

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 avril 2014

---

Présidence de      Mme      DESSAUX  
Juges      :      M.      Merz et Mme Rossier, assesseure  
Greffière      :      Mme      Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, 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.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en 1958, est entré en Suisse en 1979 et a exercé diverses activités lucratives dans le secteur de la construction avant d'être engagé à 100% en qualité de gestionnaire logistique par F.\_\_\_\_\_ SA dès le 1<sup>er</sup> avril 1991.

Son contrat de travail a toutefois été résilié par la société précitée en date du 22 janvier 2010 avec effet au 30 avril 2010, après qu'eurent été constatées l'inadéquation médicale de son activité, déployée essentiellement de nuit, et l'impossibilité pour l'employeur de fournir une activité adaptée à la situation de l'intéressé.

L'employeur a dès lors introduit une communication en vue de détection précoce à l'adresse de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 11 février 2010.

A l'occasion de cette procédure, un entretien d'évaluation s'est déroulé le 19 février 2010 auprès de l'OAI, durant lequel l'assuré a indiqué souffrir de lombalgies chroniques, une incapacité totale de travail ayant été prononcée par son médecin généraliste traitant, le Dr Q.\_\_\_\_\_, pour la période s'étendant limitativement du 10 décembre 2009 au 4 janvier 2010.

Compte tenu de ces éléments, singulièrement de l'absence d'incapacité de travail durable constatée dans le cas de l'assuré, l'OAI l'a invité à poursuivre ses démarches exclusivement auprès des organes de l'assurance-chômage dans une communication du 25 février 2010.

**B.** L'assuré a néanmoins déposé une requête formelle de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 7 octobre 2010.

Suite à la demande de rapport médical initial de l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie auprès du CHUV, a produit le 2 novembre 2010 l'appréciation adressée par ses soins au Dr Q.\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_ du 25 août 2010. Il y a fait état d'une nouvelle prise en charge de l'assuré, précédemment examiné en 2002 et 2003 en vue d'une rééducation du rachis. Il a relevé que le patient présentait une symptomatologie ancienne des régions lombaire et cervicale, accompagnée de sensations vertigineuses, sans mise en évidence d'une pathologie inflammatoire, et retenu les diagnostics suivants :

- rachialgies cervico-dorso-lombaires chroniques non spécifiques (troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et déconditionnement physique global et focal) ;
- probable état anxio-dépressif réactionnel à la symptomatologie.

Ce spécialiste a mis en exergue le contexte difficile du licenciement de l'assuré à l'origine de la « décompensation d'une situation musculo-squelettique préalablement vulnérable », alors que les lésions dégénératives observées « n'expliquaient pas l'ensemble du tableau. »

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI le 28 décembre 2010, faisant siens les diagnostics posés par son confrère spécialiste et indiquant avoir prononcé des incapacités de travail uniquement pour les périodes \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ 18 \_\_\_\_\_ au 22 septembre 2008, du 11 au 22 septembre 2009, ainsi que du 10 décembre 2009 au 4 janvier 2010. Il a observé au surplus des limitations fonctionnelles à la station debout prolongée, pour des mouvements en porte-à-faux et le port de charges. Il a annexé nombre de rapports établis par les spécialistes ayant examiné son patient, à savoir :

- les rapports d'examen des 21 novembre 2001 et 24 janvier 2003, établis par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne ;
- des rapports d'imagerie médicale des 17 avril 2002 et 22 février 2010 ;
- les rapports d'examen des 13 juin 2002, 3 avril 2003 et 25 août 2010, émanant du Dr H.\_\_\_\_\_ ;
- le rapport d'examen du 21 juin 2010 établi par le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie.

Il est ressorti de ces documents, notamment du rapport d'imagerie médicale du 22 février 2010, que l'assuré souffrait d'une « discopathie modérée pluri-étagée notée principalement en C3-C4, C5-C6 et C6-C7, sans hernie, ni empreinte significative sur le fourreau dural ou radiculaire » et de « discrètes altérations ostéo-sous-chondrales postéro-inférieures en D7 accompagnées par une discrète protrusion discale paramédiane droite sans hernie », ce « sans autre pathologie disco-dégénérative ou du cordon médullaire cervico-dorsal. »

En outre, dans son rapport cité ci-avant, le Dr A.\_\_\_\_\_ a fait état d'une « cervico-brachialgie irritative de topographie plutôt C7 à droite, non déficitaire », ne relevant ni indication neurochirurgicale, ni atteinte tronculaire, ni polyneuropathie à ce stade.

La Dresse L.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), estimant ne pas disposer d'informations suffisamment précises sur l'état de santé physique et psychique de l'assuré, sur ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail résiduelle, a décidé le 21 avril 2011 de mettre en œuvre un examen clinique bidisciplinaire des aspects rhumatologique et psychiatrique.

Cet examen a été effectué au SMR le 27 mai 2011 par les Drs V.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

A l'issue d'une anamnèse personnelle, professionnelle, ostéoarticulaire et psychiatrique, ainsi qu'après examen minutieux de l'assuré, ces médecins ont conclu à l'absence de tout diagnostic ostéoarticulaire ou psychiatrique, susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'assuré, aux termes de leur rapport daté du 27 juillet 2011. Ils ont néanmoins pris en compte les diagnostics suivants sans répercussion sur ladite capacité :

- troubles dégénératifs débutants en adéquation avec l'âge de l'assuré ;
- troubles statiques modérés ;
- déconditionnement musculaire global et focal ;
- amplification verbale des symptômes avec présence de signes de non-organicité selon Smythe, Waddell et Kummel ;
- troubles de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation des émotions.

En outre, procédant à une appréciation globale du cas, les spécialistes du SMR ont observé ce qui suit :

« [...] Lors de l'examen au SMR, nous nous trouvons en présence d'un assuré en bon état général, faisant état de douleurs d'intensité submaximale à maximale décrites comme continues, exacerbées par toute forme d'activité. Dans ces conditions, il se déclare dans l'incapacité d'envisager une reprise professionnelle quelle qu'elle soit.

L'examen ostéoarticulaire ne met pas en évidence de limitations dans les amplitudes articulaires, pas de mise en évidence de phénomène articulaire inflammatoire au décours ou de troubles neurologiques. Le reste de l'examen met clairement en évidence des signes de non-organicité selon Smythe, Waddell et Kummel, 18 sur 18, 5 sur 5 et 2 sur 2 entrant dans le cadre d'une amplification verbale des plaintes. A signaler par ailleurs une certaine discordance entre les plaintes annoncées (douleurs submaximales à maximales de façon continue) sans mise en évidence de façon spontanée de signe d'épargne ou de signe algique particulier.

La documentation radiologique mise à disposition ne met pas en évidence de pathologie ostéoarticulaire significative hormis des troubles dégénératifs débutants en parfaite adéquation avec l'âge de [l'assuré] ne pouvant être en aucune mesure responsables de la symptomatologie alléguée.

En conclusion, cet assuré de 53 ans déclare une symptomatologie douloureuse d'intensité maximale évoluant depuis de nombreuses

années avec exacerbation depuis son licenciement. Les différents examens cliniques et paracliniques ne mettent pas en évidence de pathologie ostéoarticulaire ou musculaire significative. Objectivement, l'assuré présente un déconditionnement musculaire modéré et un trouble de la statique du rachis. Ces atteintes à la santé n'ont pas un caractère de maladie incapacitante de longue durée.

Les rachialgies chroniques présentées par [l'assuré] ne sont pas en soi une maladie mais une symptomatologie qui peut avoir des causes variées. Une des causes, comme déjà mentionné, est la présence de troubles statiques et dégénératifs modérés, lesquels n'expliquent pas entièrement l'intensité ni la persistance des symptômes.

Dans la littérature, il est actuellement admis que ce sont davantage les conditions psychosociales, le handicap ressenti, la durée de l'incapacité de travail qui sont déterminants dans l'évolution et la reprise d'une activité professionnelle que les données anatomo-structurelles objectives à proprement parler.

L'anamnèse psychiatrique ne permet pas de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé à l'origine d'une atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail avant son licenciement.

L'examen psychiatrique au SMR ne permet pas de constater une symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse. Les critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensée ne sont pas observés.

Etant donné la présence de douleurs depuis des années et ayant de la peine à comprendre son licenciement, [l'assuré] décrit des crises de crispation, d'irritabilité, ainsi qu'une fatigue. Cette symptomatologie n'est pas suffisante pour retenir soit un trouble dépressif ou un trouble anxieux, motif pour lequel un trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions est retenu. Ces signes n'ont pas une intensité suffisante pour avoir des répercussions sur la capacité de travail.

*Limitations fonctionnelles :*

En l'absence de mise en évidence de pathologie ostéoarticulaire ou musculaire significative, il n'y a pas de limitations fonctionnelles à retenir. Sur le plan psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle. [...] »

Vu ces éléments, le SMR a conclu à une exigibilité de 100% dans toutes activités lucratives dans un avis final du 11 août 2011.

Fondé sur ce qui précède, l'OAI a établi le 18 août 2011 un projet de décision niant à l'assuré le droit à toutes prestations AI, en l'absence d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité.

L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, Me Laurent Maire, a contesté ce projet par acte du 30 août 2011, complété les 25 octobre 2011 et

4 novembre 2011, où il s'est prévalu des appréciations de sa capacité de travail par ses médecins traitants. Il a considéré qu'une instruction de sa situation s'imposait, sous forme d'évaluation professionnelle et d'expertise psychiatrique, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité ou à des mesures de reclassement professionnel. Il a produit au titre de justificatif un courrier du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 10 octobre 2011 à l'adresse de Me Laurent Maire. Ce praticien y a rappelé les diagnostics de cervico-brachialgies et de lombosciatalgies, tout en considérant une limitation de la capacité de travail de 30 à 40%, toutefois sans restriction dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles observées.

Aux termes d'un avis du 8 novembre 2001, les Drs W. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, médecins au SMR, ont considéré que les éléments produits au stade de la procédure d'audition ne modifiaient en rien les conclusions ressortant à l'examen clinique effectué le 27 mai 2011.

En conséquence, l'OAI a rendu sa décision le 12 décembre 2011, exposant dans un courrier annexé daté du même jour, ne pas avoir modifié la teneur du projet contesté en l'absence d'éléments de nature à remettre en cause le rapport d'examen clinique du SMR, rédigé le 27 juillet 2011, au demeurant doté d'une pleine valeur probante.

Cette décision, notifiée au mandataire de l'assuré, est entrée en force, en l'absence de recours auprès du Tribunal cantonal.

**C.** X. \_\_\_\_\_ a introduit une seconde demande de prestations AI en date du 6 décembre 2012, dont l'OAI a accusé réception par courrier du 14 décembre 2012. Cet office a rappelé à l'assuré que sa première demande de prestations avait fait l'objet d'un refus et qu'il lui appartenait de ce fait de produire sous trente jours tout élément rendant plausible une modification de son invalidité.

Par pli réceptionné par l'OAI le 15 janvier 2013, l'assuré a fait parvenir un rapport du 14 janvier 2013, émanant du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, lequel a indiqué ce qui suit:

« **Diagnostics :**

- Cervico-brachialgies bilatérales invalidantes en aggravation dans un contexte de discopathie pluri-étagée en C3-C4, C5-C6 et C6-C7 ;
- Etat dépressif modéré à sévère ;
- Lombalgies et dorsalgies dans le contexte de troubles dégénératifs.

Je me permets de ne pas revenir en détail sur ses antécédents qui vous sont bien connus et bien résumés dans le rapport médical du Dr H. \_\_\_\_\_ daté du 25 août 2010.

[L'assuré] présente une exacerbation de la symptomatologie douloureuse avec une douleur intense quantifiée de 7 à 8 sur 10 au niveau cervical irradiant aux deux membres supérieurs prédominant à droite. Il décrit une impotence et une fatigabilité importante lors des tâches de la vie de tous les jours.

**Au status neurologique** je ne mets pas en évidence de déficit moteur ou sensitif. En revanche, la palpation de la colonne cervicale au niveau des épineuses et de la musculature para-vertébrale se révèle extrêmement douloureuse. Douleurs à la rotation des deux côtés avec une limitation de la mobilité à 45°.

Sur le plan du degré de l'incapacité de travail, j'estime que le patient est actuellement dans l'incapacité de travailler à 100% d'une part en raison du syndrome douloureux et d'autre part de l'état dépressif qu'il présente.

En ce qui concerne le pronostic celui-ci semble compromis. »

Le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a considéré dans un avis du 11 juin 2013 que le rapport du praticien cité ci-dessus n'apportait aucun élément nouveau suggérant l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, susceptible de justifier l'entrée en matière sur sa nouvelle requête de prestations.

En conséquence, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière le 18 juin 2013, signalant à l'assuré qu'il n'avait rendu vraisemblable aucune modification factuelle substantielle.

Ce dernier a fait parvenir à l'OAI une attestation du 1<sup>er</sup> juillet 2013, émanant du Dr B. \_\_\_\_\_, lequel précisait que son patient était suivi régulièrement au Centre Z. \_\_\_\_\_ et que la situation s'était « nettement aggravée sur le plan psychiatrique. » L'assuré a précisé le 15 juillet 2013 que cet envoi devait être considéré comme une objection au projet de décision du 18 juin 2013.

L'OAI a signalé à l'intéressé le 22 juillet 2013 que sa contestation devait être dûment motivée et contenir des conclusions, lui impartissant un délai pour compléter l'écriture précitée.

Le Centre Z.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI le 13 septembre 2013 une correspondance en ces termes :

« Nous nous référons au projet de décision du 18 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité, concernant [l'assuré], et à la contestation de ce dernier par le patient. Notre évaluation clinique dans le cadre du suivi de [l'assuré] ne nous permet pas d'apporter des éléments pertinents qui pourraient étayer cette contestation. [...] »

Compte tenu de ces observations, l'OAI a établi sa décision le 27 septembre 2013, reprenant son projet de refus d'entrer en matière et mettant en exergue la teneur du courrier du Centre Z.\_\_\_\_\_ mentionné ci-avant.

**D.** Par acte du 24 octobre 2013, l'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, se prévalant de l'attestation de son médecin traitant selon laquelle son état de santé se serait aggravé et concluant à ce que l'OAI entre en matière sur sa demande de révision.

Il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, soit exonéré d'avances et de frais judiciaires, ainsi que de toute franchise mensuelle, par décision de la juge instructrice du 27 novembre 2013.

L'OAI a communiqué sa réponse le 16 décembre 2013, rappelant avoir adressé au recourant une décision de refus de prestations AI le 12 décembre 2011, entrée en force, sans que celui-ci n'ait rendu vraisemblable une modification substantielle de sa situation dans le cadre de sa seconde demande de prestations. Se basant sur la disposition réglementaire et la jurisprudence applicables in casu, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 27 septembre 2013.

Invité à répliquer, le recourant n'a pas procédé 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, 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 LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours formé le 24 octobre 2013 contre la décision de l'OAI du 27 septembre 2013 est recevable.

**2.** Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations présentée par le recourant le 6 décembre 2012, tel que communiqué par décision du 27 septembre 2013. La présente procédure porte dès lors uniquement sur le point de savoir si l'assuré a rendu plausible une modification significative de son état de santé, qui justifierait la révision de son cas depuis le 12 décembre 2011, eu égard aux pièces médicales produites par devant l'intimé.

**a)** En vertu de 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<sup>er</sup> 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 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.

**b)** Selon la jurisprudence fédérale (applicable mutatis mutandis à l'actuel art. 87 al. 2 et 3 RAI), l'exigence posée par l'ancien art. 87 al. 3 et 4 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 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b ; ATF 109 V 108 consid. 2a). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V

372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259).

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'entrer 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; TF 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

**c)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 125 V 195 consid. 2 ; ATF 122 V 158 consid. 1a et les références). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI 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. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité 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. 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\_789/2012 du 27 juillet 2013 ; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

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).

**d)** En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire - rhumatologique et psychiatrique - au sein du SMR en date du

27 mai 2011, dans le contexte de sa première demande de prestations AI. Les conclusions de cet examen ont fondé la décision de l'OAI du 12 décembre 2011, entrée en force, aux termes de laquelle l'administration n'a retenu aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité, ni aucune limitation fonctionnelle, sous suite d'une capacité de travail entière dans toutes activités lucratives.

Sur le plan somatique, les diagnostics évoqués par le médecin traitant de l'assuré, le Dr B. \_\_\_\_\_, à savoir des cervico-brachialgies, des lombalgies et des dorsalgies, de même que la symptomatologie douloureuse associée à ces atteintes, sont des éléments connus de l'intimé et dûment investigués dans le cadre de l'examen du SMR susmentionné. En effet, les spécialistes du SMR avaient retenu que l'assuré souffrait de troubles dégénératifs et statiques, jugés compatibles avec son âge, sans manquer de faire état des « douleurs submaximales »

alléguées par le recourant. De ce point de vue, les observations consignées par son médecin traitant dans le rapport daté du 14 janvier 2013 sont parfaitement superposables à celles ressortant de l'examen clinique effectué par le SMR près de deux ans plus tôt. Dans la mesure où le Dr B.\_\_\_\_\_ n'explique pas pourquoi ces diagnostics justifient désormais une limitation de la capacité de travail de son patient, force est de considérer que son avis constitue uniquement une appréciation différente d'une situation antérieure identique, ce qui ne saurait contraindre l'intimé à entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré.

Quant à la problématique psychique - mise en exergue par le Dr B.\_\_\_\_\_ au stade de la procédure d'audition - dont l'évolution justifierait le diagnostic « d'état dépressif modéré à sévère », il convient de relever que ce diagnostic n'émane pas d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il est au demeurant clairement infirmé par le rapport du 13 septembre 2013 du Centre Z.\_\_\_\_\_, soit par le propre psychiatre traitant de l'assuré, lequel a expressément déclaré ne pas être à même d'attester de l'aggravation de l'état de santé psychique invoquée par le recourant. Au surplus, l'on remarquera de ce point de vue que les spécialistes du SMR ayant examiné l'assuré le 27 mai 2011 s'étaient prononcés sur le diagnostic d'état anxio-dépressif, après avoir constaté que la symptomatologie présentée par le recourant ne revêtait pas un degré de gravité suffisant pour retenir une telle atteinte à la santé. Il y a lieu de rappeler que le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et la Classification internationale des maladies (CIM-10) précisent les différents critères pour prendre en compte un épisode dépressif, à savoir humeur triste, anhédonie et baisse d'énergie, lesquels n'ont à l'évidence pas été objectivés en l'espèce. Dans la mesure d'ailleurs où les observations actuelles du médecin traitant ne diffèrent pas substantiellement des constats retenus par le SMR en mai 2011, l'on ne peut prendre en compte une modification sensible de l'état de santé du recourant.

**e)** L'on se doit ainsi de considérer que ce dernier n'a pas démontré que sa situation de fait s'était modifiée au point de justifier la révision de son taux d'invalidité, partant de son droit aux prestations de l'AI, depuis la décision de l'OAI du 12 décembre 2011. En l'absence d'aggravation objective et étayée de l'état de santé ou de répercussions nouvelles sur la capacité de travail de l'intéressé depuis cette dernière date, l'on ne voit pas qu'un motif de révision ait été rendu plausible au sens entendu par l'art. 87 al. 2 RAI.

Il s'ensuit que l'intimé était manifestement légitimé à ne pas instruire sur le fond la demande subséquente présentée par le recourant, au demeurant formulée à moins d'une année suivant l'entrée en force de la décision du 12 décembre 2011, et à prononcer le refus d'entrer en matière litigieux.

Il convient enfin de relever que l'intimé a dûment attiré l'attention du recourant sur son obligation de produire les moyens de preuve susceptibles de justifier le réexamen de son cas, tout en lui impartissant un délai à cette fin, dans le respect de la procédure rappelée par la jurisprudence fédérale citée supra.

Le recours est en définitive manifestement mal fondé, ce qui implique la confirmation de la décision de l'OAI du 27 septembre 2013.

**3. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois

que provisoirement la partie qui en bénéficie, celle-ci étant en effet tenue au remboursement des frais dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**b)** In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires sont arrêtés à 250 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de recouvrement (art. 5 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile] ; RSV 211.02.3).

**c)** Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'OAI du 27 septembre 2013 est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs) sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Le recourant, bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- X. \_\_\_\_\_, à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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).

La greffière :