

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 décembre 2014

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Pasche et M. Merz
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 6ss, 17 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, ressortissant turque en Suisse depuis 1985 et ayant travaillé en dernier lieu comme manoeuvre, a déposé une première demande de prestations AI le 6 décembre 1993 invoquant une opération d'une hernie discale L5-S1 gauche luxée vers le bas en juillet 1990.

Par décision du 27 mars 1996, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) a alloué à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} juin 1995. Cette décision a été maintenue selon communication du 24 novembre 1998 rendue au terme de la première révision d'office de la rente.

Ensuite d'une nouvelle procédure de révision datant de décembre 2000 et à la demande du Dr R. _____, médecin traitant à [...], interniste FMH, un examen clinique bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, a été effectué dans les locaux du Service Médical Régional (SMR) de l'AI le 10 juin 2003 par la Dresse E. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation et par le Dr N. _____, psychiatre FMH. Dans leur rapport du 25 novembre 2003, ces examinateurs ont posé les diagnostics de lombalgies avec lombosciatalgies gauches épisodiques (dans le cadre d'un status post cure de hernie discale le 24 juillet 1990 et des troubles légers de la statique), de déconditionnement global, d'hyperlipidémie traitée, de surcharge pondérale et de gastralgies non investiguées. Ils ont précisé également l'absence de diagnostics retenus sur le plan psychiatrique. Leur appréciation consensuelle du cas de l'assuré était la suivante :

"Cet assuré de 48 ans, d'origine kurde, n'ayant pas de formation spécifique, a bénéficié d'une rente de 100% depuis le 01.06.1995 pour lombosciatalgies chroniques. On est à la deuxième révision. Selon M. A. _____, il souffre toujours de douleurs et il a beaucoup de préoccupations pour sa santé et son futur. Selon le médecin traitant, le Dr R. _____, l'état de santé est stationnaire, voire amélioré en arrêt de travail.

L'examen rhumatologique met en évidence une limitation douloureuse légère à moyenne de la mobilité lombaire avec une insuffisance musculaire nette et des troubles de la statique partiellement corrigibles. Il n'y a pas de déficit neurologique ou de signes irritatifs. Au niveau de la hanche G [gauche] on note une nette limitation de la rotation interne, indolore, avec un arrêt élastique-mou. Pendant l'entretien, M. A. _____ supporte bien la position assise, il se déshabille et se rhabille sans problème notable. On retient donc le diagnostic d'un syndrome lombaire avec irradiations pseudoradiculaires épisodiques et une insuffisance posturale dans le cadre d'un syndrome de déconditionnement. Un traitement visant le renforcement musculaire du tronc devrait corriger au moins partiellement ce dernier problème, et on peut demander de cet assuré relativement jeune, objectivement peu handicapé par son dos, qu'il fasse un effort pour retravailler. La profession de fraiseur-tourneur n'est certainement plus possible, voire contre-indiquée, mais une activité adaptée aux limites fonctionnelles est exigible, au début avec un taux réduit en relation avec le déconditionnement.

Arrivé en Suisse en 1985, l'assuré subit en 1990 une cure de hernie discale L5-S1 gauche. Depuis lors, l'assuré continue à présenter une symptomatologie douloureuse, qui l'empêche de poursuivre son activité de fraiseur-tourneur chez M. _____ à [...].

Au bénéfice d'une rente AI depuis 1995, l'assuré reste inoccupé, centré sur ses douleurs. L'examen au SMR ne met pas en évidence de trouble dépressif anxieux susceptible de constituer une comorbidité à son trouble douloureux chronique. Si l'assuré montre une certaine anxiété quant à son état de santé, celle-ci n'atteint pas le degré d'intensité correspondant à un trouble anxieux de type hypocondriaque. La personnalité de l'assuré est sans particularité. Il mène une vie sociale conservée et ne voit son médecin traitant que trois à quatre fois par année pour renouveler ses ordonnances.

Les limitations fonctionnelles somatiques sont : éviter les positions debout/assis prolongées et en flexion/rotation du rachis, en porte-à-faux et le port de charges dépassant les 15 kg.

En l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré est d'un point de vue psychiatrique de 100% dans toute activité adaptée sur le plan biomécanique."

Les Drs E. _____ et N. _____ retenaient que la capacité de travail exigible de la part de l'assuré était totale dans une activité adaptée avec un temps d'adaptation de deux à trois mois à 50%, respectivement 70%.

Par décision du 1^{er} juin 2004, le droit à la rente a été supprimé avec effet au 1^{er} août 2004 compte tenu d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré. L'OAI retenait après comparaison des revenus annuels

raisonnablement exigibles, un degré d'invalidité de 27,68% mettant un terme au droit à la rente. Le 22 juin 2004, l'assuré, alors représenté par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (FSIH), a fait opposition à la décision précitée. Il a produit un rapport du Dr J._____, radiologue FMH, établi le 5 mars 2004 après une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire et dont les conclusions sont les suivantes :

“Discopathies de L3 à S1, associées à une déchirure du ligament annulaire en L3-L4 et L4-L5, ainsi qu'à une extension modérée du contenu intra-discal en L3-L4, en position médiane, n'entraînant pas de conflit de racine visible.

Remaniement postopératoire para-médian gauche en L5-S1, entraînant une légère déformation du sac thécal et de la racine S1 gauche. Pas de récurrence herniaire ni de conflit de racine visible.

Canal lombaire étroit L3-L4 mixte.”

Le 14 décembre 2004, l'OAI a rendu une décision sur opposition par laquelle il a constaté que les conditions d'une révision du droit à la rente n'étaient pas remplies, l'état de santé de l'assuré étant identique à celui constaté précédemment. En revanche, l'Office a estimé que les conditions d'une reconsidération étaient remplies au motif que la précédente décision du 27 mars 1996 était fondée sur des raisons psychiatriques, ceci en l'absence de toute pathologie psychiatrique objectivée et documentée au dossier.

Par jugement du 1^{er} avril 2005 (TASS AI 8/05 - 150/2005), le Tribunal des assurances a rejeté le recours formé par l'assuré contre cette décision sur opposition.

B. Dans un rapport du 30 novembre 2006, le Dr J._____, suite à une IRM lombaire du même jour, a conclu à des discopathies L1-L2, L4-L5 et L5-S1, en progression, associées à une hernie discale L4-L5 paramédiane droite luxée vers le bas d'apparition nouvelle, entrant en conflit avec la racine S1 droite.

Le 26 février 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande.

Dans un rapport du 9 mars 2007, le Dr T. _____ et le Dr K. _____, respectivement chef de clinique adjoint, et médecin assistant au Service de neurochirurgie du CHUV ont écrit qu'il n'y avait actuellement aucune hernie discale visible pouvant entraîner un conflit radiculaire, ce suite à une IRM lombaire du 8 mars 2007.

Dans un rapport du 19 mai 2007, le Dr R. _____ a écrit qu'il existait un nouveau diagnostic, soit des lombosciatalgies droites modérément déficitaires L5-S1 (déficit sensitivo-moteur) sur hernie discale L4-L5 paramédiane droite luxée vers le bas. Il expliquait que l'assuré présentait une nouvelle hernie discale qui se situait plus haut que l'ancienne et de l'autre côté. Il résultait aussi de ce rapport qu'une nouvelle IRM lombaire demandée au Service de neurochirurgie du CHUV n'avait pas permis de mettre en évidence l'hernie discale précédemment décrite. Le médecin écrivait également qu'afin de ne pas compromettre l'alliance thérapeutique avec son patient, il ne pouvait se prononcer ni sur la capacité de travail ni sur les limitations fonctionnelles de l'assuré. Il proposait dès lors de convoquer ce dernier pour un examen médical voire éventuellement d'effectuer directement une expertise pluridisciplinaire.

Dans un avis du 31 octobre 2007, le Dr V. _____ du SMR écrivait qu'à l'examen des derniers rapports au dossier, la capacité de travail durable de l'assuré était inchangée depuis la dernière décision.

Par projet de décision du 6 novembre 2008, l'Office AI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande au motif que la capacité de travail de celui-ci était identique à celle faisant l'objet de la précédente décision. Par décision du 24 juin 2009, la demande de rente a été rejetée. Les constatations de l'OAI sur l'état de santé de l'assuré étaient les suivantes :

“Résultat de nos constatations :

- Vous avez déposé une nouvelle demande de prestations en vue de l'examen du droit à une rente de l'assurance-invalidité. Pour entrer en matière sur votre nouvelle demande, vous nous avez

fait parvenir un certificat médical du 13 février 2007 du Docteur R._____. Selon son certificat médical, il mentionne que depuis le 13 décembre 2004 de nouveaux troubles de la santé sont apparus. Votre incapacité de travail est complète dans n'importe quelle activité. Il nous renseigne notamment sur une prise en charge par le service de neurochirurgie.

- A réception de ce document, nous avons instruit votre demande par le biais d'envoi de différentes demandes médicales et économiques.
- Lorsque les renseignements nous sont venus en retour, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.
- Nous constatons que selon le compte rendu de consultation ambulatoire du service de neurochirurgie du CHUV qui est daté du 9 mars 2007, le Docteur T._____ note selon l'IRM lombaire du 8 mars 2007, des troubles dégénératifs au niveau des espaces L4-L5, L5-S1. Il n'y a actuellement aucune hernie discale visible pouvant entraîner un conflit radiculaire. Plus bas, il est mentionné qu'il y avait une hernie discale L4-L5 luxée vers le bas. Actuellement, nous ne pouvons confirmer une telle hernie discale avec une imagerie mise à part l'atteinte L4-L5 banale. Le médecin en charge de la consultation de neurochirurgie décrit un tableau clinique et paraclinique similaire à celui de l'examen du 25 novembre 2003 du Service médical régional.
- Votre capacité de travail durable est dès lors inchangée depuis lors, elle reste complète dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles.
- Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas de port répété de charges de plus de 8 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexions rotations répétées du tronc, possibilité d'alterner les positions assise et debout chaque heure.
- Votre activité de manœuvre, fraiseur-tourneur reste contre-indiquée en raison de vos limitations fonctionnelles. Par contre, vous continuez de présenter une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée à ces présentes limitations fonctionnelles.[...]"

C. Le 26 février 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.

Par lettre du 28 février 2013, l'Office AI a demandé à l'assuré de produire un rapport médical détaillé précisant 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 l'incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles.

Dans un courrier du 25 mars 2013, le Dr R. _____ a écrit que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% à partir du 1^{er} juin 1994 et que le pronostic était catastrophique. Il posait comme diagnostics nouveaux un trouble dépressif, épisode actuel sévère et des lombosciatalgies droites modérément déficitaires L5 (déficit sensitivo-moteur) sur hernie discale L4-L5 paramédiane droite luxée vers le bas.

Dans un avis SMR non daté mais indexé en août 2013, le Dr V. _____ a constaté que le Dr R. _____ rapportait une dépression pour laquelle il n'avait pas jugé bon d'adresser son client à un spécialiste en psychiatrie. Il relevait également que l'association Citalopram®/Tramadol® était bien connue pour être la source de syndromes sérotoninergiques parfois sévères et que le traitement optimal n'était donc pas en place non plus. De l'avis du Dr V. _____, aucune pièce médicale versée au dossier depuis la dernière décision ne rendait plausible une aggravation de l'état de santé au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI, RS 831.20).

Par projet de décision du 13 août 2013, intitulé « Refus de rente d'invalidité », l'OAI a relevé que l'atteinte somatique « lombosciatalgies droites » figurait d'ores et déjà dans le rapport médical du Dr R. _____ du 19 mai 2007 et avait d'ores et déjà fait l'objet d'un examen lors de la précédente demande. L'Office AI admettait que la situation médicale de l'assuré n'avait pas significativement changé par rapport à celle présente lors de la décision de refus du 24 juin 2009 et que la capacité de travail était toujours de 100% dans une activité adaptée.

Le 1^{er} septembre 2013, l'assuré a présenté des objections sur le projet précité en produisant un rapport du 12 novembre 2012 du Centre d'antalgie du Service d'anesthésiologie du CHUV selon lequel il présentait un syndrome lombosciatalgique droite avec une volumineuse hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite et amputation de la racine L5.

Par décision du 30 septembre 2013, l'OAI a confirmé son projet rendu le 13 août 2013 dans le sens du rejet de la demande de rente.

D. A. _____ a recouru, par acte du 29 octobre 2013, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant implicitement à la réforme de la décision précitée en ce sens qu'il a droit à une rente.

Dans sa réponse du 17 décembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève que la décision querellée du 30 septembre 2013 a été rendue ensuite d'une nouvelle demande du 27 (recte : 26) février 2013. Il constate que par une décision du 24 juin 2009, entrée en force, le droit du recourant à une rente a été nié. Il explique que par la décision du 30 septembre 2013, l'office a à nouveau prononcé un refus portant sur le même objet et que le recourant n'ayant pas rendu plausible une modification significative de son état de santé depuis le 24 juin 2009, le libellé de la décision querellée est erroné. L'OAI aurait dû en réalité prononcer un refus d'entrer en matière ; il faudrait en conséquence considérer la décision attaquée comme tel.

Pour le surplus, l'intimé est d'avis que le rapport de mars 2013 du Dr R. _____ n'est ni motivé ni détaillé et qu'il ne rend pas plausible une aggravation de l'état de santé du recourant de nature à modifier la position de l'Office AI.

Le 17 janvier 2014, le recourant produit un rapport établi le 4 décembre 2013 par la Dresse Q. _____, médecin associée au Service de rhumatologie du CHUV, dont les conclusions sont les suivantes :

“Depuis le refus de son recours à l'AI en août 2012, ce patient s'est présenté d'innombrables fois aux urgences du CHUV et a été examiné à plusieurs reprises par divers spécialistes (rhumatologues (voir consultation du 20.02.2013), antalgestes (en octobre et novembre 2012)). En nous référant uniquement aux problèmes rachidiens, sans aucun doute, l'IRM d'août 2012 montre une hernie discale volumineuse en L4/L5 médiane et paramédiane droite, provoquant une sténose des récessus latéraux L5 avec contrainte

radiculaire L5 bilatérale. S'associe un canal lombaire sténosé d'origine mixte de L1 à L4. Je n'ai pas de notion de consultation en neurologie depuis cette nouvelle IRM, mais vu le contexte psychosocial et assécurologique, j'ai la triste impression qu'aucune intervention chirurgicale ne pourra avoir un effet favorable.

Sur le plan antalgique, il y a déjà eu des gestes infiltratifs sans efficacité reconnue par le patient et sur le plan purement physique, il est illusoire de penser qu'une prise en charge intensive sera efficace. Nous sommes donc obligés de reconnaître que nous nous trouvons devant un échec total d'un patient qui est désinséré professionnellement et socialement depuis 15 ans. Dans ces conditions je n'ai malheureusement aucune proposition thérapeutique."

Le 21 janvier 2014, l'intimé a adressé à la Cour de céans le rapport précité ainsi qu'un certificat médical du Dr R. _____ daté du 8 janvier 2014 attestant une incapacité de travail totale dès le 1^{er} juin 1994 de durée indéterminée. L'OAI ajoute que ces documents rapportent des faits dont il avait déjà connaissance au moment de statuer et qui ne remettent aucunement en cause sa prise de position de sorte qu'il propose de maintenir la décision querellée.

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 et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ([LPA-VD, RSV 173.36] cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). 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.

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) La décision du 30 septembre 2013 est intitulée « Refus de rente d'invalidité ». Par cette décision l'intimé a retenu qu'il n'y avait pas de nouvel élément médical notamment psychiatrique permettant de retenir une aggravation de l'état de santé au sens de l'assurance-invalidité. L'Office AI précisait aussi que l'atteinte somatique (lombosciatalgies droites) figurait déjà dans le rapport du Dr R. _____ du 19 mai 2007 et qu'elle avait déjà fait l'objet d'un examen lors de la précédente demande. Il concluait que la situation médicale de l'assuré n'avait pas significativement changé par rapport à celle présente lors de la décision de refus du 24 juin 2009 et que la capacité de travail du recourant était toujours de 100% dans une activité adaptée. Dans sa réponse, l'OAI indique que le libellé de la décision attaquée était faux en ce sens qu'un refus d'entrer en matière aurait dû être prononcé.

3. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI ([règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201] dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3

RAI (également dans sa teneur au 1^{er} janvier 2012) 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.

Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011. Les exigences qui y sont posées doivent 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, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a). 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. 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).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (jusqu'au 31

décembre 2011 : art. 87 al. 3 RAI; cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} 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 (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]; cf. ATF 124 II 265 consid. 4a). 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 précité, consid. 2.3 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2).

Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge 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). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées).

b) En l'occurrence si l'on devait admettre qu'on se trouve en présence d'un refus d'entrer en matière, il ne serait pas possible de tenir compte du rapport de la Dresse Q._____ postérieur à la décision querellée. De même, toute pièce que le recourant aurait pu produire à l'appui de son recours devrait être écartée en quelque sorte a posteriori en raison de l'approche indiquée par l'office dans sa réponse. Il n'est pas certain qu'un tel procédé soit admissible, notamment en regard des principes découlant de la protection de la bonne foi applicable (cf. consid. 3a supra), ce d'autant plus que l'intimé paraît partager cet avis ; il a lui-même produit le rapport de la Dresse Q._____ en se prononçant sur le fond de ce rapport et en ne se contentant pas de dire que celui-ci étant postérieur à la décision attaquée, il ne peut en être tenu compte. D'ailleurs, le recourant n'était pas en mesure de recourir contre un refus d'entrer en matière puisqu'il ne pouvait saisir à lecture de son libellé que la décision du 30 septembre 2013 consistait en un refus d'entrer en matière.

Quoiqu'il en soit, cette question s'avère sans incidence sur l'issue du litige ainsi qu'on le verra ci-dessous.

4. a) Si l'on admet que l'OAI est entré en matière, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence 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, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au

fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TFA I 238/2003 du 30 décembre 2003, consid. 2).

b) 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 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.

c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Aux termes de 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés

dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012, consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012, consid. 3.1, 9C_28/2011 du 6 octobre 2011, consid. 2.2, 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009, consid. 3.3.2 avec les références ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_500/2011 précité, loc. cit., 9C_28/2011 précité, loc. cit. et 9C_745/2010 précité, loc. cit.).

e) 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que

possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1, 135 V 201 consid. 7.1.1 et 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1 et 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

f) aa) En l'espèce, sur le plan psychiatrique, le recourant a produit un rapport du 25 mars 2013 du Dr R._____ dont il ressort le diagnostic de trouble dépressif, épisode actuel sévère, affection traitée par la prescription de Citalopram® (cpr. 20 mg une fois par jour). Interpellé à ce propos, le Dr V._____ pour le SMR relève qu'en l'absence de mise en œuvre par le médecin traitant d'un suivi de son patient chez un psychiatre, il n'existe aucune pathologie invalidante (cf. avis indexé en août 2013). Il demeure toutefois que ce médecin-conseil de l'AI retient l'existence d'un traitement médicamenteux en lien avec la dépression du recourant. Il ajoute qu'associé à la prise d'un antalgique (Tramadol® cpr. 100 mg deux fois par jour), ce traitement n'est pas optimal. Le Dr V._____ n'exclut donc pas le caractère potentiellement invalidant de l'atteinte à la santé psychiatrique annoncée par le médecin traitant. Cela vaut d'autant que la Dresse Q._____, qui n'est certes pas psychiatre mais qui a cependant eu l'occasion d'entendre les plaintes du recourant, relate le cas d'un « patient qui est désinséré professionnellement et socialement depuis 15 ans ». Dans ce contexte, étant précisé encore que lors de l'examen clinique bidisciplinaire SMR du 10 juin 2003, le Dr N._____ n'a pas posé de diagnostic ni retenu de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique chez l'assuré (cf. rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 25 novembre 2003 des Drs E._____ et N._____, pp. 4 - 5), il incombait à l'intimé d'instruire plus en détail cette problématique nouvelle sans se contenter de suivre le bref avis, au demeurant contradictoire, du Dr V._____.

bb) S'agissant du plan somatique, lors de son examen du 10 juin 2003, la Dresse E. _____ du SMR a posé les diagnostics de lombalgies avec lombosciatalgies gauches épisodiques (dans le cadre d'un status post cure de hernie discale le 24 juillet 1990 et des troubles légers de la statique), de déconditionnement global, d'hyperlipidémie traitée, de surcharge pondérale, de gastralgies non investiguées (cf. rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 25 novembre 2003 des Drs E. _____ et N. _____, p. 4). Selon cet examinateur, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son ancienne profession mais théoriquement de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, moyennant un temps d'adaptation de deux à trois mois à 50%, respectivement 70% (cf. rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 25 novembre 2003 des Drs E. _____ et N. _____, p. 5).

A l'occasion de l'instruction de la présente affaire, si le Dr V. _____ ne s'est pas prononcé sur le diagnostic somatique posé le 25 mars 2013 par le médecin traitant (cf. avis indexé en août 2013), l'intimé a retenu pour sa part que l'atteinte de lombosciatalgies droites figurait déjà dans le rapport du Dr R. _____ du 19 mai 2007 et qu'elle avait déjà fait l'objet d'un examen lors de la précédente demande de sorte que la situation médicale de l'assuré n'avait pas significativement changé depuis la décision de refus du 24 juin 2009.

Or, à cet égard, la situation n'est pas claire. Certes, le diagnostic posé par le Dr R. _____ dans son rapport du 25 mars 2013 de lombosciatalgies droites modérément déficitaires L5 (déficit sensitivo-moteur) sur hernie discale L4-L5 paramédiane droite luxée vers le bas est identique à celui figurant dans le rapport du 19 mai 2007 et on ne voit pas en quoi contrairement à ce qu'indique le médecin, il est nouveau. Il demeure toutefois que dans le rapport du 19 mai 2007, le Dr R. _____ mentionne qu'une IRM lombaire pratiquée au CHUV n'a pas mis en évidence d'hernie discale. Or, le rapport du 12 novembre 2012 du Centre d'antalgie fait état d'une volumineuse hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite. A la lecture du rapport de la Dresse Q. _____ du CHUV, cette hernie provoque une sténose des récessus latéraux L5 avec

contrainte radiculaire L5 bilatérale. Il y a ainsi lieu de constater – nonobstant ce qu'en dit l'intimé – que le tableau tant clinique que paraclinique actuel n'est pas superposable à celui existant lors de la décision de refus du 24 juin 2009, soit à celui observé en juin 2003 par les médecins du SMR.

cc) Il s'ensuit qu'au vu des opinions divergentes d'autres spécialistes on peut sérieusement mettre en doute la pertinence actuelle des constatations médicales de l'examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) SMR de juin 2003 des Drs E. _____ et N. _____ et la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis. La Cour de céans ne peut établir en l'état si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, depuis la dernière décision entrée en force du 24 juin 2009 est intervenu. Il apparaît dès lors justifié de renvoyer le dossier de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical. Il appartiendra ainsi à l'office intimé de procéder à une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) conformément à la procédure prévue à l'art. 44 LPGA, permettant de décrire l'ensemble des atteintes dont souffrirait A. _____, leur origine et de préciser les conséquences de dites atteintes sur sa capacité de travail.

5. En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

a) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

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. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI

(CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par l'intimé qui succombe.

b) Le recourant qui obtient gain de cause sans l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, ne peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPG; 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 29 octobre 2013 par A. _____ est admis.
- II.** La décision rendue le 30 septembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.
- IV.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- A. _____,
- 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 :