

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 novembre 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Thalmann et Brélaz Brillard
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par Me Dan Bally, avocat à Lausanne,

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. Par décision du 7 juillet 1997, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a alloué à J._____ (ci-après: l'assuré) une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 1996.

Le 23 avril 1999, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de suppression de rente d'invalidité. Par décision du 8 septembre 1999, l'OAI a maintenu la suppression du droit à la rente d'invalidité, avec effet au 1^{er} novembre 1999. Il retenait que l'état de santé de l'assuré était actuellement stabilisé, que sa capacité de travail était entière dans une activité professionnelle adaptée, soit dans une activité sédentaire, avec prédominance de la position assise, et que le degré d'invalidité correspondait désormais à 20%, taux insuffisant pour maintenir le droit à la rente.

L'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après: le TASS) à l'encontre de cette décision. Statuant le 19 septembre 2003, le TASS a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 8 septembre 1999.

L'assuré a recouru au Tribunal fédéral contre ce jugement. Par arrêt du 21 juillet 2005 (TF I 298/08), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours, en ce sens que la suppression de la demi-rente d'invalidité prenait effet au 1^{er} janvier 2001.

B. En avril 2007, J._____ a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il invoquait une aggravation de l'état de son genou gauche.

Le 30 mai 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis (projet de décision) dans le sens d'un refus d'entrer en matière. Ce préavis a été confirmé par décision du 12 mars 2009.

Le 8 avril 2009, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision. Dans un arrêt du 28 mai 2010, la Cour de céans a exposé les faits comme suit:

"A. Le 21 juillet 2005, le Tribunal fédéral a rendu un arrêt dans une précédente affaire opposant J._____ à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'office), dont la partie "Faits" a la teneur suivante (cause I 298/04):

"A.
J._____, né en 1959, a travaillé en qualité de transporteur de lits au C._____. Le 11 juin 1995, il a été victime d'un accident qui a provoqué une rupture du ligament croisé de genou gauche avec arrachement du plateau tibial antérieur et rupture du ligament latéral interne. Les suites de cet accident ont nécessité trois interventions chirurgicales, pratiquées par le docteur Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Dans un rapport médical établi en septembre 1996, un médecin de l'Hôpital de [...] a fait état d'une instabilité postérieure globale du genou gauche, un status post rupture du ligament croisé postérieur et du ligament bilatéral interne; il a attesté que le patient demeurait entièrement incapable de travailler depuis le 27 juin 1996, jour où il avait subi la troisième opération. Le 14 janvier 1997, le docteur Z._____ a fait savoir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (l'office AI) que le patient avait repris le travail à 50% mais qu'il était prématuré de prendre une décision définitive. De son côté, T._____, assureur-accidents, a confié un mandat d'expertise au docteur G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans un rapport du 3 février 1997, ce médecin a indiqué que l'assuré n'était pas rétabli, que sa capacité de travail restait nulle dans son activité de transporteur de lits et qu'il devrait être recyclé dans un emploi adapté à son handicap, soit un travail assis ou semi-assis, sans port de charges.

Par décision du 7 juillet 1997, l'office AI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} juin 1996, d'une rente entière à partir du 1^{er} septembre 1996, puis d'une demi-rente à compter du 1^{er} décembre 1996. Dans une communication du 6 mars 1997, l'administration avait précisé que la révision de cette demi-rente était en cours.

L'office AI a ordonné des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, qui ont échoué (cf. rapport du centre AFIRO du 13 novembre 1997). Dans un rapport du 30 novembre 1998, le docteur Z._____ a attesté que le genou du patient était calme et la fonction complète; à son avis, une instabilité antéro-postérieure était présente, mais elle n'était pas invalidante. Le docteur Z._____ a précisé qu'il n'y avait plus de traitement à proposer et que le patient refusait de porter une orthèse. En outre, il a indiqué que la capacité de travail s'élevait désormais à 50% au moins, voire davantage dans une activité adaptée.

A l'issue de la procédure de révision du droit à la rente, l'office AI a supprimé la demi-rente à partir du 1^{er} novembre 1999, par décision du 8 septembre 1999. A l'appui de sa décision, l'administration a retenu que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, qu'il avait volontairement interrompu les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée (sédentaire) et que la perte de gain qu'il subissait, soit 20%, n'ouvrait pas droit à une rente.

B.

J._____ a déféré cette décision au Tribunal des assurances du canton de Vaud, en concluant à son annulation et au versement d'une rente entière d'invalidité. Il a requis la mise en oeuvre d'une expertise.

La juridiction de recours a requis l'avis du docteur O._____, ancien médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 10 juillet 2000, ce médecin a attesté que si la capacité de travail du patient était presque nulle dans les travaux de force, il était en revanche imaginable qu'il puisse accomplir un travail léger après réadaptation.

Les premiers juges ont également entendu le docteur M._____, du Service d'orthopédie et de traumatologie C._____. Dans un rapport du 21 décembre 2000, ce médecin a attesté une capacité résiduelle de travail de 50% au moins dans une activité adaptée. A l'issue d'une audience d'instruction du 11 juillet 2002, les parties ont convenu d'interpeller à nouveau le docteur M._____. Ce dernier s'est exprimé dans une écriture complémentaire du 28 novembre 2002, où il a précisé que le rendement de l'assuré pourrait s'élever à 100% dans un travail permettant l'alternance des postures.

Par jugement du 19 septembre 2003, la juridiction cantonale a rejeté le recours.

C.

J._____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il demande l'annulation, avec suite de dépens, en concluant principalement à l'allocation d'une rente entière d'invalidité à partir du 6 octobre 1999, subsidiairement au renvoi de la cause aux premiers juges.

L'intimé conclut au rejet du recours. L'office fédéral des assurances sociales a renoncé à se déterminer.

Le dossier de T._____ a été édité."

Sur le fond, le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours, et réformé le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 19 septembre 2003, respectivement la décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 8 septembre 1999, en ce sens que la suppression de la demi-rente d'invalidité prenait effet au 1^{er} janvier 2001.

B. Le 11 avril 2007, J._____ a adressé à l'OAI un questionnaire en vue d'un nouvel examen du droit aux prestations

de l'assurance-invalidité, annonçant une aggravation s'agissant de son affection au genou gauche, traitée par le Dr O._____.

Par courrier du 4 mai 2007, l'OAI a relevé que la demande de l'assuré ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui a dès lors imparti un délai de 30 jours pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé par des moyens pertinents, par exemple un certificat médical décrivant et précisant la date d'une telle aggravation.

Le 14 mai 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une rente. Concernant le genre de ses atteintes à la santé, il indiquait ce qui suit:

“Rupture LCP genou G à 2 reprises = 1995 + 1996 } 3x opérations !
Instabilité douloureuse genou G”

L'intéressé précisait être suivi par le Dr O._____ pour gonalgies, dorso-lombalgies, anxiété et diabète.

Par courrier du 1^{er} juin 2007, l'office a derechef rendu l'assuré attentif au fait qu'il n'avait pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé alléguée, et lui a imparti un nouveau délai de 30 jours pour ce faire par des moyens pertinents. Il était relevé qu'à ce défaut, une décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle requête lui serait notifiée.

Le 27 juillet 2007, le Dr O._____ a adressé à l'office un certificat médical dont la teneur est la suivante:

“J'interviens ici au nom du patient susmentionné, afin de porter par écrit les plaintes qu'il met en avant pour sa nouvelle demande.

- Aggravation importante sur plusieurs plans depuis environ 1 an. Médicaments et physiothérapie souvent pas assez efficaces.
- Douleurs sont augmentées dans le genou G, ainsi qu'au pôle supérieur de la rotule.
- Apparition de douleurs dans le genou D (tout autour !).
- Douleurs musculaires sont persistantes dans la région cervico-scapulaire des deux côtés, avec prédominance à G.
- Blocages récidivants au niveau dorso-lombaire.
- Sommeil est très perturbé depuis novembre 2006 à cause des douleurs cervico-scapulaires et d'une forte diminution de son moral.
- Diabète insulino-requérant est devenu difficilement contrôlable.

Traitement actuel

Dafalgan 1g 2-3x/j /Mydocalm 23x/j /Talval onguent 2x/j
Trittico / Surmontil
Lantus 1x/j/ Actrapid 3x/j”

Dans un avis du 9 octobre 2007, le Dr H. _____ du Service médical régional AI (SMR) a estimé que le certificat médical établi par le Dr O. _____ *“transmet[tait] clairement seulement des plaintes subjectives de la part de l’assuré mais ne mentionn[ait] aucune aggravation de l’état de santé objectivée par des constatations faites lors d’un examen médical ou des examens complémentaires de quelque type que ce soit”, de sorte que, “dans l’état actuel du dossier, aucune aggravation objective ou réelle de l’état de santé ne p[ouvait] être retenue par rapport aux jugement antérieurs”.*

Le 30 mai 2008, l’OAI a soumis à l’assuré un projet de décision dans le sens d’un refus d’entrer en matière sur sa demande de prestations, au motif qu’il n’avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s’étaient modifiées de manière essentielle.

L’intéressé, agissant désormais par l’intermédiaire de son conseil, s’est déterminé sur ce projet de décision par courrier du 1^{er} juillet 2008, faisant en substance valoir qu’il était impossible d’arriver à une conclusion sur son état de santé sans l’examiner, respectivement que son état semblait suffisamment éloquent pour justifier à tout le moins de plus amples investigations, et requérant dès lors que l’OAI examine de manière approfondie l’origine de l’aggravation de son état, en procédant à une instruction complémentaire comportant tout examen utile. Etait annexé un courrier adressé le 18 mars 2008 par le Dr F. _____, médecin assistant du Service d’orthopédie et de traumatologie de l’appareil moteur C. _____, à l’un de ces confrères, dont il résulte que l’assuré présentait toutes les caractéristiques d’un syndrome fémoro-patellaire droit dans le cadre d’une surcharge du membre inférieur droit (consécutif à une décharge chronique du membre inférieur gauche). Le Dr F. _____ relevait qu’un traitement par physiothérapie bien conduit depuis 6 semaines n’avait apporté aucune amélioration aux douleurs de l’intéressé, lesquelles duraient depuis bientôt 6 mois, et priait son confrère de bien vouloir convoquer ce dernier pour la prise en charge du syndrome fémoro-patellaire droit.

Dans un avis du 20 janvier 2009, le Dr N. _____ du SMR a exposé ce qui suit:

“Le syndrome fémoropatellaire droit décrit par le Dr F. _____ n’est pas source de nouvelles limitations fonctionnelles somatiques; les limitations fonctionnelles de 1999 impliquaient déjà une activité sédentaire avec prédominance de la position assise. Il n’y a pas d’aggravation de l’état de santé à même de modifier l’exigibilité dans une activité adaptée telle que retenue dans la décision AI de septembre 1999.”

Par décision du 12 mars 2009, l’OAI a confirmé son refus d’entrer en matière sur la demande de prestations de l’assuré, au motif qu’il n’avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s’étaient modifiées de manière essentielle."

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours déposé par l’assuré, estimant que celui-ci n’avait pas rendu

plausible l'aggravation de son état de santé et expliquant qu'il ne pouvait être tenu compte des pièces produites par le recourant postérieurement à la décision attaquée. Elle a estimé que le certificat établi le 27 juillet 2007 par le Dr O._____ ne comprenait ni constatation objective faite par le médecin, ni diagnostics clairs, ni appréciation des répercussions des atteintes mentionnées en termes de capacité de travail résiduelle, de rendement ou encore de limitations fonctionnelles. Ce certificat, dont la cour constatait qu'il se bornait à rendre compte des plaintes de l'assuré, ne suffisait pas à rendre plausible l'aggravation alléguée alors. S'agissant du courrier du 18 mars 2008 du Dr F._____, la cour a relevé que ce médecin ne se prononçait pas sur la capacité résiduelle et que l'atteinte dont il était question, soit un syndrome fémoro-patellaire droit, n'était pas de nature, a priori, à occasionner des limitations fonctionnelles autre que celles retenues au moment de la précédente procédure. La Cour des assurances sociales a ainsi confirmé la décision du 12 mars 2009.

C. Le 1^{er} avril 2009, le Dr O._____ a établi un certificat aux termes duquel l'assuré avait connu une péjoration de son état de santé depuis l'hiver 2006/2007. Cette péjoration se traduisait par un accroissement des plaintes et des consultations avec, en parallèle, l'installation d'un état anxieux marqué et parfois dépressif.

Le 4 mai 2009, le Dr S._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a établi un rapport après un examen de l'assuré du même jour. Ce rapport se concluait ainsi:

"M. J._____ présente donc une laxité fonctionnelle de son genou gauche s'associant d'une limitation en flexion du dit genou. On retrouve aussi des douleurs cervicales tensionnelles en relation avec contractures musculaires en cascade de la nuque et du cintre scapulaire, sans véritable limitation objectivable. Les douleurs cervicales s'expliquent possiblement par l'usage des cannes anglaises, les troubles dégénératifs radiologiques restent relativement modestes. On retrouve une laxité fonctionnelle du genou gauche et une limitation en flexion de ce dernier, gonalgies droites mal systématisées intéressant les interlignes fémoro-tibiales sans véritable limitation fonctionnelle de ce dernier. Pour ce qui est des compléments d'imagerie, on retrouve une IRM du genou droit montrant une lésion du bord libre de la corne antérieure du ménisque interne qui n'est pas à même d'expliquer la globalité des symptômes douloureux intéressant le genou droit allégués par le

patient, algies qui pourraient s'expliquer dans une moindre mesure par un éventuel report du poids du corps sur le genou droit afin d'éviter de surcharger son genou gauche.

Je n'ai pas d'autre traitement à te proposer que celle que tu as mise en place alliant des séances de physiothérapie antalgiques à la demande complétées par du Dafalgan.

Compte tenu d'un consilium unique, je ne me prononcerai pas sur la capacité de travail de ce patient, tant sur son activité professionnelle antérieure que dans une activité adaptée, mais qui à mon sens devrait être légère, sans port de charges au-delà de 10 kg, évitant la marche prolongée et principalement la montée et la descente des escaliers de manière répétitive, les travaux accroupis et les terrains inégaux, ceci assorti d'une attelle de stabilisation du genou gauche afin d'éviter les mouvements de "Giving Way" dont il est victime.

Je pense que le cas de M. J._____ et la globalité de la symptomatologie alléguée dépasse l'approche d'un consilium simple et doit être intégré au contexte bio-psycho-social et asséculologique à venir. Son cas mérite une expertise multidisciplinaire éventuellement mandatée par l'AI, cette institution possédant en son sein des experts et des instruments capables de pouvoir évaluer la capacité de travail de M. J._____ de même que son rendement."

Le 27 juillet 2009, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport qui a notamment la teneur suivante:

"3. Diagnostic (selon CIM-10)

- Trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2)
- Syndrome douloureux chronique (F 45.4)

4. Propositions et discussion

M. J._____ présente une symptomatologie compatible avec un trouble anxio-dépressif mixte (tristesse modérée, angoisse, troubles du sommeil, perte d'intérêt) et un syndrome douloureux chronique (douleurs cervicales s'irradiant vers la zone pariétale et douleurs constantes du genou gauche).

La prise en charge consiste d'abord en un suivi psychothérapeutique avec des entretiens réguliers dans le but d'améliorer ses symptômes anxio-dépressifs et d'apprendre à vivre avec ses douleurs.

Concernant le traitement pharmacologique, les antidépresseurs sérotoninergiques (Zoloft, Cipralax, Seropram) améliorent significativement les symptômes anxieux et dépressifs.

Pour les douleurs chroniques, des études montrent que les antidépresseurs tricycliques ont une action favorable contre la douleur. En revanche, les anti-douleurs se révèlent peu efficaces la plupart du temps.

La thérapie cognitivo-comportementale est concluante dans le traitement de la douleur chronique."

D. Le 15 décembre 2009, J._____ a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, précisant quant au genre de l'atteinte à la santé: "Rupture LCP genou gauche à deux reprises (1995 et 1996)".

Le 18 mars 2010, le Dr N._____ du SMR, a établi l'avis suivant:

"La proposition de décision AI du 12.03.2009 reposant sur l'avis SMR du 20.01.2009 fait l'objet d'un recours. Sans attendre le résultat de cette procédure l'assuré dépose une nouvelle demande le 17.12.2009.

Assuré de 51 ans ayant bénéficié d'une rente AI (100% puis 50%) entre 1996 et 1999. Rente supprimée suite à une décision de refus (08.09.1999) confirmée par le TCA (19.09.2003) puis le TFA (21.07.2005). Le jugement du 19.09.2003 retenait une capacité de travail entière dans une activité adaptée de type sédentaire avec prédominance de la position assise.

Le rapport du Dr S._____ en date du 04.05.2009 décrit des gonalgies droites aggravées depuis 2 à 3 ans, de type mécanique, prédominant à la marche, à la montée et descente des escaliers, de même qu'aux travaux accroupis. L'activité adaptée étant de type sédentaire principalement en position assise, les douleurs qui se seraient aggravées depuis 2 à 3 ans ne sont pas susceptibles d'être source d'empêchements dans l'activité adaptée retenue par l'instruction initiale et le jugement de 2003. Du point de vue rhumatologique, la situation est inchangée.

Le rapport du Dr L._____, psychiatre FMH, adressé au Dr O._____ le 27.07.2009 retient [...] des problèmes de santé similaires à ceux annoncés par le Dr O._____ dans son courrier du 20.07.2007, courrier qui retenait comme plaintes des douleurs diverses, un sommeil très perturbé, une forte diminution du moral et un traitement Trittico/Surmontil molécules appartenant à la classe des antidépresseurs. Les douleurs décrites par le Dr L._____ sont similaires à celles annoncées par le Dr S._____ et le Dr O._____ depuis début 2009. Ces éléments ont été pris en compte dans la précédente instruction. Il n'y a donc pas de fait nouveau."

Par préavis (projet de décision) du 9 juin 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur la demande du 15 décembre 2009.

L'assuré a adressé à l'OAI un certificat médical établi le 7 juillet 2011 par le Dr O. _____, libellé ainsi:

"Les plaintes du patient:

Monsieur J. _____ déclare que sa situation va en empirant et décrit les symptômes suivants:

- Douleurs et craquements dans le genou D qui provoquent des difficultés à la marche et l'obligent à s'aider d'une béquille.
- Douleurs lombaires qui l'empêchent de rester longtemps assis ou même couché dans une position fixe.
- Douleurs dans les deux épaules et craquements articulaires.
- Contrôle imparfait du diabète.
- Rétinopathie diabétique débutante.
- Forte baisse de son moral et de la qualité du sommeil nécessitant un suivi psychiatrique (Dr L. _____ / [...]).

Constatations médicales du 1.07.2011:

Marche avec une canne anglaise côté G.

Au niveau du genou D: axes sont normaux, pas d'épanchement, signe du rabet positif.

Douleurs à la palpation du pôle inférieur de la rotule + Hoffa (+ tendon ?).

Mobilité satisfaisante mais battement en valgus.

Diminution de la force du quadriceps."

Il était précisé que ce certificat médical avait été établi à la demande de l'avocat de l'assuré.

Dans un avis du 21 juillet 2011, le Dr N. _____ du SMR a considéré que dans son dernier rapport médical, le Dr O. _____ se bornait à rendre compte des plaintes du recourant et qu'il ne décrivait aucune aggravation objective des problèmes de santé pris en compte par le SMR. Il constatait que le médecin du recourant ne contestait pas l'appréciation de l'exigibilité retenue par le SMR; il n'évoquait aucune limitation fonctionnelle nouvelle et ne posait aucun diagnostic clair et nouveau.

Par décision du 10 janvier 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré. Dans une lettre d'accompagnement datée de la veille, l'OAI exposait qu'un nouvel examen ne pouvait être envisagé que s'il avait obtenu les éléments médicaux rendant vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis le précédent refus; tel n'avait pas été le cas

selon lui. En particulier, l'OAI constatait que dans le jugement de 2003, le TASS retenait une capacité de travail complète dans une activité sédentaire avec prédominance de la position assise; le port de la canne était déjà relevé. Quant au signe du rabot mis en évidence par le Dr O._____, il était la traduction clinique d'une laxité antérieure ou postérieure du genou, conséquence de l'instabilité ancienne de celui-ci; il ne s'agissait donc pas d'un fait nouveau. L'OAI relevait également que dans son dernier rapport médical du 7 juillet 2011, le médecin se bornait à rendre compte des plaintes du recourant et ne décrivait aucune aggravation objective des problèmes de santé pris en compte par le SMR. Il n'évoquait aucune limitation fonctionnelle nouvelle ni ne fournissait de diagnostic clair et nouveau ou même d'appréciation des problèmes de santé ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré.

Le 4 février 2012, le Dr O._____ a établi le certificat médical suivant:

"Le soussigné - au titre de médecin-traitant - établit le présent certificat à la demande de

Mr J._____, [...].59

afin que cette nouvelle pièce soit portée au dossier constitué par son avocat.

Les plaintes du patient:

Monsieur J._____ décrit, lors de la consultation de ce jour, les symptômes suivants:

- Douleurs cervicales persistantes avec irradiation dans la région occipitale.
- Craquements à la mobilisation de la colonne cervicale.

Le patient insiste sur le fait que ces symptômes sont diurnes mais aussi nocturnes, perturbant le sommeil du patient qui n'arrive pas à trouver une position apaisante dans son lit.

Un traitement par physiothérapie (9x) ainsi que quelques séances d'ostéopathie (2x) n'ont pas permis d'améliorer suffisamment les souffrances décrites par le patient.

Objectivement:

Diminution modérée de la mobilité cervicale dans tous les plans.
Contracture musculaire trapèze ddc surtout à G.

Les radiographies du 11.10.11 montrent une spondylarthrose antérieure surtout et des facettes articulaires prédominant en C5-C6, éléments pouvant expliquer les plaintes émises."

E. J._____ a recouru contre la décision du 10 janvier 2012 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 10 février 2012, en concluant à sa réforme en ce sens qu'il soit entré en matière sur la nouvelle demande de prestations. En substance, il fait valoir que son état de santé s'est péjoré, les certificats médicaux du Dr O._____ établis en juillet 2011 et février 2012 établissant de manière plausible la modification de l'invalidité.

Dans sa réponse du 7 mai 2012, l'OAI conclut au rejet du recours.

Le recourant réplique le 22 juin 2012 et requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Dans sa duplique du 3 juillet 2012, l'intimé préavise pour le rejet de la requête d'expertise et confirme ses conclusions. Il estime que le recourant n'a pas été en mesure de rendre plausible l'aggravation de son état de santé avant le 10 janvier 2012, date de la décision.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le recourant critique la décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Il se réfère à l'appréciation de son médecin traitant qui, selon lui, constitue une preuve suffisante de péjoration de son état de santé.

3. a) Selon 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^{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 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.

Selon la jurisprudence, l'exigence posée à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement l'art. 87 al. 2 et 3 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; 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Lorsqu'elle

est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI (actuellement: art. 87 al. 2 RAI). Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3).

4. Dans le cas présent, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 12 mars 2009, entrée en force à la suite de l'arrêt de la Cour de céans du 28 mai 2010, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à

influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à des prestations, s'est produit, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il convient donc de se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de décembre 2009, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations.

a) A titre préalable, on relèvera que le rapport médical du Dr O._____ du 4 février 2012 ne peut être pris en considération dans l'examen de la présente affaire. En effet, ce document n'a été porté à la connaissance de l'intimé qu'au cours de la procédure ouverte céans, soit ultérieurement au prononcé de la décision de non-entrée en matière querellée. Or, la présente procédure ne porte que sur le point de savoir si le recourant a rendu plausible, devant l'OAI, une péjoration de son état de santé depuis la décision de refus de rente.

Dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans n'a pas à mettre en œuvre une expertise médicale, la requête du recourant dans ce sens devant être rejetée. Il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations – en l'occurrence, les rapports médicaux du 1^{er} avril 2009 et 7 juillet 2011 du Dr O._____, celui du 4 mai 2009 du Dr S._____ et celui du 27 juillet 2009 du Dr L._____ – justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

b) Le rapport du 1^{er} avril 2009 n'établit rien en termes d'aggravation objective. Le Dr O._____ y fait simplement état d'un accroissement des plaintes et des consultations ainsi que d'un état anxieux marqué, alors que le 27 juillet 2007, ce médecin mentionnait "une forte diminution de son moral".

Le rapport du 4 mai 2009 du Dr S._____ a été soumis au Service médical régional de l'assurance-invalidité. Comme le relève le Dr N._____ dans un avis du 18 mars 2010, la décision de suppression de

rente - soit celle du 8 septembre 1999 - retient que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée sédentaire avec prédominance de la position assise. Le Dr S._____ ne dit pas autre chose (activité légère, sans port de charges au-delà de 10 kg, évitant la marche prolongée et principalement la montée et la descente d'escaliers de manière répétitive, les travaux accroupis et les terrains inégaux). Il suggère certes une expertise multidisciplinaire mais en évoquant le contexte bio-psycho-social et asséurologique, lequel n'est pas déterminant.

Le rapport du 27 juillet 2009 du Dr L._____ fait état des mêmes symptômes que ceux décrits par le Dr O._____ en juillet 2007. En outre, le psychiatre n'atteste aucune incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

Enfin, le rapport du 7 juillet 2011 du Dr O._____ fait principalement état des plaintes de l'assuré et, sur le plan objectif, ne décrit aucun fait nouveau. On relève au demeurant que dans ce certificat, comme dans les précédents, le Dr O._____ précise qu'il a été établi à la demande du recourant ou de son conseil.

c) En définitive, il apparaît qu'aucun rapport médical ne rend plausible, depuis la précédente décision de l'OAI, une modification de l'état de santé du recourant. L'OAI était dès lors fondé, sur la base des indications transmises par les médecins précités, à refuser d'entrer en matière sur la demande de nouvelles prestations. Les griefs du recourant sont ainsi manifestement mal fondés.

5. a) Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation de 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge

liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 10 février 2012 par J. _____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 10 janvier 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 :

- Me Dan Bally (pour J._____)
- 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 :