

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 novembre 2014

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par DAS Protection Juridique  
SA, à Etoy,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, de nationalité suisse, a travaillé comme cariste et magasinier.

En juin 2006, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en raison de « hernie discale et divers », atteintes existant depuis 2005. Il a retiré sa demande en mars 2007, ayant trouvé une activité qui lui convenait.

**B. a)** En novembre 2009, l'assuré a déposé une demande de mesures d'ordre professionnel. Il a invoqué souffrir de trois hernies discales, symptomatiques depuis février 2009 et d'une dépression réactionnelle. Il mentionnait une incapacité de travail de 50 à 100 % depuis le 15 mai 2009.

Dans un questionnaire de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 23 novembre 2009, l'employeur de l'assuré, pour lequel ce dernier travaillait comme magasinier et chauffeur-livreur depuis le 6 novembre 2006, a indiqué que les rapports de travail prendraient fin au 31 janvier 2010 pour cause de licenciement collectif pour raisons économiques.

Interrogé par l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré depuis 2006, a rempli un questionnaire préformé le 26 novembre 2009. Il y a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, antérieures à 2006 ; status post-hémilamectomie L5 pour cure de hernie discale L5-S1, existant depuis 2009 ; surdité brusque droite idiopathique, existant depuis 2008 et état dépressif moyen à sévère avec trouble de l'adaptation, existant depuis 2009. Il a notamment précisé que l'intensité des douleurs n'était pas corrélée à un substrat organique clair. Elles témoignaient vraisemblablement d'un syndrome de conversion somatoforme. L'incapacité de travail dans son activité de chauffeur-livreur était de 100

% du 15 octobre 2009 au 1<sup>er</sup> novembre 2009, puis de 50 % du 1<sup>er</sup> novembre 2009 au 31 décembre 2009. A la question « Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail ? », il a répondu oui, à 100 %, dès « courant 2009 mais au chômage ».

Par communication du 17 décembre 2009, l'OAI a informé l'assuré de son droit à des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle. L'OAI a confirmé, comme cela avait été discuté avec l'assuré, prendre en charge les frais pour une orientation effectuée auprès de l'Y. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'Y. \_\_\_\_\_) du 10 janvier 2010 au 12 février 2010.

**b)** Afin de déterminer le droit de l'assuré à la poursuite du versement d'indemnités journalières, P. \_\_\_\_\_ assurance SA a requis auprès de V. \_\_\_\_\_ (ci-après : V. \_\_\_\_\_) une expertise médicale sur son aptitude au travail. Ce dernier a ainsi effectué une évaluation médicale les 10 et 11 décembre 2009 et rendu un rapport le 29 décembre 2009, dont on extrait ce qui suit :

#### « COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS

Sur le plan somatique, on est frappé par l'intensité de la symptomatologie, sa fluctuation au cours de l'examen et sa complète disparition lorsque l'assuré, ne se sachant pas observé. Il rejoint sa voiture avec une démarche normale.

On relève une obésité (BMI 32.3), une hypertension artérielle traitée, une aréflexie achilléenne droite postcure de hernie discale.

Pas d'évidence objectivable d'une pathologie lombaire.

On notera que bien que l'assuré mentionne prendre 4g de Dafalgan par jour, le médicament n'a pas été détecté à la prise de sang.

Pas d'évidence objectivable d'une pathologie cardiaque ou pulmonaire ou hématologique pour la dyspnée.

Sur le plan psychique, M. K. \_\_\_\_\_ n'avait pas d'antécédent psychiatrique avant l'épisode actuel. Toutefois il décrit d'importantes angoisses depuis qu'il a été témoin du décès (infarctus) d'un collègue de travail en sa présence. L'assuré n'avait pas fait de demande de prise en charge. Actuellement il présente un épisode dépressif qu'il met en lien avec un contexte difficile notamment des douleurs importantes et un licenciement. Pour cette raison l'assuré a reçu un traitement psychotrope et a été adressé au Docteur X. \_\_\_\_\_.

A l'examen clinique on observe surtout une importante tension, une angoisse, avec par moments des difficultés respiratoires, une tendance à se mettre la main sur le cœur comme s'il avait des angoisses à ce niveau. Les comportements algiques sont surtout manifestes lors de changements de position mais également en position assise. Il y a une restriction importante du champ de la pensée tant sur les douleurs que sur les angoisses somatiques. L'assuré ne parvient pas à se faire rassurer par ses thérapeutes notamment en ce qui concerne le bon fonctionnement de son cœur.

Le monitoring thérapeutique montre des taux thérapeutiques pour la duloxétine (antidépresseur) et le diclofénac (antalgique) et des taux indétectables pour le paracétamol (antalgique).

Sur la base de ces éléments, nous retenons en premier lieu une somatisation probable (F45.0). L'assuré a d'importantes craintes au niveau de sa fonction cardiaque. Il reste également très préoccupé concernant les douleurs. Le diagnostic différentiel pourrait se faire avec un trouble hypochondriaque ou un état de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ceci génère une très importante anxiété. L'assuré est aussi très préoccupé par la santé de ses proches et il se réveille fréquemment la nuit pour s'assurer que ses enfants se portent bien.

L'assuré présente des éléments d'anxiété généralisée (F41.1). Il se fait constamment du souci, il est constamment tendu. Il est soucieux pour ses proches, doit fréquemment appeler son fils pour savoir où il est quand il voit que ce dernier présente des complications de son asthme. Ce trouble est présent de longue date. Il est plus marqué actuellement.

En revanche il n'y a pas lieu de retenir d'épisode dépressif ni de dysthymie. »

Les médecins du V. \_\_\_\_\_ n'ont ainsi retenu aucun diagnostic justifiant l'incapacité de travail. Sous la rubrique « autres diagnostics », ils ont retenu les atteintes suivantes : somatisation, anxiété généralisée, obésité, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, status post 3 tympanoplasties, status post opération sur les sinus, status post fracture du tibia gauche, status post-opération de hernie discale L5-S1 droit (11.06.09), ancienne maladie ulcéreuse de l'estomac, ancien tabagisme. Ils n'ont retenu aucun diagnostic à investiguer et conclu, sur le plan somatique, à l'absence de limite dans une activité professionnelle adaptée, soit sans port de charges de plus de 10kg. Sur le plan psychique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. L'assuré pouvait travailler 8h par jour sans diminution de rendement dans une activité de chauffeur-livreur.

Au vu des conclusions précitées, P. \_\_\_\_\_ assurance SA a informé l'assuré, par courrier du 12 janvier 2010, de la cessation de sa

participation financière au 31 janvier 2010. Elle a transmis le rapport d'expertise à l'OAI.

**c)** Dans un rapport médical du 3 février 2010, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé des lombosciatalgies persistantes après cure de hernie discale (L5-S1). La capacité de travail était de 0 % dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur, mais de 100 % dans une activité adaptée, soit sans port de charge de plus de 10kg, sans porte-à-faux et avec alternance des positions.

Interrogé par l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant de l'assuré depuis le 4 novembre 2009, a quant à lui retenu, dans un rapport médical du 16 février 2010, le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1), ayant des effets sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, il retenait le diagnostic psychiatrique de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). L'anxiété pouvait entraver la capacité de concentration et la flexibilité intellectuelle de l'assuré. Elle pouvait provoquer des erreurs dans le travail et être démoralisante. L'assuré devait ainsi éviter, dans son activité professionnelle, les situations d'échec, source de démoralisation et de rechute dépressive éventuelle et d'exacerbation de la symptomatologie anxieuse. L'activité habituelle était encore exigible. La reprise devait être partielle et progressive dans une activité adaptée à sa problématique somatique et psychique afin d'éviter tout échec et une chronicisation de ses troubles. Une activité adaptée était souhaitable le plus tôt possible à 50 %, puis rapidement à 100 %, dans un processus d'adaptation, avec le moins de frustration possible.

**d)** De la mesure d'orientation auprès de Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, il a été dégagé deux pistes professionnelles, soit chauffeur privé et chauffeur-livreur matériel léger (cf. rapport du 22 février 2010).

**e)** L'OAI a rendu un projet de décision le 8 mars 2010 dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Il a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 15 mai 2009. Toutefois, il était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge de plus de 10kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions). En tenant compte d'un abattement de 10 %, au vu des limitations fonctionnelles, le revenu d'invalidé, fondé sur le salaire de référence auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, s'élevait à 54'709.75 francs. Comparé au revenu que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé dans sa dernière activité (soit 61'633 fr.), il en résultait une perte gain de 6'923 fr. 25, soit un degré d'invalidité de 11.23 %, ne donnant pas droit à une rente. Des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assuré, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assuré de son droit à une aide au placement.

En l'absence d'opposition, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de rente le 3 mai 2010, identique au projet précité. L'assuré n'ayant par recouru contre cette décision, celle-ci est entrée en force.

Par courrier du 16 novembre 2010, l'OAI a indiqué à l'assuré mettre son dossier en suspend dans le cadre de l'aide au placement, l'intéressé n'ayant pas pu être réintégré sur le marché du travail. En effet, les sociétés contactées par l'OAI n'avaient pas pu donner suite à leur demande ou ne correspondaient pas aux attentes de l'assuré.

**C.** Par courrier du 21 mars 2011, l'assuré a présenté à l'OAI une demande de financement pour une formation. Il souhaitait devenir chauffeur de car et sollicitait le financement du permis D. Se fondant sur la décision du 3 mai 2010, l'OAI a rappelé à l'assuré, par courrier du 16 juin

2011, que son droit à des mesures d'ordre professionnel n'était pas ouvert. Il a dès lors refusé d'entrer en matière sur ladite demande.

**D. a)** Le 1<sup>er</sup> juin 2012, le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a rédigé un courrier en ces termes :

« Demande de mise en route de prise en charge de la détection précoce, l'activité de chauffeur livreur n'étant plus adéquate eu égard aux problèmes de santé rencontrés. »

**b)** L'OAI a noté, dans une fiche d'examen interne du 15 juin 2012, qu'il avait déjà été tenu compte d'une incapacité de travail totale dans l'activité de chauffeur-livreur dans la décision du 5 mai 2010. Il devait être procédé à la détection précoce, à la suite de laquelle une demande devait être déposée, s'il en ressortait une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée.

A la suite d'un entretien téléphonique avec l'assuré, l'OAI a relevé, dans un rapport initial de détection précoce indexé le 20 juin 2012, que l'assuré signalait des douleurs tout le temps présentes. Il déclarait ne pas arriver à trouver de poste adapté, mais était désireux de bénéficier du soutien de l'OAI. La conclusion de ce rapport est la suivante :

« M. K.\_\_\_\_\_ nous autorisant à contacter son médecin traitant, nous allons voir avec le SMR pour un contact avec le Dr E.\_\_\_\_\_, afin de déterminer s'il y a eu une modification de l'état de santé depuis 2010 ? En effet, il y aura lieu de faire déposer une nouvelle demande s'il ressort une diminution de la CT [capacité de travail]. Si tel n'est pas le cas, nous pourrions proposer à l'assuré de réactiver l'aide au placement, sur demande écrite de sa part et s'il a entrepris des démarches dans ce sens. »

**c)** Consulté pour appréciation, le SMR a exposé, dans un avis médical du 28 juin 2012, ce qui suit :

« Le MT [médecin traitant] Dr E.\_\_\_\_\_ signale à nouveau l'assuré en DP [détection précoce] (correspondance du 01.06.2012), en mentionnant qu'il ne peut plus travailler comme chauffeur-livreur, ce qui est acquis depuis 2010 !! Il n'y a pas d'élément médical nouveau selon l'entretien du 20.06.2012, mais les douleurs seraient plus intenses. Je n'ai pas pu joindre le Dr E.\_\_\_\_\_ qui est absent jusqu'au mois d'août. Il n'y a en principe pas lieu de déposer de demande AI. »

**d)** Par courrier du 2 juillet 2012, l'OAI a informé l'assuré que le dépôt d'une nouvelle demande AI n'était pas indiqué. En effet, il apparaissait qu'il n'y avait pas d'aggravation de son état de santé entraînant une modification de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que cela avait été établi dans la décision du 3 mai 2010.

**E. a)** Par formulaire signé le 25 mars 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de rente/mesures professionnelles, faisant valoir des douleurs articulaires et lombaires et un trouble dépressif, atteintes existant depuis 2008.

Par courrier du 3 avril 2013, l'OAI a notamment demandé à l'assuré de produire à ses frais un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic et la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré d'incapacité de travail, ainsi que le pronostic.

**b)** Le 29 avril 2013, le Dr E. \_\_\_\_\_ a alors adressé à l'OAI un bref courrier, dont la teneur est la suivante :

« Le médecin soussigné certifie que le patient désigné ci-dessus présente une dégradation de son état général sur le plan somatique et surtout psychologique, ainsi qu'une perturbation de son bilan biologique, une nouvelle demande AI paraît dès lors justifiée. »

Il a joint à son courrier divers documents médicaux. Le premier est un courrier du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé au Dr E. \_\_\_\_\_ le 9 janvier 2013, et dont la teneur est la suivante :

« Je vous remercie de m'avoir adressé votre patient susnommé que j'ai vu à ma consultation le 8 janvier 2013. Il s'agit d'un homme de 39 ans en bonne santé habituelle, que vous suivez pour des raisons psychiatriques et un syndrome métabolique. Il présente un syndrome lombo-vertébral chronique dans les suites d'une cure d'hernie discale en 2009 au CHUV. Ses lombalgies se sont chronifiées, malgré une prise en charge adéquate.

Depuis près de trois ans, il présente également des douleurs mécaniques à l'épaule droite [recte : gauche]. Un bilan par IRM de l'épaule et du rachis montre

une discrète arthropathie acromio-claviculaire droite banale, et au niveau du rachis lombaire quelques discrètes protrusions lombaires sans compressions radiculaires.

Il présente donc un syndrome lombo-vertébrale chronique associé à des douleurs mal systématisées de l'épaule droite [recte : gauche]. Il n'y a aucune indication à un quelconque geste invasif tant pour son épaule que pour son rachis, les plaintes évoquant beaucoup plus une problématique de surcharge dans un contexte psychosocial défavorable. [...] »

Le deuxième est un rapport d'IRM cervicale du 25 mars 2013, établi par le T. \_\_\_\_\_ le 15 mars 2013, dont la conclusion est la suivante :

« En C3-C4, discopathie avec une protrusion discale modérée médiane à paramédiane gauche sans hernie avec effacement des espaces liquidiens antérieurs de sécurité néanmoins sans empreinte actuellement significative sur le fourreau dural. Ebauche d'une discopathie naissante pluri-étagée avec une discrète protrusion discale prédominante médiane en C4-C5, plus discrète en C5-C6, à peine ébauchée en C6-C7, toutes sans hernie ni compression significative du fourreau dural. Trous de conjugaisons encore libres. »

Figure également au dossier de l'OAI, mais indexé le 28 mai 2013, un rapport d'IRM de l'épaule gauche et de la colonne lombaire rédigé par le centre précité le 22 novembre 2012 et adressé au Dr E. \_\_\_\_\_. La conclusion de ce rapport est la suivante :

« IRM de l'épaule gauche : ostéo-arthropathie inflammatoire acromio-claviculaire potentiellement à l'origine d'un impingement syndrome, à corréliser avec l'examen clinique. Tendinopathie modérée sans déchirure du sus-épineux. Tendinopathie avec ténosynovite à l'insertion du tendon du sous-épineux. Petite altération dystrophique/dégénérative de la tête humérale à mi-hauteur postérieurement.

IRM lombaire : en L5-S1, protrusion discale paramédiane droite avec une petite pointe herniaire latérale droite potentiellement à l'origine d'un conflit radiculaire irritatif S1 droit à corréliser avec l'examen clinique. En L4-L5, discopathie avec une protrusion discale modérée prédominante à gauche où elle vient empiéter partiellement sur le trajet foraminaux et extra-foraminaux gauche de racine L4, également potentiellement à l'origine d'un conflit irritatif L4 gauche à corréliser avec l'examen clinique. Canal globalement aux limites inférieures des normes. »

Le CHUV avait également adressé un rapport au Dr E. \_\_\_\_\_, le 12 novembre 2012. L'assuré avait été vu à leur consultation dans le cadre de ses lombalgies chroniques persistantes. Le CHUV ne mettait alors pas en évidence de signe évoquant l'idée de récurrence d'hernie discale. Il lui était difficile de pouvoir se prononcer sur l'état du patient à défaut

d'imageries actuelles. Il proposait que soient faites une imagerie et des radiographies de la colonne lombaire, et de donner un nouvel avis une fois le bilan complété.

**c)** Le 16 mai 2013, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations, du 3 mai 2010. L'OAI a précisé qu'en effet, l'assuré n'avait envoyé aucun document médical.

Par courrier interne du 22 mai 2013, l'OAI a contacté le SMR afin de savoir si les renseignements reçus étaient suffisants pour admettre une aggravation de l'atteinte à la santé ou admettre une nouvelle atteinte. Le SMR s'est prononcé par avis médical le 14 juillet 2013. Il a considéré pour l'essentiel que les constatations du Dr R. \_\_\_\_\_ ne modifiaient en rien les constatations du rapport médical SMR « précédent ». Les limitations fonctionnelles étaient pratiquement superposables. La situation était stable. Sur le plan psychiatrique, le Dr E. \_\_\_\_\_ ne donnait aucune précision et il n'existait pas de rapport spécialisé. Le SMR a conclu de la manière suivante :

« Au total, en l'absence d'éléments convaincants objectifs, nous considérons que la situation ne souffre d'aucune aggravation et qu'elle est superposable à la situation telle que décrite selon l'avis SMR précédent. Nous en restons donc à la position antérieure sans demander d'autres documents médicaux. Il n'y a donc pas de nécessité d'entrer en matière. »

**F.** Le 7 août 2013, l'OAI a rendu une décision formelle de refus d'entrer en matière, identique au projet de décision du 16 mai 2013.

Le Dr E. \_\_\_\_\_ a établi, le 3 septembre 2013, un certificat médical, dont la teneur est la suivante :

« Le médecin soussigné certifie que le patient désigné ci-dessus présente une dégradation de son état de santé général. Il existe des problèmes dorso-lombaires (ci-joint imagerie médicale). De plus et surtout sur le plan psychologique il est suivi par la docteure N. \_\_\_\_\_, enfin il existe une

perturbation de son bilan biologique, à mon sens une nouvelle demande AI paraît dès lors justifiée. »

Le Dr E. \_\_\_\_\_ a joint à son certificat les documents médicaux déjà produits auparavant.

**G.** Par acte de son mandataire du 17 septembre 2013, K. \_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit que l'OAI doit entrer en matière sur la demande de prestations du 25 mars 2013 et procéder à une instructions complète de sa demande. Le recourant reproche à l'intimé d'avoir retenu qu'il n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits, n'ayant envoyé aucun document médical. Ce faisant, l'OAI avait versé dans l'arbitraire, dès lors que le recourant avait fourni des nouveaux éléments médicaux, par l'entremise du Dr E. \_\_\_\_\_. Il reproche ensuite au SMR de s'appuyer dans son analyse sur le « dernier rapport SMR ». Selon le recourant, de toute évidence, le SMR se référait là au rapport du 3 février 2010, lequel n'était pourtant le dernier. Dans son rapport du 28 juin 2012, le SMR concluait à ce qu'il n'y avait pas de motif à déposer une nouvelle demande AI, alors même qu'il n'avait pas réussi à joindre le Dr E. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 29 avril 2013, ce dernier avait relevé une aggravation de l'état de santé du recourant. Celui-ci relève encore que sur le plan somatique, son état était devenu chronique, ce qui avait aggravé progressivement son état psychologique, lequel était encore péjoré par un contexte psycho-social et professionnel défavorable.

Par réponse du 15 novembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours, se fondant sur l'avis du SMR du 14 juillet 2013.

Par duplique du 10 décembre 2013, le recourant a maintenu ses conclusions, rappelant qu'en plus de s'être péjorées, ses affections tant physiques que psychiques s'était chronifiées. Cette évolution défavorable était cohérente avec les divers pronostics émis dès 2006 par les différents praticiens consultés.

Les parties ne se sont pas prononcées plus avant.

**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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, vu les fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 LPGA), et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. 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 et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (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 par le recourant le 25 mars 2013. 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.** Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA), l'impuissance (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins

découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et les références, 109 V 262 consid. 3 ; TF I 597/05 arrêt du 8 janvier 2007 consid. 2).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2 ; TF 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2, 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

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

87 al. 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, 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3).

Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 RAI, il faut appliquer par analogie les principes concernant la révision, au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Dans cette hypothèse, il y a donc lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Un tel examen matériel ne s'impose cependant pas lorsque l'administration considère, comme en l'espèce, que les documents produits par l'assuré ne permettent pas de rendre plausible une modification de son état de santé et, partant, n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

**4.** En l'espèce, il convient donc de se limiter à examiner si le recourant a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations, le 3 mai 2010.

A cet égard, il convient de préciser que les rapports médicaux produits postérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3, I 597/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références

citées). Il ne saurait ainsi être tenu compte du rapport médical établi par le Dr E. \_\_\_\_\_ le 3 septembre 2013.

Le principe inquisitoire ne s'appliquant pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans doit se borner à examiner si les pièces déposées en procédure administrative à l'appui de cette nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il convient de préciser ici que si la motivation de la décision attaquée est erronée, en ce sens que le recourant a bien produit, contrairement à ce qui y est mentionné, des documents médicaux à l'appui de sa nouvelle demande, cela ne saurait justifier en soi l'annulation de ladite décision. En effet, seul le résultat de cette décision est décisif. Il appartient au Tribunal de céans d'examiner si les pièces versées au dossier à l'occasion de la demande du 25 mars 2013 rendent plausible une modification de l'état de santé du recourant.

Sur le plan psychique, le recourant n'a pas rendu une aggravation plausible. Comme évoqué, le renvoi à un nom de médecin traitant spécialiste n'est pas suffisant.

La décision de refus de prestation du 3 mai 2010 était fondée, sur le plan somatique, sur le rapport d'expertise de V. \_\_\_\_\_ du 29 décembre 2009 et sur le rapport SMR du 3 février 2010. L'on remarque en premier lieu que V. \_\_\_\_\_ retient alors l'absence d'évidence objectivable d'une pathologie lombaire. Le Dr E. \_\_\_\_\_, qui retient une aggravation générale de l'état de santé du recourant, ne motive certes pas son appréciation. Il se fonde toutefois sur d'autres rapports médicaux, détaillés. Le Dr R. \_\_\_\_\_ notamment, dans son rapport du 9 février 2013, retient un syndrome lombo-vertébral chronique. Le SMR avait, dans son rapport du 3 février 2010, retenu la présence de lombosciatalgies persistantes après cure de hernie discale L5-S1. Il ne retenait alors pas de lombalgies chroniques. En attestant de la chronicisation de l'atteinte lombaire, le Dr R. \_\_\_\_\_ a rendu plausible une aggravation de l'état de santé du recourant. De plus, ce médecin mentionne des douleurs mal systématisées de l'épaule droite [recte : gauche]. Les constatations du Dr

R.\_\_\_\_\_ sont corroborées par les rapports d'IRM du 22 novembre 2012 et 25 mars 2013 dont il ressort, au sujet de l'épaule gauche, une ostéoarthropathie inflammatoire acromio-claviculaire et une tendinopathie modérée du sus-épineux et une tendinopathie avec ténosynovite du sous-épineux ainsi qu'une petite altération dystrophique/dégénérative de la tête humérale. Au sujet des IRM lombaire et cervicale, il est tout de même mis en évidence une discopathie naissante pluri-étagée et, en L5-S1, une protrusion discale paramédiane droite avec une petite pointe herniaire latérale droite potentiellement à l'origine d'un conflit radiculaire irritatif ainsi que, en L4-L5, une discopathie avec une protrusion discale modérée prédominant à gauche également potentiellement à l'origine d'un conflit irritatif. Par ailleurs, il a été constaté que le canal était globalement aux limites inférieures des normes. De telles pathologies n'avaient pas encore été mises en évidence lors de l'examen par le V.\_\_\_\_\_ en 2009, le rapport de celui-ci retenant qu'il n'y avait pas d'évidence objectivable d'une quelconque pathologie. Certes, le Dr R.\_\_\_\_\_ ne retient pas une indication à un quelconque geste invasif, il n'en reste pas moins qu'il a retenu une chronicisation des lombalgies, préconisant comme mesure une perte de poids du recourant. Sur cette base objective, le médecin traitant, le Dr E.\_\_\_\_\_, estime que l'état général de l'assuré s'est dégradé au point de modifier son invalidité, justifiant des prestations de l'AI.

Ces éléments rendent plausibles la présence d'une part d'une chronicisation des problèmes lombaires et d'autre part d'une atteinte à l'épaule, atteinte nouvelle puisque non mentionnée dans les rapports médicaux antérieurs à la décision du 3 mai 2010. L'on note en outre que cette évolution de l'état de santé serait cohérente avec le pronostic réservé émis par le SMR le 3 février 2010.

L'on constate encore que la décision attaquée se fonde sur l'avis médical du SMR du 17 juillet 2013, dans lequel ce dernier rappelle que dans le cadre d'une nouvelle demande, c'est à l'assuré d'apporter la preuve de l'aggravation de son état de santé. Or, il ne s'agit pas pour l'assuré d'apporter la preuve de l'aggravation, mais uniquement de la rendre plausible (cf. supra consid. 3). Ainsi, l'on peut douter de la valeur

probante de l'appréciation du SMR qui cherchait dans les pièces médicales produites par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande une preuve d'aggravation, et non pas des indices la rendant plausible.

En définitive, au regard des nouvelles pièces médicales produites à l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a rendu objectivement vraisemblable l'aggravation des lombalgies et l'apparition d'une atteinte aux épaules. Il ne se justifiait donc pas, à ce stade de la procédure administrative, de renoncer à toute mesure d'investigation, mais bien d'entrer en matière et d'instruire plus avant sur le plan médical.

**5. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction et décision sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LGPA ; art. 55 al. 1 LPA-VD), à savoir à une participation aux honoraires et débours indispensables de son conseil (art. 7 al. 2 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, au regard de l'importance et de la complexité du litige, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 7 al. 3 TFJAS ; art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 7 août 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction dans le sens des considérants et décision sur le droit de K.\_\_\_\_\_ aux prestations de l'assurance-invalidité.
  
- III. Les frais de justice, 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 un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- DAS Protection Juridique SA (pour K.\_\_\_\_\_),
- 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 fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :