

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 août 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant,

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. **a)** I. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé, jusqu'au début des années 2000, comme ouvrier dans une fonderie.

Le 21 janvier 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Par rapport non daté, reçu le 5 mai 2010 par l'OAI, le Dr F. _____, médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic incapacitant d'état dépressif. Un diabète de type 2 avec obésité, une hypertension artérielle traitée, un status après thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche en 2007, un status après thyroïdectomie pour goitre en 1980 et une diminution de l'acuité visuelle constituaient des diagnostics sans effet sur la capacité de travail. Dans la rubrique « questions sur l'activité exercée à ce jour », le médecin a relevé que l'assuré décrivait des difficultés à rester debout longtemps. Il a retenu en outre une impossibilité à lever des charges, une intolérance au stress, des difficultés dans les rapports sociaux, de la tristesse, des angoisses, des attaques de panique et des troubles du sommeil. Le médecin a précisé que la psychiatre suivant l'assuré avait délivré des arrêts de travail attestant d'une incapacité à 100 % depuis environ cinq ans. En annexe à son envoi, le Dr F. _____ a produit un rapport du 10 novembre 2008 des Drs [...], [...] et [...], spécialistes en endocrinologie-diabétologie. Aux termes de ce rapport, ces spécialistes ont posé les diagnostics de syndrome métabolique avec diabète de type 2, hypertension artérielle et obésité classe III (BMI 43,1 kg/m²), de tabagisme chronique (5 UPA), d'état dépressif, d'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs des deux côtés, de status post lithiase rénale en 2003 et de status post thyroïdectomie en 1980.

Par rapport du 17 août 2010, la Dresse V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics incapacitants de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), de diabète, d'hypertension artérielle et d'obésité. Elle a précisé que le décès du père de l'assuré, survenu en 2006, constituait un diagnostic sans effet sur la capacité de travail (Z63.4). Comme restrictions à l'activité exercée, elle a retenu une obésité, un diabète et une hypertension artérielle difficile à stabiliser, des crises d'angoisse et une humeur triste. Elle a attesté que l'activité exercée n'était plus exigible, l'assuré présentant une incapacité de travail à concurrence de 100 % depuis le 11 octobre 2006. A l'appui de son rapport, la Dresse V._____ a produit une lettre de sortie du [...] du 8 janvier 2007, faisant suite à l'hospitalisation de l'assuré entre le 9 et le 29 novembre 2006. Aux termes de ce document, la Dresse [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) et de décès du père (Z63.4).

Le 24 mars 2011, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D._____, psychologue, ont adressé à l'OAI une expertise médicale dont le contenu est notamment le suivant :

« 1.10. ATTENTE DE L'ASSURÉ(E) VIS-À-VIS DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ

Monsieur I._____ ne s'estime plus en mesure de travailler, même à temps partiel.

2. INDICATIONS SUBJECTIVES DE L'ASSURÉ(E)

2.1. PLAINTES SUBJECTIVES DE L'ASSURÉ(E)

Monsieur I._____ se plaint de ne pas pouvoir retravailler, en raison de son hypertension artérielle, son diabète, de douleurs aux jambes, et parfois d'un sentiment d'irritabilité.

[...]

3. CONSTATATIONS OBJECTIVES

3.1 EXAMEN CLINIQUE DU 14 FEVRIER 2011

[...]

Monsieur I. _____ n'est pas spécialement dépressif. En tous les cas, on ne peut pas parler d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme. [...]

Monsieur I. _____ se sent un petit peu tendu, irritable, ce qu'il auto-médique par la prise de Temesta.

D'un point de vue anxieux il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par la DSM IV. Monsieur I. _____ ne souffre pas de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang, d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique.

[...]

Monsieur I. _____ ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie - boulimie.

Il n'existe pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée.

Au niveau somatique, Monsieur I. _____ annonce des douleurs multiples, ubiquitaires, mal systématisables, tel (sic) parfois une sensation vertigineuse ou d'oppression thoracique, qu'il attribue à son hypertension artérielle, ou des céphalées, ou des douleurs oculaires lorsqu'il doit lire ou regarder la télévision.

[...]

4. DIAGNOSTIC

4.1 DIAGNOSTIC SELON LE [MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX]

Axe I	Eventuellement dysthymie
Axe II	Personnalité frustrée
Axe III*	cf. spécialiste concerné
Axe IV	Pas de facteur de stress aigu

* L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre.

4.1.1. DIAGNOSTICS AYANT UNE REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

- Nihil

4.1.2. DIAGNOSTICS SANS REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

- Eventuellement dysthymie

[...]

D'un point de vue psychopathologique, lorsque nous l'examinons, Monsieur I._____ apparaît comme un homme assez passif, centré sur quelques symptômes physiques. Il est manifestement peu dépressif. En tous les cas, il n'y a pas d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme marqués. Tout au plus pourrions-nous évoquer une dysthymie. Par ailleurs, le traitement de Floxyfral aurait été interrompu il y a 3 mois par la Dresse V._____. Cette dernière, parle d'un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions, survenu en 2006, diagnostic qui par définition, doit évoluer favorablement dans un délai de 6 mois. Son rapport ne mentionne pas d'éléments importants susceptibles d'entrer dans le cadre d'un état dépressif majeur cliniquement significatif. Les troubles anxieux se caractériseraient parfois par un sentiment d'oppression thoracique, une certaine irritabilité, que Monsieur I._____ auto-médique par la prise de Temesta.

[...]

Monsieur I._____, en Suisse depuis l'âge de 21 ans, ne maîtrise que très peu le français. On peut surtout parler d'inadaptation socio-culturelle. Des facteurs qui sortent du champ médical justifient probablement la demande de prestation invalidité, et qui ne relèvent pas, de notre point de vue, du domaine maladie.

Nous n'avons aucune recommandation médicale à faire.

CAPACITE DE TRAVAIL

Mis à part 6 mois d'incapacité de travail en 2006 dans le cadre d'un trouble de l'adaptation, l'évolution a été largement favorable, l'assuré d'ailleurs sortant de [...] le 29.11.2006, sans symptomatologie anxio-dépressive manifeste. Aucun reclassement professionnel n'est indiqué. Monsieur I._____ peut parfaitement poursuivre son activité antérieure.

[...]

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Somatisations diverses, notamment vertiges, parfois tensions rétro-oculaires, oppression thoracique

Au plan psychique et mental

Légères fluctuations de l'humeur

Au plan social

Nihil

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Mis à part 6 mois d'incapacité de travail en 2006 dans le cadre d'un trouble de l'adaptation, l'évolution a été largement favorable, l'assuré d'ailleurs sortant de [...] le 29.11.2006, sans symptomatologie anxio-dépressive manifeste.

2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail

100 %

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

100 %

2.4. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non

2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au mois ?

--

2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Evolution favorable.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

--

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

[...]

Si non, pour quelles raisons ?

Aucun reclassement professionnel n'est indiqué. Il peut parfaitement poursuivre son activité antérieure.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1. Si oui par quelles mesures ? [...]

Les propositions de traitement relèvent de la Dresse V._____, qui jugera nécessaire ou non la réintroduction d'un traitement antidépresseur.

2.2. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

-- ».

Aux termes d'un rapport du 6 avril 2011, les Drs [...] et [...], du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), se sont ralliés aux conclusions du Dr C._____.

Par décision du 11 juillet 2011 confirmant un projet du 30 mai 2011, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assuré. Il a considéré que ce dernier ne présentait pas d'atteinte incapacitante.

b) Le 24 août 2016, le [...] a adressé à l'OAI un formulaire de détection précoce.

Par courrier du 9 septembre 2016 se référant à un entretien avec l'assistant social de l'assuré, l'OAI a indiqué à ce dernier que le dépôt d'une demande AI ne lui paraissait pas indiqué.

L'assuré n'a pas donné suite à cet envoi.

c) Par courrier du 4 avril 2018, l'assuré a demandé la réouverture de son dossier.

Le 17 avril 2018, l'OAI a répondu à l'assuré que, pour demander le réexamen de son droit à des mesures professionnelles et à une rente, il lui fallait déposer une nouvelle demande au moyen du formulaire idoine qui lui était adressé. L'OAI a informé l'assuré qu'il lui appartenait de rendre plausible une modification de son degré d'invalidité. Il a demandé à ce que lui soit adressé un rapport médical indiquant le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé depuis la précédente décision, le taux d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles et le

pronostic. L'OAI a encore précisé que si les pièces fournies s'avéraient insuffisantes pour admettre une modification du degré d'invalidité, il rendrait une décision de refus d'entrer en matière.

Le 11 mai 2018, l'assuré a adressé à l'OAI une demande de prestations AI. Il s'est prévalu de problèmes de cœur, de diabète, d'hypertension, de problèmes de cholestérol et d'une thrombose au niveau des jambes, chacune de ces atteintes ayant commencé en 2007.

Par courrier du 18 mai 2018, l'OAI a fait savoir à l'assuré que sa nouvelle demande ne pourrait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de trente jours lui était dès lors imparti pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi, il serait considéré qu'il n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

Par projet du 17 juillet 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI.

Par courrier du 9 août 2018, le Dr N._____, médecin traitant de l'assuré, s'est adressé à l'OAI. Il a posé les diagnostics de pose de deux stents en 2013 au [...] sans particularité, d'hypertension artérielle, de diabète de type II insulino-requérant avec complications microvasculaires multiples et de possible état anxio-dépressif chronique. Il a adressé à l'OAI différents rapports médicaux, soit :

- un courrier qu'il a adressé le 13 avril 2018 à la Dresse [...], spécialiste en endocrinologie-diabétologie, relevant que l'assuré présentait une hémoglobine glyquée à 13.4, un syndrome métabolique, une obésité morbide et de possibles troubles de l'humeur. Le médecin a également noté différentes lésions au

niveau des membres inférieurs. Il a ainsi demandé à la diabétologue une réévaluation du traitement antidiabétique.

- un rapport du 16 avril 2018 de la Dresse [...] posant les diagnostics de diabète de type 2 diagnostiqué en 2006 avec complications microvasculaires (polyneuropathie des membres inférieurs et microalbuminurie) et complication macrovasculaires (cardiopathie ischémique avec status post angioplastie), d'hypertension artérielle traitée, de dyslipidémie traitée et d'obésité de classe 2 selon l'OMS.
- un rapport du 19 avril 2018 des Drs [...], spécialiste en radiologie, et [...], rendant compte d'un scan cérébral réalisé le 18 avril 2018 et concluant à l'absence d'hémorragie intra-crânienne, de lésion ischémique constituée, de masse parenchymateuse et d'atteinte vasculaire significative.

Par courrier du 21 août 2018, l'OAI a demandé à l'assuré si le courrier de son médecin devait être considéré comme une contestation de son projet de décision. L'assuré était invité à remplir un formulaire à ce sujet.

L'assuré n'a pas donné suite à cet envoi.

Par décision du 5 octobre 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI. Il a considéré qu'il n'avait pas été en mesure de constater de modifications notables dans la situation professionnelle ou médicale de l'assuré.

B. Par acte du 2 novembre 2018, I. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. A l'appui de son recours, il a produit plusieurs documents, soit plusieurs rapports médicaux et résultats d'examens confirmant les diagnostics susmentionnés.

Par réponse du 7 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a produit un rapport du 16 janvier 2019 du SMR analysant les éléments médicaux adressés par le Dr N. _____ le 9 août 2018. Ce rapport relève notamment :

« [...] les éléments médicaux présentés dans le cadre de cette deuxième demande décrivent l'évolution lentement défavorable d'un diabète déjà traité par insuline en 2011, et responsable de complications microvasculaires (polyneuropathie des membres inférieurs et microalbuminurie) et macrovasculaires (cardiopathie ischémique), pour l'heure limitée. En effet, la microalbuminurie est asymptomatique, et la cardiopathie avec angioplastie en 2013 n'est pas décrite comme ayant des répercussions significatives en terme (sic) de diminution de la fonction cardiaque ou de limitation de la capacité fonctionnelle. La polyneuropathie des membres inférieurs s'est légèrement péjorée, mais le retentissement clinique reste limité, avec notamment absence de troubles de la marche, de chute, d'amyotrophie ou encore de lésions trophiques significatives.

Rappelons que le diabète, au même titre que les complications de ce dernier, sont parfaitement à même de se stabiliser dans le cas où les mesures hygiéno-diététiques proposées devaient être suivies. Finalement, concernant l'atteinte psychique, à l'exception de la mention d'un possible trouble de l'humeur (qui pourrait correspondre au diagnostic retenu par l'expert en 2011), il n'y a aucun argument médical en faveur d'une aggravation manifeste et significative.

Conclusion: A la lumière de ce qui précède, nous sommes d'avis qu'une aggravation significative de l'état de santé de l'assuré, tant somatique que psychique, n'est pas rendue plausible. ».

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 et 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le présent litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 4 avril 2018.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence 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 rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

La modification alléguée à l'appui de la nouvelle demande doit conduire l'autorité à supposer que, si les circonstances invoquées s'avèrent exactes, le droit à une rente d'invalidité (ou son augmentation)

serait justifié (TF 9C_460/2014 du 11 septembre 2014 consid. 2 ; TFA I 238/02 du 20 avril 2003 consid. 2.2 et 2.3 ; TFA I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

b) 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 prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (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 (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 (art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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 autre investigation 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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. Le juge doit donc 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).

4. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 4 avril 2018. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si l'intéressé, à la date de la décision du 5 octobre 2018, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le 11 juillet 2011, date de la dernière décision entrée en force.

a) Le recourant souffre depuis plusieurs années de nombreuses atteintes à sa santé physique (diabète de type 2, obésité, hypertension artérielle, insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs des deux côtés) et psychique. Aux termes de son rapport du 5 mai 2010, le Dr F. _____ avait relevé que seule l'atteinte psychique était invalidante. En effet, à la date de la première demande de prestations, cela faisait cinq ans environ que la Dresse V. _____ attestait de l'incapacité de travail de l'assuré. Quant à la nature de l'atteinte psychique, la psychiatre avait posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Pour leur part, le Dr C. _____ et Mme D. _____ avaient retenu une éventuelle dysthymie, au demeurant non incapacitante (cf. rapport d'expertise du 24 mars 2011). Fondé sur les rapports médicaux précités, l'OAI avait considéré que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante (cf. décision du 11 juillet 2011). Les limitations fonctionnelles retenues consistaient dans des somatisations diverses, soit notamment des vertiges, des

tensions rétro-oculaires, des oppressions thoraciques ainsi que de légères fluctuations de l'humeur. L'OAI a considéré que ces limitations étaient sans effet sur l'exigibilité.

b) A l'appui de sa demande du 4 avril 2018, l'assuré invoque les mêmes problèmes de santé que ceux qui avaient fondé sa première demande du 21 janvier 2010. Les pièces médicales produites à l'appui de cette nouvelle demande ne contiennent aucun élément qui attesterait d'une évolution défavorable au regard de la situation qui prévalait au moment où la décision du 11 juillet 2011 a été rendue. En effet, comme l'a relevé le SMR dans son rapport du 16 janvier 2019, le diabète et ses complications peuvent se stabiliser par le simple suivi par l'assuré des traitements et règles de vie proposés par ses médecins. La microalbuminurie est asymptomatique et la cardiopathie n'est pas décrite par les rapports médicaux produits comme ayant des répercussions significatives sur la capacité de travail. La polyneuropathie des membres inférieurs ne cause quant à elle ni trouble de la marche, ni chute, ni amyotrophie ou lésions trophiques significatives. Le recourant n'a pas non plus démontré que ses troubles psychiques auraient évolué depuis 2011. Le diagnostic de « possible état anxio-dépressif chronique » posé par le Dr N. _____ à l'appui de son rapport médical du 9 août 2018 n'est pas très précis et semble recouvrir les symptômes déjà analysés par la Dresse V. _____ et le Dr C. _____ en 2011. Cette indication ne suffit dès lors pas à attester que cette problématique se serait aggravée de façon significative depuis la décision du 11 juillet 2011. Or, il appartenait à l'assuré de démontrer que tel était le cas (cf. consid. 3b *supra*).

C'est le lieu de relever que les pièces produites par l'assuré à l'appui de son recours ne sont pas recevables. Elles ont en effet été adressées à l'autorité de céans après l'échéance du délai imparti par l'OAI pour lui adresser les pièces pertinentes (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Au demeurant, ces documents n'apportent pas d'éléments nouveaux.

c) En conclusion, les différents rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande de prestation du 4 avril

2018 n'objectivent pas de nouvelles limitations fonctionnelles à celles déjà retenues à l'appui de la décision du 11 juillet 2011.

5. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'assuré n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer sur ses droits. Dans ces conditions, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 4 avril 2018.

Cela étant, l'assuré garde le droit de saisir l'OAI en tout temps d'une nouvelle demande de prestations. Si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à amener une appréciation différente de la situation, l'assureur devra rendre une nouvelle décision (TF 8C_733/2010 du 10 décembre 2010 consid. 5.6).

6. a) Le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 5 octobre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** 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 :

- I. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :