indiqué être dans l'attente du rapport de son médecin attestant la péjoration de son état. Il a prié l'OAI de laisser son dossier en suspens.

Dans une correspondance du 23 août 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré que vu le contenu de son courrier précité reçu le 22 août 2012, il annulait sa décision du 25 juillet 2012 et priait dès lors l'intéressé de lui faire parvenir un rapport médical de son médecin d'ici au 20 septembre 2012.

L'assuré n'ayant pas donné suite à cette demande, l'OAI lui a imparti d'office, par courrier du 7 novembre 2012, un ultime délai au 30 novembre 2012 pour lui faire parvenir un certificat médical de son médecin attestant une péjoration de son état de santé. L'OAI a prévenu

l'assuré que passé cette date, il lui adresserait un nouveau préavis de refus d'entrée en matière.

L'assuré n'ayant pas donné suite à cette demande, l'OAI a rendu le 11 décembre 2012 un projet de décision de refus d'entrer en matière, expliquant que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Le même jour, le centre médico-chirurgical [...] a faxé les pièces suivantes à l'OAI:

- Un rapport du 1^{er} avril 2011 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, constatant un patient bréviligne, en surcharge pondérale modérée, se plaignant de douleurs affectant la face plantaire de ses deux pieds. Dans ce contexte de fasciite plantaire, ce médecin a préconisé un traitement orthopédique conservateur par des supports plantaires et un renforcement de fond. Il a suggéré un traitement anti-inflammatoire.

- Un rapport du 1^{er} juillet 2011 du Dr G._____, attestant une correction des supports plantaires et un renforcement de fond. Le patient faisait toujours état de la présence d'une symptomatologie douloureuse plantaire, évoquant une polyneuropathie diabétique débutante. Le Dr G._____ a préconisé que l'assuré porte systématiquement ses supports et que son traitement antidiabétique soit étroitement surveillé.

- Un rapport médical du 29 septembre 2011 du Dr B._____, spécialiste en angiologie, posant les diagnostics principaux de douleurs du MID (membre inférieur droit) d'origine indéterminée, de récurrence variqueuse au MID sur incontinence de la jonction saphéno-fémorale et de la veine saphène antérieure accessoire de la cuisse, et d'incontinence de la jonction saphéno-poplitée et de l'extension crâniale de la petite veine saphène asymptomatique au MIG (membre inférieur gauche). Dans ses conclusions, ce médecin a relevé ne pas être certain que les douleurs

décrites au MID soient en relation avec la récurrence variqueuse; il a proposé d'effectuer un test avec une compression élastique et le cas échéant une intervention chirurgicale.

- Un rapport du 21 décembre 2011 du Dr N._____, radiologue, faisant suite à une IRM du genou droit et retenant les conclusions suivantes:

"Ménisectomie avec déchirure (grade III) de la corne postérieure du ménisque interne accompagnée par une surcharge modérée du collatéral interne et un discret stress biomécanique osseux par surcharge du plateau tibial interne. Epanchement articulaire avec une synovite aspécifique modérée diffuse vraisemblablement réactionnelle irritative. Ebauche de petits kystes de Baker et tibio-péronier".

- Un rapport du 26 janvier 2012 du Dr D._____, chirurgien orthopédique, relevant que le genou droit de l'assuré était devenu douloureux le 15 août 2011 lors d'un mouvement en pivot en déchargeant un chariot, les douleurs ayant diminué avec des anti-inflammatoires. Selon ce médecin, l'IRM du 21 décembre 2011 montrait bien une lésion de stade III in situ du ménisque interne probablement décompensée mais pas provoquée par l'événement du 15 août 2011. La lésion du ménisque interne du genou gauche, opéré en 2008, relevait également d'un phénomène dégénératif. Il a estimé qu'un traitement conservateur était préférable à une intervention chirurgicale.

- Un rapport du 1^{er} février 2012 du Dr N._____, faisant suite à une IRM lombaire et retenant les conclusions suivantes:

"Discopathie avec protrusion discale modérée médio-bilatérale et médiane respectivement en L4-L5 et L5-S1, toutes deux sans hernie ni contrainte significative sur le fourreau dural ou radiculaire avec un canal de dimensions larges et des foramina et récessi préservés. Les autres niveaux apparaissent sans particularité. Surcharge facettaire postérieure modérée en L5-S1".

- Un rapport médical LAA du 30 mars 2012 du Dr K._____, indiquant que l'assuré avait subi un accident le 15 août 2011, entraînant notamment une péjoration progressive des gonalgies droites, les premiers

soins ayant été donnés le 5 janvier 2012. Ce médecin a posé le diagnostic de gonalgies sur décompensation d'une lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit. Un traitement sous forme de physiothérapie et d'anti-inflammatoires a été prescrit jusqu'au 5 janvier 2012. Le Dr K. _____ a retenu une incapacité de travail du 5 janvier au 4 mars 2012, avec reprise du travail à temps complet, selon le Dr D. _____, au 5 mars 2012.

- Un rapport du 7 mai 2012 du Dr E. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, qui a posé les diagnostics de gonalgies droites dans le cadre d'une atteinte méniscale interne, de lombalgies chroniques aspécifiques dans le cadre d'une discopathie L5-S1 avec protrusion discale médiane et de paresthésies du pied droit, sur une vraisemblable polyneuropathie périphérique ou une névrite diabétique. Dans son appréciation du cas, ce médecin a relevé ceci:

"Sur la base des dires de M. X. _____, des constatations de l'examen clinique et du bilan paraclinique, on retient actuellement essentiellement des lombalgies mécaniques liées à des troubles dégénératifs bien documentés sur l'IRM lombaire du 1^{er} février 2012, actuellement avec principalement une protrusion discale médiane L5/S1 dans le contexte d'une discopathie prononcée L5/S1. Il n'y a toutefois aucun signe pour un conflit disco-radiculaire.

Dans ces conditions, il n'y a aucune raison de présenter ce patient à un chirurgien, il faut donc essentiellement poursuivre la physiothérapie de renforcement, proprioception et hygiène posturale.

Enfin, concernant ses douleurs dans le membre inférieur droit, elles sont à mettre sur le compte d'une part d'une méniscopathie interne (corroborée par l'IRM du genou faite le 21 décembre 2011, qui montre une déchirure de grade III de la corne postérieure, avec une surcharge biomécanique du plateau tibial interne sous jacent au ménisque), ce qui me semble le plus probable, compte tenu de la localisation de la douleur et compte tenu du fait qu'elle est surtout présente lorsque le patient est agenouillé ou accroupi. Finalement les paresthésies mal systématisées du pied droit dont il souffre, iraient plutôt dans le sens d'une polyneuropathie périphérique, voire d'une névrite dans le contexte de son diabète. A cet effet, je proposerais deux choses. D'une part que le patient soit revu par un chirurgien orthopédiste (deuxième avis) puisque le Dr D. _____ n'aurait pas proposé d'arthroscopie. Deuxièmement, il faudrait solliciter un conseil auprès d'un neurologue, compte tenu de la symptomatologie neurologique, d'allure plutôt périphérique et non pas radicaire, qui pourrait tout à fait être liée à son diabète qui évolue depuis plusieurs années.

Enfin, pour l'antalgie, j'ai proposé au patient de poursuivre le traitement que tu lui as déjà prescrit. Le patient explique qu'il a été mis au chômage et qu'il devrait donc retrouver une activité adaptée de lui-même, puisque des mesures AI ont déjà été entreprises en vue d'un reclassement professionnel, ce qui a conduit à son reclassement comme chauffeur-livreur.

Je n'ai personnellement pas prévu de le revoir mais je suis à disposition pour rediscuter du cas si nécessaire".

- Un rapport du 15 mai 2012 du Dr J._____, neurologue, qui a constaté que l'examen neurologique des membres inférieurs était normal. L'ENMG n'avait également pas permis de démontrer de signe de polyneuropathie sensitivo-motrice des membres inférieurs; il n'y avait également pas d'évidence en faveur d'un syndrome du tunnel tarsien droit. Ce médecin n'avait pas d'explication sur l'origine de la symptomatologie au pied droit.

- Un rapport du 4 septembre 2012 du Dr H._____, spécialiste en ophtalmologie, qui a relevé que la vision était conservée de près et de loin avec correction d'un astigmatisme hypermétropique léger et de presbytie. En biomicroscopie, les milieux antérieurs étaient clairs et calmes. Au fond de l'œil, les vaisseaux rétiniens montraient toujours quelques irrégularités et il n'y avait pas de signe de rétinopathie diabétique. Ce médecin a prescrit un gel et des larmes artificielles afin de diminuer le larmolement de l'assuré.

Toujours le 11 décembre 2012, le Dr K._____ a adressé à l'OAI un rapport médical dans lequel il a posé les diagnostics de méniscopathie droite avec déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit sur accident du 15 août 2011, de status après traumatisme de la cheville droite sur accident de moto en 1996, de douleurs plantaires des deux pieds sur fasciite plantaire, de douleurs chroniques du MID d'origine indéterminée, de lombalgies chroniques aspécifiques dans le cadre d'une discopathie avec protrusion discale modérée en L4-5 et L5-S1, sans contrainte sur le fourreau dural ou radiculaire, de récurrence variqueuse du MID sur incontinence saphéno-fémorale et status après cure de varices aux deux membres inférieurs,

d'état dépressif réactionnel, de diabète de type II traité, d'hyperuricémie traitée, de HTA traitée et d'allergie grave aux piqûres de guêpes. Ce médecin a attesté une incapacité de travail totale comme chauffeur livreur chez M. _____ SA depuis le 5 janvier 2012. Comme limitations fonctionnelles, il s'est référé au port de charges supérieures à 10 kilos, aux longs trajets en véhicule, aux trop grands trajets à pieds, au stress, au travail de nuit et aux horaires irréguliers. Il a ajouté qu'on ne pouvait actuellement pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Dans un avis médical du SMR du 9 janvier 2013, le Dr W. _____ a relevé que les éléments médicaux communiqués tant par le Dr E. _____ que par le Dr K. _____ n'avaient pas de caractère novateur ni du point de vue de l'atteinte à la santé ni des limitations fonctionnelles dictant une activité qui soit réellement adaptée dans les faits selon les critères retenus lors de la précédente demande. Ainsi, les informations médicales recueillies à ce jour n'étaient pas suffisantes pour justifier une entrée en matière.

Par décision du 8 avril 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que l'assuré, avec sa nouvelle demande, n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Dans un courrier explicatif du même jour, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'avait pas apporté, dans le délai fixé, d'élément rendant plausible une aggravation de son état de santé.

C. Par acte du 8 mai 2013, X. _____, représenté par Me Marina Machado, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 8 avril 2013 et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et mise en place d'une expertise pluridisciplinaire. En substance, il fait valoir que dans le cadre de l'instruction de la première demande, la question de son état de santé n'a été que peu étayée, peu de pièces au dossier permettant une

comparaison entre la première et la deuxième demande, seul y figurant le rapport du Dr S. _____ du 27 juillet 2008, si bien que la comparaison entre la première et la deuxième demande est difficile. Il explique ensuite que les nouveaux rapports produits à l'appui de la deuxième demande font état de nouvelles atteintes, voire d'aggravation d'atteintes existantes, se plaignant d'une instruction insuffisante de son dossier, estimant que l'OAI aurait dû demander la mise en place d'une expertise. Il requiert enfin la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et orthopédique avec volet psychiatrique.

A l'appui de son recours, l'assuré a produit un certificat du 30 avril 2013 du Dr K. _____, attestant un arrêt de travail à 100% du 5 janvier 2012 au 31 juillet 2013.

Dans sa réponse du 2 juillet 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Se référant à l'avis médical du SMR du 9 janvier 2013, il a relevé que l'état de santé de l'assuré - au vu des pièces produites par ce dernier - ne s'était pas modifié par rapport à sa précédente décision du 27 avril 2009.

Par réplique du 27 septembre 2013, le recourant fait valoir qu'il a rendu plausible l'aggravation de son état de santé compte tenu des différents rapports médicaux produits. Il requiert du Dr V. _____, spécialiste en pneumologie et en médecine interne générale, la production d'un rapport en lien avec le syndrome d'apnée du sommeil, et la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et orthopédique avec un volet sur le syndrome d'apnée du sommeil. Le recourant a produit les documents médicaux suivants:

- Un rapport du 28 janvier 2013 du Dr C. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi que de la colonne vertébrale, qui a retenu la présence de lombopyalgies bilatérales dans un contexte de spondylodiscarthroses L4/S1 avec composante de micro-instabilité segmentaire L5-S1, cette problématique survenant dans une constellation

d'hypermobilité articulaire et de gonalgies bilatérales dans un contexte d'arthropathie fémoro-patellaire.

- Un rapport du 21 septembre 2013 du Dr C._____, répondant aux questions du mandataire de l'assuré, indiquant notamment que l'assuré présente une capacité de travail résiduelle théorique de 50% dans le cadre d'une activité adaptée.

Dans sa duplique du 21 octobre 2013, l'OAI confirme sa position. Il se réfère à nouveau à l'avis du SMR et relève que les rapports du Dr C._____, ne peuvent être pris en compte dans le cadre de la présente procédure.

Dans ses déterminations du 14 novembre 2013, le recourant confirme ses conclusions. Il soutient que les rapports du Dr C._____ doivent être pris en compte et se réfère à ses précédents arguments.

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).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile 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 présentée par le recourant le 2 mai 2012. La présente procédure porte dès lors uniquement sur le point de savoir si l'intéressé a rendu plausible, au regard des pièces médicales produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

3. a) 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).

b) 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 27 avril 2009 et la décision litigieuse,

un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à une rente et à des mesures professionnelles, s'est produit. En effet, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 2 mai 2012. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI, a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations. Par conséquent, le certificat du 30 avril 2013 du Dr K._____ et les rapports du Dr C._____ des 28 janvier et 21 septembre 2013 - produits ultérieurement, soit dans le cadre de la procédure de recours - n'ont pas à être pris en compte dans le cas d'espèce.

b) En l'occurrence, dans le cadre de la première demande de prestations d'invalidité, le Dr S._____, dans un rapport du 21 juillet 2008, avait posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose fémoro-patellaire gauche, d'épicondylite chronique des deux côtés et de lombalgies chroniques, avec une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de déménageur-chauffeur mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans son rapport médical du 13 août 2008, le Dr A._____ du SMR avait retenu l'atteinte de gonalgies sur gonarthrose gauche, avec une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles.

A l'appui de sa nouvelle demande de prestations, le recourant - par l'intermédiaire du centre médico-chirurgical [...] - a déposé plusieurs rapports médicaux, faisant état de nouvelles atteintes à la santé. Il en résulte notamment une atteinte aux pieds, dans un contexte de fasciite plantaire, nécessitant des supports plantaires et un traitement orthopédique adéquat (rapports des 1^{er} avril et 1^{er} juillet 2011 du Dr G._____). Ce médecin n'a toutefois pas attesté d'incapacité de travail, préconisant le port systématique des supports et la surveillance étroite du traitement médicamenteux. Des lombalgies ont en outre été mentionnées, notamment par les Drs E._____ (rapport du 7 mai 2012) et K._____ (rapport du 11 décembre 2012), et ont fait l'objet d'une IRM (rapport du 1^{er} février 2012 du Dr N._____). Cette atteinte existait cependant déjà au moment de la décision de refus de prestations - de sorte qu'il ne s'agit

pas d'une affection nouvelle - et elle ne fait pas l'objet d'une incapacité de travail spécifiquement attestée. Sur le plan angiologique, le Dr B. _____ (rapport du 29 septembre 2011) a constaté des problèmes veineux aux membres inférieurs (entraînant une récurrence variqueuse au MID), mais sans retenir d'incapacité de travail. Quant aux problèmes oculaires, attestés par le Dr H. _____ (rapport du 4 septembre 2012), ils font l'objet d'une correction (pour l'astigmatisme hypermétropique léger et la presbytie) ainsi que de gel et de larmes artificielles pour diminuer le larmolement. Aucune incapacité de travail n'est retenue pour les problèmes oculaires, lesquels ne sont au demeurant pas indiqués dans la liste des diagnostics par le médecin traitant de l'assuré (rapport du 11 décembre 2012 du Dr K. _____ a contrario). Enfin, le Dr K. _____ a mentionné un état dépressif réactionnel, mais sans mise en place d'un suivi ni d'un traitement et ne donne pas d'explication circonstanciée, notamment au sujet de la gravité.

Cela étant, à la lecture du rapport du 26 janvier 2012 du Dr D. _____, il apparaît que l'assuré a ressenti une douleur au genou droit le 15 août 2011, lors d'un mouvement en pivot en déchargeant un chariot. Selon ce médecin, cette atteinte a entraîné une incapacité de travail d'une semaine, avec une évolution difficile et une nouvelle incapacité de travail complète depuis le 5 janvier 2012. Une IRM du genou droit a été effectuée le 21 décembre 2011, mettant en évidence une déchirure (de grade III) de la corne postérieure du ménisque interne. Dans un rapport médical LAA du 30 mars 2012, le Dr K. _____ a retenu - en raison de cet événement - une incapacité de travail du 5 janvier au 4 mars 2012. Certes, les Drs D. _____ et E. _____ ne se prononcent pas sur la capacité de travail. Cela ne signifie toutefois pas que l'atteinte au genou droit en lien avec la déchirure du ménisque n'ait pas d'incidence sur la capacité de travail. Au demeurant, le Dr K. _____, qui a fait état comme premier diagnostic d'une méniscopathie droite avec déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit (due à l'accident du 15 août 2011) retient que l'assuré n'est pas encore capable de reprendre son activité professionnelle, respectivement d'améliorer sa capacité de travail (rapport du 11 décembre 2012).

Il résulte de ce qui précède que les conséquences de l'événement du 15 août 2011 ont une incidence qui paraît significative sur la capacité de travail de l'assuré, cet événement ayant entraîné dans un premier temps une incapacité de travail d'une semaine suivie d'une évolution difficile, puis dans un second temps une incapacité de travail du 5 janvier au 4 mars 2012, capacité qui selon le Dr K. _____ était encore limitée en décembre 2012. On s'écartera donc de l'avis du SMR du 9 janvier 2013 du Dr W. _____, qui ne s'exprime pas sur les différentes atteintes à la santé de l'assuré, et en particulier sur les conséquences de l'événement du 15 août 2011, lesquelles ressortent pourtant des documents médicaux déposés à l'appui de la nouvelle demande.

c) Il y a donc à tout le moins un élément nouveau susceptible de modifier la capacité de travail et de gain du recourant. L'intimé ne pouvait dès lors nier une aggravation de l'état de santé de celui-ci sur la seule base de l'avis du SMR sans plus ample examen. Il appartient donc à l'OAI d'instruire le cas de l'intéressé.

5. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande présentée par le recourant.

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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, il a droit à des dépens qu'il convient de fixer équitablement à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales

prononce :

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 8 avril 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Marina Machado, avocate à Fleurier (pour X. _____)
- 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 :