

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 694 vom 8. August 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-08-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__694

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 694 du 8 août 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 694 del 8 agosto 2015

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, RENTE D'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Erwägungen

E. 42

al. 2, respectivement de l'art. 106 al. 2 LTF, que les premiers juges, en retenant que le recourant présentait une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique, ont établi les faits de façon manifestement inexacte ou en violation du droit. Ainsi qu'on l'a vu (supra, consid. 3.2), la juridiction cantonale a pris en compte le risque de décompensation mentionné par le docteur D._____ dans sa prise de position du 13 janvier 2012. Elle pouvait, sans arbitraire, se rallier au résultat de l'expertise du docteur N._____ du 14 novembre 2011, singulièrement à la conclusion de ce médecin selon laquelle le recourant devait être à même de surmonter les symptômes présentés et de réintégrer le monde du travail (en plein) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le recours est mal fondé ». B. Le 10 septembre 2014, l'assuré, par son conseil, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI (ci-après également : l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente entière. Il a précisé quant au genre de l'atteinte à la santé: « syndrome de stress post-traumatique, fibromyalgie et arthralgie diffuse, cervico-dorsalgies sur discopathie protusive, gonarthrose, coxarthrose, psoriasis, HTA, syndrome d'apnée du sommeil, surdité mixte, rhinite allergique, prostatisme ». A l'appui de sa demande, l'assuré a produit plusieurs documents, à savoir : - un rapport radiologique du 11 mars 2014 faisant suite à une IRM cervicale, dorsale et lombaire, du Dr X._____, spécialiste en radiologie, lequel a pris les conclusions suivantes : « Ce bilan à l'étage cervical dorsal et lombaire démontre des altérations de discarthrose modérée sur le segment cervical, des séquelles de maladie de Scheuermann à l'étage dorsal et lombaire avec une discopathie dorsale en D6-D7 où le disque est en protusion postérieure médiane et paramédiane droite. Sur le segment lombaire, il existe des protusions à plusieurs niveaux et une discopathie déjà évoluée en L5-S1. Il n'y a par contre pas de franc conflit disco-radiculaire ou de canal rachidien étroit mis en évidence. Pas d'image de tassement vertébral frais » ; - une attestation médicale du 15 mars 2014 du Dr L._____, lequel a établi une liste de diagnostics et conclu que l'assuré était « en mauvaise santé en raison de pathologies sévères et chroniques, dont le pronostic est relativement mauvais et est responsable d'une invalidité très élevée sur le plan physique et psychique » ; - un certificat médical du 15 mai 2014 du Dr A._____, spécialiste en chirurgie, lequel a mentionné que l'assuré était suivi dans son cabinet « de façon régulière pour des troubles somatiques douloureux persistants avec des épisodes dépressifs sévères et des rachialgies diffuses chroniques ainsi qu'un état de stress post-traumatique permanent

avec des insomnies fréquentes en rapport avec son accident. Survenu le 04.01.2006 ». Par ailleurs, l'assuré présente une sinusite chronique, une dermatose psoriasique, un épisode de gastrite, une HTA et un prostatisme. Ce praticien a considéré que « tout ceci lui motive un état de souffrance permanente chez ce patient déjà fragile » ; - un courrier du 28 mai 2014 de la Dresse A. _____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle a établi une liste de diagnostics démontrant « qu'une reprise d'un travail est difficile à envisager, car le patient souffre toujours des douleurs corporelles qui l'obligent à marcher avec deux béquilles et reste anxieux ». - un courrier du 2 juin 2014 au Dr L. _____ du Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie et traitement interventionnel de la douleur, lequel a exposé les éléments suivants dans le cadre de son appréciation: « Monsieur Q. _____ présente des douleurs musculo-squelettiques diffuses, d'une part rachidienne cervico-thoraco-lombaire dans le contexte de trouble dégénératif de cervico-discarthrose, séquelle de maladie de Scheuermann thoracique et discopathie dorsale D6-D7 et spondylose lombaire avec discopathie sévère lombosacrée et réaction modic des plateaux vertébraux L5-S1 et de douleurs périarticulaires des hanches et ostéoarticulaires des genoux sur gonarthrose fémoro-patellaire modérée ainsi que des douleurs ligamentaires de la cheville droite. L'ensemble de ces douleurs est aggravé par le déconditionnement musculaire et l'obésité et surtout du fait du trouble somatoforme douloureux persistant associé au syndrome de stress post-traumatique. Il faut aussi noter l'aggravation anamnétique des lésions de psoriasis cutané avec l'apparition d'une atteinte unguéale, mais sans éléments déterminant d'une arthrite psoriasique ou d'une spondyloarthropathie psoriasique. Sur le plan thérapeutique, les options sont limitées, en effet la kinésiophobie ne permet pas d'envisager un programme de thérapie physique active de reconditionnement rachidien et de tonification des membres inférieurs. Les traitements médicamenteux antalgique et psychotrope sont d'ores et déjà appliqués en collaboration avec le Docteur D. _____, psychiatre traitant. Sur le plan professionnel, il est bien évident que les atteintes musculo-squelettiques notamment rachidiennes entraînent des restrictions physiques et donc des limitations de la capacité de travail de surcroît il faut tenir compte des restrictions psychiques liées au syndrome de stress post-traumatique, aux troubles somatoformes douloureux persistant et à l'état dépressif récurrent. Dans ces conditions, la capacité de travail résiduelle paraît d'évidence fiable [recte : faible] n'excédant pas 30% selon une évaluation globale et ce, même dans une activité légère adaptée. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : position debout statique, en porte-à-faux du dos, flexion et torsion du rachis. Limitation des marches répétées. Impossibilité d'effectuer des déplacements en hauteur et sur des échafaudages. Port de charge limité à moins de 7 kg. Le suivi de médecine générale par tes soins est à maintenir ainsi qu'une prise en charge psychothérapeutique de soutien par le Docteur D. _____ ». Par avis médical du 27 octobre 2014, le Dr [...] du SMR, après examen des rapports précités, a exposé ce qui suit: «(...). Discussion : En comparaison avec les éléments au dossier, nous constatons que: Les nouveaux diagnostics rapportés (ronchopathie sévère, rhinite allergique, toux chronique, insuffisance rénale légère, prostatisme) ne sont pas détaillés d'un point de vue anamnétique, clinique ou paraclinique, et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail ne sont pas décrites. Selon toute vraisemblance, il ne présente pas de caractère durablement incapacitant. D'un point de vue rhumatologique, la description anamnétique, clinique et paraclinique faite par le Dr J. _____ est sensiblement similaire à la description faite dans l'expertise G. _____ (15.06.09) ou par la Dresse S. _____ (27.02.08). Absence d'éléments objectifs d'aggravation. De plus, nous relevons que les

limitations fonctionnelles somatiques retenues par le spécialiste en rhumatologie ne rendent pas l'exercice d'une activité adaptée impossible et sont sensiblement comparables à celle[s] retenues par le SMR dans son rapport du 09.07.09. D'un point de vue psychiatrique, l'assuré a bénéficié lors de la première instruction de deux expertises psychiatriques concordantes en termes d'appréciation de la capacité de travail, et sur lesquelles l'OAI s'est basé pour rendre sa décision de refus, décision confirmée par le TCA et le TFA. Force est de constater [que] les différents intervenants se content[ent] de reprendre les diagnostics évoqués (et non confirmés) lors de la première instruction sans les décrire ni les justifier. Ils n'amènent pas d'élément objectif permettant de rendre plausible une aggravation de l'atteinte psychiatrique. Conclusion : Au vu de ce qui précède, une aggravation objective de l'état de santé n'est pas rendue plausible par les nouveaux éléments au dossier ». Par projet de décision du 29 octobre 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Il a estimé qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 23 mars 2011 confirmée par arrêt du Tribunal fédéral du 17 septembre 2013 et qu'il ne s'agissait que d'une appréciation différente d'un même état de fait. Le 19 novembre 2014, l'assuré a contesté le projet de décision. Il a allégué que l'ensemble des praticiens était d'avis que sa capacité résiduelle avait subi un changement plus important que par le passé. Il a à cet effet rappelé la jurisprudence du TF (ATF 130 V 343) selon laquelle la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Il a produit un certificat médical du 29 octobre 2014 de la Dresse A._____. Par décision du 18 février 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision de non entrée en matière. C. Par acte de son conseil du 25 mars 2015, Q._____ recourt contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours et à l'annulation de la décision attaquée, à la mise en oeuvre d'une contre-expertise et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité. Il se plaint d'un défaut de motivation lequel constitue une violation du droit d'être entendu, en ce sens que la décision attaquée se limite sommairement et très schématiquement à préciser en quoi elle retient les conclusions du SMR. Il produit un courrier du 6 mars 2015 de la Dresse A._____ à son conseil, laquelle a relevé que c'était surtout le syndrome post-traumatique avec des douleurs chroniques suite à l'accident qui influençait la capacité de travail d'une façon importante, le reste des diagnostics s'ajoutant encore mais limitant moins sa capacité physique et mentale. Elle priait les médecins du SMR de l'examiner, se référant pour le surplus aux rapports des spécialistes. Dans sa réponse du 26 mai 2015, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de sa décision se référant à l'avis médical du SMR du 27 octobre 2014. Il relève que dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations faisant suite à une décision de refus, il appartient à l'assuré d'apporter à l'administration les éléments médicaux probants, le moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinents étant le dépôt de la nouvelle demande. En cas de litige, l'examen du juge des assurances 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. Dans ce contexte, l'intimé a estimé qu'il n'y avait pas lieu d'examiner d'éventuelles nouvelles pièces produites durant la procédure de recours. Dans sa réplique du 15 juin 2014 [recte : 2015], le recourant produit deux rapports médicaux, à savoir d'une part du 16 janvier 2013 du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a conclu que l'expertise du Dr N._____ avait été

bien conduite et qu'elle était complète, mais qu'il divergeait quant aux conclusions de l'expert relatives à la capacité de travail de l'assuré, et d'autre part, du 28 mai 2015 du Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique avec modification durable de la personnalité non attribué à une maladie ou lésion cérébrale, précisant que le patient était durablement inapte à travailler dans une activité lucrative et que l'insertion sociale posait également des problèmes. Le 22 juin 2015, le recourant a transmis un courrier du 8 juin 2015 à la Dresse A. _____ du Dr [...] spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, lequel a retenu des douleurs rachidiennes diffuses à insérer dans un contexte de trouble dégénératif avec discopathie sévère L5-S1, associées à des douleurs ubiquitaires mal systématisées ainsi qu'un syndrome polyinsertionnel modeste associé à des signes de non organicités manifestes faisant évoquer la présence d'un trouble somatoforme douloureux, diagnostic qui ne peut être posé que par un psychiatre en relation avec les troubles psychiques et psychiatriques sous-jacents. Dans sa duplique du 8 juillet 2015, l'intimé confirme ses précédentes écritures. Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 10 septembre 2014. Préalablement, il convient toutefois de se prononcer sur le grief d'ordre formel soulevé par le recourant à l'encontre de la teneur de la décision litigieuse. 3. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF [Tribunal fédéral] 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées). a) Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; ATF 125 II 369 consid. 2c). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009

consid. 2.2). Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; 136 V 351 consid. 4.2 et les références citées ; TF 5A_13/2011 du 8 février 2011 consid. 3.1). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3). b) En l'espèce, il faut concéder que la motivation de la décision du 18 février 2015, reprenant à l'identique le texte du projet de décision du 29 octobre 2014, est pour le moins succincte. L'OAI s'est en effet limité à exposer que le recourant n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 23 mars 2011 confirmée par arrêt du Tribunal fédéral du 17 septembre 2013, si bien qu'il y avait lieu de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Par courrier d'accompagnement de la décision litigieuse, l'intimé a toutefois repris les éléments décrits dans l'avis médical du SMR du 27 octobre 2014 pour constater que les différents intervenants se contentaient de reprendre les diagnostics évoqués (et non confirmés) lors de la première instruction sans les décrire ni les justifier. Ils n'apportaient par conséquent aucun élément objectif permettant de rendre plausible une aggravation de l'atteinte psychiatrique. A cela s'ajoute que le recourant a été parfaitement en mesure d'identifier les bases médicales à l'origine de la décision du 18 février 2015. En effet, à l'occasion de la procédure d'audition, par écriture du 19 novembre 2014, il a fait valoir ses griefs. Il a réitéré et complété ses arguments dans le cadre de la présente procédure de recours sans avoir rencontré quelconque doute sur les fondements de la décision en cause. Partant, il ne fait pas de doute que le recourant a été à même de contester le projet de décision du 29 octobre 2014 et la décision du 18 février 2015, en toute connaissance des bases médicales sur lesquelles reposent ces actes. c) Le grief de la violation du droit d'être entendu – faute de motivation de la décision litigieuse – tombe en conséquence à faux. 4. Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA), l'impotence (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Les conditions de l'art. 87 al. 2 et al. 3 RAI doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et les références, 109 V 262 consid. 3 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit

examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2 ; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 ; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 2 RAI. Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_959/2011 précité consid. 1.3, TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 RAI, il faut appliquer par analogie les principes concernant la révision, au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Dans cette hypothèse, il y a donc lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Un tel examen matériel ne s'impose cependant pas lorsque l'administration considère, comme en l'espèce, que les documents produits par l'assuré ne permettent pas de rendre plausible une modification de son état de santé et, partant, n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations. 5. En l'occurrence, il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision du 23 mars 2011 – confirmée par arrêt du 18 janvier 2013 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AI 121/11 – 11/2013) et par arrêt du Tribunal fédéral du 17 septembre 2013 (TF 9C_158/2013) – niant le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 10 septembre 2014. Il faut donc se limiter, en vertu de l'art. 87 al. 2 et al. 3 RAI, à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de septembre 2014, a rendu plausible une modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit à des prestations d'invalidité. En d'autres termes, la Cour de céans se limitera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. a) Sur le plan psychique, l'assuré n'a produit, dans le cadre de sa nouvelle demande devant l'OAI, aucun rapport de son psychiatre traitant, si ce n'est deux certificats médicaux des 20 mars 2014 et 26 juin 2014 du Dr D. _____ attestant d'incapacités de travail durant trois mois. Certes, dans les rapports produits, différents praticiens se sont exprimés sur l'état de santé psychique de l'intéressé. Ainsi, la Dresse A. _____ (rapport du 29 octobre 2014 dont le contenu est identique à celui du 28 mai 2014) a notamment évoqué un syndrome de stress post-traumatique après un accident de la route en 2006, ainsi qu'un trouble dépressif et anxieux généralisé, le Dr L. _____ (rapport du 15 mars 2014) un syndrome de choc post-traumatique et un état anxio-dépressif, le Dr ??? _____ (rapport du 15 mai 2014) des troubles somatiques douloureux persistants avec des épisodes dépressifs sévères et un état de stress post-traumatique, alors que le Dr J. _____ (rapport

du 2 juin 2014) a retenu que l'ensemble des douleurs de l'assuré était aggravé par le déconditionnement musculaire et l'obésité, mais surtout par un trouble somatoforme douloureux persistant associé au syndrome de stress post-traumatique. D'emblée, il convient de relativiser les avis précités, dans la mesure où aucun des praticiens en question ne dispose d'une spécialisation en psychiatrie. A cela s'ajoute que les Drs A. _____, L. _____ et???. _____ se sont contentés d'affirmer que l'état de santé notamment psychique du recourant s'était péjoré, sans fournir d'indication objective susceptible d'étayer une telle évolution, ni décrire ou justifier les diagnostics évoqués. Dans ces conditions, les assertions nullement motivées des médecins traitants concernant la santé psychique de l'assuré ne sauraient être considérées comme convaincantes. Par ailleurs, le tableau clinique sur lequel se fonde le Dr J. _____ pour poser ce diagnostic (soit celui d'aggravation due au trouble somatoforme douloureux persistant associé au syndrome de stress post-traumatique) ne diffère pas fondamentalement de celui décrit par le Dr N. _____ dans son rapport d'expertise du 14 novembre 2011. Or, l'expert a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans effet sur la capacité de travail, dans son expertise dont la valeur probante n'a pas été remise en cause par jugement du Tribunal fédéral (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013). Finalement, dans la mesure où à l'appui de sa nouvelle demande de prestations, le recourant n'a pas produit de rapports ou certificats médicaux de psychiatres évoquant une éventuelle aggravation de son état de santé psychiatrique (le rapport médical du Dr I. _____ ayant été établi et produit postérieurement à la décision de l'OAI ; cf. consid. 5c), il convient de retenir qu'il n'existe aucun motif justifiant de se distancer en l'occurrence de l'avis du Dr N. _____ datant de 2011, lequel conserve toute son actualité et partant sa valeur probante dans le cadre de la présente affaire. b) Sur le plan somatique, on constate d'emblée qu'il ne ressort pas des documents médicaux produits par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande que l'IRM cervicale, dorsale et lombaire aurait permis d'objectiver une nouvelle atteinte ou une péjoration des atteintes somatiques existantes, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par le Dr J. _____, lesquelles sont sensiblement comparables à celles retenues par le SMR dans son rapport du 9 juillet 2009. En tout état de cause, il convient de se référer à l'appréciation du SMR (avis médical du 27 octobre 2014), lequel a considéré que la description anamnétique, clinique et paraclinique faite par le Dr J. _____ sur le plan rhumatologique était sensiblement similaire à la description faite dans l'expertise G. _____ (rapport du 15 juin 2009) ou par la Dresse S. _____ (rapport du 27 février 2008) et qu'elle ne remettait pas en cause l'exercice d'une activité adaptée à 100%. En définitive, seuls le port de charges, supérieur à 7 kg et l'impossibilité d'effectuer des déplacements en hauteur et/ou des échafaudages, sont également exclus. Cela ne change donc toutefois rien aux facultés du recourant à exercer une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire. Dès lors l'appréciation du Dr J. _____ relative à une capacité de travail résiduelle de 30% dans une activité légère n'emporte pas la conviction, dès lors qu'il n'a apporté aucun indice concret dans le sens d'une évolution significative de l'état de santé du recourant susceptible de se répercuter sur le droit aux prestations de l'Al. Il a ainsi simplement procédé à une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée, ce qui ne suffit pas pour que les conditions d'une entrée en matière selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI soient réunies (cf. TF 8C_732/2009 du 18 août 2010 consid. 5.3 et TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009 consid. 3.2.2). Ainsi, le rapport du Dr J. _____ (rapport du 2 juin 2014) n'est d'aucun secours au recourant dans le cadre de la présente affaire. Enfin, en ce qui

concerne les autres diagnostics énumérés par les différents praticiens, à savoir notamment le psoriasis cutané et unguéal, l'hypertension artérielle, l'obésité, l'hypercholestérolémie, le syndrome d'apnée du sommeil, la rhinite allergique, la surdité mixte, la toux chronique, la probable rhino-sinusite, la sclérose osseuse, ainsi que le prostatisme, il ne ressort pas du rapport du Dr J. _____ – ou d'une autre pièce produite par l'assuré – que ces atteintes entraînent une incapacité de travail ; à supposer que cela soit le cas, rien n'indique dans les pièces produites par l'assuré qu'une telle incapacité de travail aurait duré une année au moins et qu'elle pourrait par conséquent fonder un éventuel droit aux prestations au moment du refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande. c) Les différents rapports produits par le recourant pendant la procédure de recours (soit des 6 mars 2015 de la Dresse A. _____, 16 janvier 2013 du Dr T. _____, 28 mai 2015 du Dr I. _____ et 8 juin 2015 du Dr [...]) sont irrecevables. En effet, dans la présente procédure, le tribunal des assurances ne se prononce que sur le point de savoir si l'OAI devait entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré compte tenu des pièces médicales dont il disposait en procédure administrative. Or, ces rapports – mis à part celui du Dr T. _____ – ont été établis postérieurement à la décision de l'OAI de sorte que la Cour de Céans n'a pas à les prendre en considération (cf. ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). On se bornera toutefois à relever que dans son rapport du 16 janvier 2013, le Dr T. _____ s'est rallié aux diagnostics posés par le Dr N. _____ dans son rapport d'expertise judiciaire du 14 novembre 2011 tout en critiquant l'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail de l'assuré. Ce faisant, il s'est ainsi limité à substituer sa propre appréciation à celle du Dr N. _____, sans pour autant étayer les raisons pour lesquelles il s'en écartait. d) Quant à la requête du recourant demandant à être examiné par les médecins du SMR pour juger de son état actuel et à celle tendant à la mise en oeuvre d'une « contre-expertise », elles sont également irrecevables. En effet, dès lors que le recourant n'a pas rendu plausible devant l'OAI une péjoration de son invalidité, il n'y a pas lieu de reprendre l'instruction de la cause. e) Faute pour le recourant d'avoir apporté les éléments médicaux pertinents permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était modifié, c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. 6. a) En définitive mal fondé, 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 contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'Al devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI) ; 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 francs (art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressé n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).