

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Thalmann et M. Métral
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

K._____, à Yverdon-les-Bains, recourant,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1951, ressortissant suisse originaire de Serbie, a déposé une première demande de prestations AI le 14 janvier 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé). A teneur de certificats médicaux établis par le Dr A._____, spécialiste en médecine générale du Centre Médical d' [...] et médecin traitant, l'assuré était en incapacité de travail depuis le 25 mars 2008 à des taux variables de 50 ou 100 %.

Dans un avis médical du 17 mars 2009, les Drs Q._____ et F._____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI ont résumé comme il suit l'état de santé de l'assuré :

"Assuré de 57 ans d'origine serbe, ouvrier auprès de [...] (depuis 15 ans selon son médecin traitant) sans formation professionnelle.

Selon son médecin traitant, le Dr A._____, médecine générale, cet assuré présente un conflit radiculaire au niveau de la colonne cervicale à droite sur troubles dégénératifs. Il recommande pour l'adaptation de son poste qu'il n'y ait pas de ports de charges près du corps de 10 kg et plus et la possibilité pour l'assuré de varier les positions debout et assise. Dans ces conditions, la capacité de travail sera d'au moins 50%.

Ceci sont les seuls éléments qui puissent être transmis pour le moment et avec réserves puisque l'instruction n'est pas terminée."

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'assureur LPP de l'assuré (P._____) a transmis à l'OAI, le 22 avril 2009, la copie d'une expertise de l'intéressé réalisée en date des 18 et 27 février 2009 auprès du Centre d'Expertise Médicale (CEMED SA) à Nyon. Dans leur rapport du 20 avril 2009, les experts J._____, spécialiste en rhumatologie et W._____, spécialiste en psychiatrie - psychothérapie du CEMED SA ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de rachialgies avec troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire avec rétrolisthésis C4-C5, spondylose C7-D1, rétrolisthésis L5-S1 et discopathies

de L3-L4 à L5-S1. Ils se sont en outre prononcés en ces termes sur le cas de l'assuré :

"[...]

5. Synthèse et discussion

[...]

Situation actuelle :

Sur le plan somatique, les plaintes principales et invalidantes selon Monsieur K._____ sont des rachialgies. Il ressent des douleurs cervicales ou lombaires de longue date. Elles se sont nettement aggravées depuis un peu plus d'un an, sans cause apparente. Le médecin traitant a organisé des investigations radiologiques qui mettent en évidence des troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire.

Lors de l'évaluation actuelle Monsieur K._____ se plaint de rachialgies quotidiennes, intenses, en partie modulées par les activités ou le repos. Il n'y a sinon pas d'irradiation douloureuse dans les membres ou de trouble neurologique périphérique. A l'examen clinique on ne constate pas de limitation significative de la mobilité du rachis ni de signe d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique des membres supérieurs ou des membres inférieurs. On peut donc considérer que les atteintes organiques objectives du rachis entraînent des limitations pour les activités nécessitant des efforts physiques lourds. Sinon dans une activité adaptée la capacité de travail est normale.

L'assuré se plaint également d'impatiences durant la nuit surtout dans le membre inférieur gauche. Cela pourrait correspondre à un syndrome des jambes sans repos qui jusqu'ici n'a pas été traité. Un essai de traitement par exemple avec du Sifrol mérite d'être tenté pour améliorer la qualité de vie de l'assuré. Cela n'a pas d'influence significative sur la capacité de travail.

Enfin Monsieur K._____ se plaint de maux de tête connus et présents de longue date pour lesquels divers traitements ont été essayés y compris des médicaments anti-migraineux. L'anamnèse évoque plutôt des céphalées tensionnelles que de véritables migraines. Ce problème présent depuis de nombreuses années n'influence pas la capacité de travail.

Enfin signalons encore des problèmes cardiovasculaires à savoir selon les documents fournis un status après deux AVC cérébelleux en 2003 et 2005 sans séquelles et une tachycardie supra-ventriculaire nodale et un foramen ovale perméable traités en 2005. Il n'y a pas de complication ou de séquelle de ces problèmes qui n'influencent donc pas la capacité de travail.

Sur le plan psychique, notre examen clinique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble panique, de trouble phobique, ni de perturbation sévère de l'environnement psychosocial qui est inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des relations proches et stables autant au plan familial qu'amical. M. K._____ ne présente pas non plus de trouble de la personnalité morbide.

Suite à un enchaînement d'événements stressants, comme les maladies et les décès de ses parents, les difficultés de ses enfants (fils handicapé, rupture sentimentale de sa fille, des conflits conjugaux, avec séparation de sa deuxième femme en 2003, suivi par le décès de cette femme en 2005), l'assuré décrit la survenue d'une dépression chronique de l'humeur accompagnée d'un sentiment d'angoisse existentielle dont la sévérité est toujours restée insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif léger ou moyen. Il décrit lui-même des périodes de quelques jours voire de quelques semaines, durant lequel[le]s il se sent relativement bien, et qui se présentent réactionnelles aux changements de l'intensité de ses douleurs corporelles. C'est ainsi qu'il passe par exemple des vacances en juillet 2008, dont il dit avoir bien profité. Mais la plupart du temps, il se sent fatigué et déprimé. Il rumine quant à son avenir et perd confiance en lui-même, mais il est toujours resté capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne et de s'engager dans sa vie sentimentale, de mener une vie sociale active avec des rencontres régulières avec ses amis et d'assurer une partie des tâches ménagères.

Synthèse et conclusions:

Sur le plan somatique, on retient surtout des rachialgies en rapport avec des troubles dégénératifs du rachis. Ce problème entraîne des limitations fonctionnelles et une diminution partielle de la capacité de travail pour les activités physiques lourdes. Les autres diagnostics n'influencent pas la capacité de travail de façon significative et durable.

Sur le plan psychique, nous avons retenu le diagnostic d'une dysthymie selon les critères de définition de la CIM-10.

Comme décrite ci-dessus, la dysthymie n'empêche pas l'assuré de poursuivre les activités de la vie quotidienne et de mener une vie sociale active. En conséquence, elle ne justifie pas une incapacité de travail au plan psychiatrique."

Par décision du 8 juin 2009, l'Office AI a refusé d'octroyer le droit à des mesures professionnelles à l'assuré, retenant que l'employeur de celui-ci lui avait proposé un poste de travail adapté, de sorte que d'autres mesures ne s'avéraient pas nécessaires. L'OAI précisait cependant à l'assuré que le nouveau contrat de travail n'ayant alors pas encore été signé, dans l'éventualité où le nouveau poste ne lui serait finalement pas octroyé, une aide au placement pourrait être proposée. Pour terminer, l'Office AI informait l'assuré qu'une décision séparée lui parviendrait ultérieurement s'agissant de son droit à la rente.

Dans un rapport médical SMR du 19 août 2009, le Dr Z. _____ a intégralement suivi les constatations et conclusions du rapport

bidisciplinaire d'expertise précité, retenant sur le plan de l'évaluation de la capacité de travail que l'assuré se trouvait en incapacité de travail à 100 % depuis mars 2008 mais qu'à partir du 10 juillet 2008, celui-ci bénéficiait d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité habituelle d'ouvrier et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, à savoir pas de port répété de charges de plus de 10 kilos, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc et possibilité d'alterner les positions assise et debout chaque heure.

A teneur d'une communication interne à l'Office AI du 13 octobre 2009, il est écrit que malgré la mise à disposition par l'employeur d'un poste de travail adapté aux limitations, l'assuré se sentant inapte à travailler, de sorte qu'il avait finalement été licencié par celui-là.

Dans un avis médical du 2 novembre 2010, le Dr Z. _____ du SMR a relevé ce qui suit en lien avec des nouvelles pièces médicales produites par l'assuré au cours de l'instruction de son dossier par l'OAI :

“Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré était appréciée comme entière par le SMR le 19 août 2009. Le SMR se basait sur l'expertise médicale multidisciplinaire réalisée au CEMED dont le rapport est daté du 20 avril 2009.

La communication interne de l'OAI en date du 13.10.2009 décrit un poste de travail adapté. Elle précise que le licenciement de l'assuré tient au fait que malgré les adaptations mises en place, l'assuré s'est estimé inapte à travailler et l'employeur était au bout de ses possibilités.

Les différentes pièces médicales versées au dossier depuis le rapport d'examen SMR du 19 août 2009 ne sont pas convaincantes d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré ayant pour conséquence une modification des limitations fonctionnelles retenues ou une diminution de la capacité de travail exigible.

Nous maintenons donc notre décision.”

Par projet de décision du 11 novembre 2010, l'Office AI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente. Ses constatations étaient les suivantes :

“Résultat de nos constatations:

Vous avez déposé votre demande de prestations AI le 14 janvier 2009.

Selon les renseignements en notre possession, vous avez été en incapacité de travail totale dès le 25 mars 2008. C'est donc à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année.

Après analyse médicale de votre situation, il ressort que vous présentez une capacité de travail de 50% dans votre activité professionnelle habituelle et ce dès juillet 2008. Par contre, dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, vous conservez une capacité de 100% et ce dès juillet 2008.

Nous avons donc évalué votre préjudice économique.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'732.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.- x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009 (+ 1,60%, + 2% + 1,35%); La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'175.56 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 52'849.22.

Dans votre activité professionnelle habituelle, votre gain annuel en 2009 se serait élevé à CHF 61'256.-.

Comparaison des revenus :

sans invalidité CHF 61'256.00

avec invalidité CHF 52'849.22

La perte de gain s'élève à CHF 8'406.78 = un degré d'invalidité de 13,7%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

En revanche, votre droit à une aide au placement étant ouvert; nous vous accorderons cette prestation sur simple renvoi du formulaire ci-joint, dûment complété, dans les 30 jours.

Notre décision est par conséquent la suivante:

La demande est rejetée."

A l'appui de ses objections formulées sur le projet précité, l'assuré a notamment produit un rapport établi le 2 février 2011 par le Dr A. _____ au terme duquel, le médecin traitant se disait d'avis qu'aucun travail n'était plus exigible de la part de son patient, compte tenu d'une péjoration de son état depuis le début de l'arrêt de travail.

Dans un avis médical SMR du 11 mars 2011, les Drs Z. _____ et F. _____ ont observé que la dernière pièce médicale produite consistait uniquement en une appréciation ne reposant sur aucun fait médical objectif, de sorte que dite pièce n'était pas de nature à modifier l'exigibilité telle qu'arrêtée au préalable.

Dans un rapport du 8 octobre 2010 adressé au médecin traitant mais reçu le 19 juillet 2011 par l'OAI, établi consécutivement à une hospitalisation de l'assuré du 18 août au 23 août 2010, les Drs G. _____, cheffe de clinique adjointe et S. _____, médecin assistante du Département de Psychiatrie Secteur Psychiatrie Nord du CHUV à [...], se sont prononcés comme il suit sur l'état de santé de celui-ci :

constituait un fait nouveau dont l'évolution était alors inconnue. L'aggravation somatique au niveau de la ceinture scapulaire, de la main droite, des séquelles possibles du traitement crânien et la question du malaise vaso-vagale constituant aussi des faits nouveaux de la sphère somatique. Dans ces circonstances, les médecins du SMR estimaient qu'il convenait de mettre en place une mesure d'instruction sous la forme d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) ambulatoire de l'assuré.

Dans un rapport d'expertise médicale bidisciplinaire du 13 février 2012, le Dr X._____, spécialiste en rhumatologie à [...], s'est notamment prononcé comme il suit sur l'état de santé de l'assuré sur le plan somatique :

"[...]

4. DIAGNOSTICS

4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail:

- > Lombopygialgies et cervicobrachialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
- minime discopathie L5-S1 et C5-C6

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

- > Douleur de la base du pouce D sur probable pré-arthrose.
- > Status post AVC cérébelleux en 2003 et 2005, sans séquelles.
- > Status post thermo-ablation d'une tachycardie nodale typique et fermeture du foramen ovale en 2005.
- > Status post opération d'hernie inguinale bilatérale en 2002.
- > Status post ablation d'une tumeur bénigne de la parotide G en 1993.
- > Status post appendicectomie en 1992.
- > Status post syncope d'origine vaso-vagale et traumatisme crânien simple en 2011.

APPRECIATION DU CAS

Nous sommes confrontés à un assuré de 61 ans, d'origine serbe, en Suisse depuis 1984, sans formation professionnelle mais ayant travaillé successivement dans l'agriculture, comme ouvrier dans une usine de conserves, puis, depuis 1990 comme ouvrier dans une usine de métallurgie dans le dégraissage de tubes et de profils, et ce jusqu'en 2008. Il est marié et divorcé à trois reprises. Il est le père d'un fils issu du premier mariage, lui-même vivant avec l'assuré en raison d'un handicap suite à un accident en 1991 et d'une fille, indépendante issue du deuxième mariage.

Du point de vue médical, l'assuré est connu pour un AVC cérébelleux en 2003 et 2005, sans séquelles, dans un contexte d'une tachycardie nodale pour laquelle il bénéficie en 2005 d'une thermoablation suivie d'une fermeture du foramen ovale. Il signale depuis 2008, l'exacerbation de cervicobrachialgies et depuis 2009 de lombalgies basses entraînant un arrêt de travail prolongé depuis 2009.

Au status de ce jour, on note la présence d'un syndrome lombovertébral et cervico brachial sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire.

L'ensemble de la symptomatologie s'inscrit cependant en avant-plan d'une légère diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec présence de douleurs insertionnelles mais cependant peu significatives. Il n'y a pas de signe de non organicité selon Waddell.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique met certes en évidence une minime discopathie C5-C6 et L5-S1, cependant peu significative et compatible avec son âge et qui ne s'est par ailleurs pas péjorée par rapport au bilan de 2008. L'ultrasonographie des mains et des poignets ne met pas en évidence de signe de synovite ou de rehaussement au Doppler. La radiographie est rassurante. Il n'y a pas de trouble dégénératif ou érosif significatif.

Du point de vue thérapeutique, l'assuré devrait bénéficier, concernant le rachis cervical et lombaire, d'une prise en charge physiothérapeutique en thérapie manuelle avec mobilisation douce progressive, active et passive, reconditionnement de la musculature, associée à une utilisation d'une ceinture lombaire.

Concernant les mains, une prise en charge sous forme de bains de paraffine pourrait être évoquée.

Du point de vue médicamenteux, il serait opportun d'améliorer l'antalgie et d'ajouter une médication d'AINS voire myorelaxante.

Du point de vue de son exigibilité, concernant son activité d'ouvrier dans une usine de métallurgie, au vu de la nécessité de porter des charges en porte-à-faux avec long bras de levier, sa capacité de travail peut être estimée à 80% avec diminution de rendement de 20%.

Dans une activité adaptée, avec diminution des mouvements en porte-à-faux, les mouvements de préhension avec la main D et de ports de charges de plus de 10 kg, sa capacité de travail est totale.

Cette appréciation se différencie de celle du Dr A. _____ qui estime que la capacité de travail est nulle dans une quelconque activité professionnelle.

A notre avis, le bilan radiographique ne s'est pas péjoré de manière significative. Les lésions mises en évidence sont compatibles avec l'évolution due à son âge et restent modérées. Les événements de 2011, ne constituent pas d'élément nouvellement incapacitant.

Fort est de constater, dès lors, la discordance entre les plaintes, l'impuissance fonctionnelle de l'assuré et les examens cliniques et paracliniques de ce jour. En effet, l'assuré ne présente pas

d'amyotrophie, la marche est fluide, il n'y a pas d'allégation douloureuse lors de toute mobilisation active. Il est capable de monter et descendre l'escalier, il est resté assis plus de deux heures.

D'un point de vue interdisciplinaire, après discussion avec le Dr M._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité antérieure est estimée à 80% avec diminution de rendement de 20% et dans une activité adaptée sa capacité de travail est totale. Le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne présente pas de caractère incapacitant."

Au terme d'un examen psychiatrique de l'assuré en date du 8 février 2012, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie à [...], n'a pas mis en évidence de maladie invalidante chez l'assuré sur le plan psychiatrique. Ses constatations étaient les suivantes :

"[...]

L'examen psychiatrique du 08 février 2012 met en évidence:

- o Les éléments d'un tableau chronique de dépression de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif léger, avec : moral préservé, sans véritable tristesse ni irritabilité, avec fatigue anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire, ruminations existentielles sans idées noires, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil perturbé par des réveils récurrents, appétit diminué.

Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec, à raison de 80% du temps, des moments où il se sent moins bien, et essaie de sortir de chez lui, à raison de 20% du temps, des moments où il se sent mieux, et cuisine, s'attelle à des tâches ménagères, se promène.

L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré. Ce tableau de dysthymie peut se comprendre comme cicatriciel d'un épisode dépressif réactionnel d'intensité moyenne, ayant nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique de 5 jours, en août 2010, avec suivi ambulatoire ultérieur de quelques consultations et arrêt sur amélioration,

- o une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic incapacitant,

- o une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité,

o la présence d'une symptomatologie algique sans grande intensité ni détresse.

L'existence d'une symptomatologie algique pourrait faire évoquer un diagnostic de trouble somatoforme mais manquent alors l'intensité des plaintes et la détresse; l'absence de comorbidité psychiatrique, dans la mesure où un tableau de dysthymie ne peut participer d'une comorbidité et de repli social ne permettent pas d'envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme.

Nous avons pris bonne note du rapport médical du médecin généraliste traitant, en date du 16 novembre 2011, proposant un diagnostic incapacitant de dépression réactionnelle et, en l'absence de cotation CIM-10, nous pensons que ce praticien fait référence à l'épisode dépressif réactionnel motivant l'hospitalisation psychiatrique susmentionnée, avec selon nos constat[at]ions anamnestiques et cliniques, le tableau de dysthymie résiduelle.

Par ailleurs notre examen clinique n'a pas montré de signes de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Sur le plan psychiatrique nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 08 février 2012, strictement superposable à celui mentionné dans l'expertise psychiatrique CEMED du 20 avril 2009, ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une incapacité de travail de longue durée.

Sur le plan interdisciplinaire, après discussion avec notre Collègue le Dr X._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité antérieure est estimée à 80% avec diminution de rendement de 20% et est estimée totale dans une activité adaptée. Le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne présente pas de caractère incapacitant.

Les limitations fonctionnelles

Aucune sur le plan psychiatrique.

Depuis quand y [a]-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Sans objet sur le plan psychiatrique.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Sans objet sur le plan psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible

- Dans l'activité habituelle : sur le plan psychiatrique 100%
- Dans une activité adaptée : sur le plan psychiatrique 100 %
- Nous ne voyons pas de raison médicale à une réadaptation professionnelle."

Dans un avis SMR du 29 février 2012 et sur le vu des nouvelles pièces médicales au dossier, le Dr Z._____ a résumé comme il suit la

situation médicale de l'assuré, ainsi que l'incidence de celle-ci sur sa capacité de travail résiduelle :

“Dans le cadre d'une procédure d'audition les médecins de l'assuré ont attesté une aggravation de l'état de santé sans se prononcer clairement sur la stabilité de l'état de santé, les nouvelles limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Pour répondre à ces questions des expertises ont été mises en place.

Sur le plan psychiatrique l'expert confirme l'absence d'incapacité de travail durable secondaire à une maladie psychiatrique.

Sur le plan somatique, le Dr X. _____ rhumatologue retient comme problèmes des lombopygialgies et des cervicobrachialgies chroniques sans déficit sensitif ou moteur dans un contexte de troubles dégénératifs ostéoarticulaires avec une image de discopathie minime L5-S1 et C5-C8.

Il retient comme LF [limitations fonctionnelles] : pas de mouvements répétitifs en porte-à-faux, avec long bras de levier, pas de mouvements d'antéversion répétitifs, pas de port de charge de plus de 10 kg et pas de mouvements de préhension répétitifs de la main droite.

Nous ajoutons donc ces LF à celles déjà retenues dans le rapport SMR du 19.08.2009.

Dans l'activité habituelle il convient de conclure que la CT [capacité de travail] est de 50% dès juillet 2008.

Dans une activité adaptée elle est de 100% depuis juillet 2008.”

Par décision du 5 novembre 2012, l'Office AI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Ses constatations s'articulaient comme il suit :

“Résultat de nos constatations :

Vous avez déposé votre demande de prestations AI le 14 janvier 2009.

Selon les renseignements en notre possession, vous avez été en incapacité de travail totale dès le 25 mars 2008. C'est donc à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année.

Après analyse médicale de votre situation, et sur la base des rapports d'expertises des Drs M. _____ et X. _____, il ressort que vous présentez une capacité de travail de 50% dans votre activité professionnelle habituelle et ce dès juillet 2008. Par contre, dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (par exemple magasinier léger, ouvrier de conditionnement de matériel léger,

ouvrir de production dans l'industrie de précision), vous conservez une capacité de 100% et ce dès juillet 2008.

Nous avons donc évalué votre préjudice économique.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'806.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'998.24 (CHF 4'806.- x 41,6: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'978.88.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2,10%); La Vie économique, 10-2006, p.91 tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'238.44 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de votre âge, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 52'052.67.

Dans votre activité professionnelle habituelle, votre gain annuel en 2009 se serait élevé à CHF 61'256.-.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	61'256.00			
avec invalidité	CHF	52'052.67			
La perte de gain s'élève à	CHF	9'203.33	=	un	degré
d'invalidité de 15%					

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

En revanche, le droit à une aide au placement étant ouvert, nous vous accorderons cette prestation sur simple renvoi du formulaire ci-joint, dûment complété.”

Le 14 janvier 2013, l'assuré a sollicité l'obtention d'une aide au placement de la part de l'OAI. Lors d'un premier entretien « PLA » du 28 février 2013, l'intéressé a fait part de son souhait d'obtenir une rente, de sorte qu'il a été mis fin à cette mesure à teneur d'un rapport final établi le même jour.

B. Le 7 mars 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Etaient notamment joints en annexe, un courrier de l'employeur du 23 septembre 2009 dont il ressortait qu'il avait été mis fin à l'emploi de l'assuré au 31 décembre 2009 ainsi que des correspondances du Centre Social Régional (CSR) [...] établies en relation avec le revenu d'insertion (RI) de l'intéressé.

Dans un courrier du 8 mars 2013, 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 l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision.

Dans un rapport du 8 avril 2013 adressé à l'Office AI, le Dr A. _____ s'est exprimé en ces termes sur l'évolution de l'état de santé de son patient :

“Les diagnostics sont multiples et pluri systémiques (les diagnostics peuvent être demandés par votre médecin).

L'aggravation de l'état de santé est lente et constante. L'impotence de la charnière scapulo-cervicale e[s]t de plus en plus grande.

Arthrite déformante a/n main D de plus en plus douloureuse.

L'état général diminue constamment.

Actuellement, la capacité de travail est de 0%.

Le pronostic à moyen terme est mauvais en ce qui concerne la reprise d'activité lucrative."

Par projet de décision du 18 avril 2013, l'Office AI a fait part à l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Il relevait à cet égard en particulier ce qui suit :

"[...]

Votre précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 5 novembre 2012. Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si vous rendez plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer votre droit aux prestations.

Avec cette nouvelle demande, vous n'avez pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il s'agit uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Pour cette raison, nous ne pouvons pas entrer en matière sur votre nouvelle demande."

A la suite des objections formulées en date du 13 mai 2013 par l'assuré sur le projet en question, l'Office AI a, par décision du 3 juin 2013, intégralement confirmé sa position quant au refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Dans un courrier d'accompagnement du 3 juin 2013, l'OAI a constaté que malgré sa demande de renseignements du 8 mars 2013 et malgré le courrier du Dr A._____, aucun renseignement complémentaire lui permettant de revoir sa position n'avait été fourni par l'assuré dans le délai imparti.

C. Par acte du 27 juin 2013, K._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut implicitement à l'annulation de la décision rendue le 3 juin 2013 par l'Office AI.

Dans sa réponse du 22 août 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il expose qu'en l'espèce, une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) a été effectuée le 13 février 2012 et que c'était sur la base de ces conclusions

qu'une première décision de refus de rente a été rendue. S'agissant du rapport du 8 avril 2013 du médecin traitant, il ne contiendrait aucun élément objectif de nature à attester une aggravation significative de l'état de santé du recourant depuis 2012. L'intimé observe à cet égard qu'en 2011 déjà, le Dr A._____ déclarait que plus aucune activité professionnelle n'était raisonnablement exigible de la part de son patient. Or en de telles circonstances, l'Office AI retient qu'il ne se justifiait pas de faire procéder à de nouvelles investigations suite à la nouvelle demande déposée.

Au terme d'un second échange d'écritures, les parties ont chacune maintenu leurs positions respectives.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 let. a LPA-VD). L'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

c) S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est seul litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de rente présentée le 7 mars 2013 par le recourant.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

b) 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. 3 et 4 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). 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 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. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement 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).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.2 et 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7).

4. Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir 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, 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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit 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; TFA I 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances 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).

5. En l'occurrence, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur l'examen de la nouvelle demande AI déposée le 7 mars 2013 par le recourant. Il a retenu que l'état de santé de celui-ci ne s'était pas modifié (aggravé) depuis la dernière décision de refus entrée en force rendue le 5 novembre 2012. Sur les plans rhumatologique et psychiatrique, l'OAI - au terme de la décision litigieuse - a conclu que les aggravations annoncées à l'appui de la nouvelle demande de prestations n'étaient pas démontrées postérieurement à la dernière décision de la fin 2012 niant tout droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Ainsi, le handicap somatique/rhumatologique de l'assuré avait déjà été pris en compte en son temps par les Drs M._____ et X._____ au terme de leur expertise bidisciplinaire de février 2012. Il en va à l'identique de l'affection psychiatrique, à savoir le diagnostic non invalidant de dysthymie, mise en évidence au terme du rapport des experts précités. L'OAI retient que le dernier avis du médecin traitant constitue uniquement une appréciation

différente d'un même état de fait, de sorte qu'il n'y a aucune péjoration de l'état de santé du recourant depuis 2012.

Le recourant estime quant à lui sur la base du seul rapport médical du 8 avril 2013 de son médecin traitant (Dr A. _____) que l'aggravation de son état de santé est avérée.

a) Le 8 mars 2013, l'Office AI 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 l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision. Le 3 juin 2013 dans un courrier explicatif joint et faisant partie intégrante de la décision attaquée, l'OAI a constaté que malgré cette mise en demeure aucun renseignement complémentaire ne lui avait été fourni par le recourant afin de rendre plausible la modification de son degré d'invalidité, soit de manière à influencer ses droits.

b) Sur le plan rhumatologique, on retient avec l'intimé un statu quo depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force. Quoiqu'en dise le recourant, le rapport de son médecin traitant du 8 avril 2013 n'est pas déterminant dès lors qu'il se limite à faire état d'une aggravation constante de l'état de santé de l'assuré (impotence de la charnière scapulo-cervicale de plus en plus grande et arthrite déformante a/n main droite de plus en plus douloureuse) sans l'étayer. Outre le fait qu'il émane du médecin traitant lequel, par la position de confident privilégié que lui confère son mandat, a généralement tendance à se prononcer en faveur de ses patients, de sorte que son avis doit être admis avec réserve (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid 4.2), on observe que ledit rapport est extrêmement laconique car dépourvu de tout substrat médical attestant le bien-fondé de ses constatations. L'absence d'exams complets, de diagnostics, d'une anamnèse et d'une appréciation ainsi que de conclusions dûment motivées empêche de conférer pleine valeur

probante au rapport du 8 avril 2013 du Dr A. _____ (sur la notion de valeur probante d'un rapport médical, cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). En l'occurrence, le diagnostic invalidant de lombopygialgies et cervicobrachialgies récurrentes chroniques (sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et avec minime discopathie L5-S1 et C5-C6) avait déjà été retenu par le Dr X. _____ en février 2012, atteinte à la santé qui n'entravait pas la pleine capacité de travail résiduelle du recourant dès le mois de juillet 2008 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc, possibilité d'alterner les positions assis/debout chaque heure, pas de mouvements répétitifs en porte-à-faux, pas de mouvements avec long bras de levier, pas de mouvements d'antéversion répétitifs, pas de port de charges de plus de 10 kg et pas de mouvements de préhension répétitifs de la main droite, cf. avis SMR des 19 août 2009 et 29 février 2012 du Dr Z. _____). Or dans un rapport du 2 février 2011 déjà, le Dr A. _____ était d'avis que plus aucune activité professionnelle ne pouvait être exigée de son patient. Dans ces circonstances et par analogie, l'avis du 8 avril 2013 du médecin traitant doit être sujet à beaucoup de réserve dès lors que celui-ci paraît manifestement prendre parti pour le recourant sans pour autant justifier d'arguments médicaux probants. En tout état de cause, il demeure que le Dr A. _____ n'a fait mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de son analyse d'avril 2013. Il a ainsi simplement procédé à une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée, ce qui ne suffit pas pour que les conditions d'une entrée en matière selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI soient réunies (cf. TF 8C_732/2009 du 18 août 2010, consid. 5.3 et TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009, consid. 3.2.2). Ainsi, le rapport du 8 avril 2013 du Dr A. _____ n'est d'aucun secours au recourant dans le cadre de la présente affaire.

c) S'agissant du plan psychiatrique, en février 2012, le Dr M. _____ notait au terme de son examen, un tableau clinique évoquant le diagnostic non invalidant de dysthymie. Cet expert précisait que ce tableau était cicatriciel d'un épisode dépressif réactionnel d'intensité moyenne ayant nécessité une hospitalisation du recourant en août 2010.

A l'examen le Dr M._____ n'avait alors pas trouvé de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Ce psychiatre observait alors un examen strictement superposable à celui mentionné dans l'expertise CEMED du 20 avril 2009, le recourant ne présentant par conséquent aucune limitation d'ordre psychiatrique. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Or dans la mesure où à l'appui de sa nouvelle demande de prestations, le recourant n'a pas produit de rapports ou certificats médicaux de psychiatres évoquant une éventuelle aggravation de son état de santé psychiatrique, on doit considérer avec l'intimé qu'il n'existe aucun motif justifiant de se distancer en l'espèce de l'avis du Dr M._____ datant de 2012, lequel conserve toute son actualité et partant sa valeur probante dans le cadre de la présente affaire.

d) En se fondant sur l'ensemble des rapports médicaux au dossier, et en particulier l'expertise bidisciplinaire des Drs M._____ et X._____ du 13 février 2012, la Cour de céans constate que le recourant dispose notamment d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique dès le mois de juillet 2008. Une aggravation de l'état de santé postérieure à la première décision de refus de prestations du 5 novembre 2012 n'est finalement pas rendue vraisemblable.

En refusant la reprise de l'instruction du dossier, la décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); 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 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 300 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressé, au demeurant non assisté par un avocat, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 27 juin 2013 par K._____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 300 fr. (trois cents francs), sont mis à la charge de K._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- K. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :