

VD_GERICHTE ZD14.012890 vom 21. Juli 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-07-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.012890

FR: VD_GERICHTE ZD14.012890 du 21 juillet 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.012890 del 21 luglio 2015

Erwägungen

E. 19

décembre 2001. Saisi d'un recours contre cette décision, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a confié un mandat d'expertise au Dr L. _____, spécialiste en chirurgie et orthopédie. Ce dernier a retenu les diagnostics de « rachialgies » accompagnées d'un « désalignement antéro-postérieur des vertèbres L4- L5-S1 », ainsi que de « légère protrusion discale postérieure sans compression radiculaire ». Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était d'au moins 80% dans une activité légère, adaptée à ses problèmes lombaires. Sur la base de ces conclusions le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours de l'assuré par jugement du 26 février 2003 (en la cause AI 18/02 – 179/2003), précisant que celui-ci ne présentait pas d'invalidité au sens de la loi. Sur recours de droit administratif de l'assuré, le Tribunal fédéral des assurances a rendu un arrêt le 30 septembre 2003 (en la cause I 481/03), où il a maintenu l'appréciation de la juridiction cantonale quant à la la capacité de travail de 80% devant être reconnue à l'assuré dans une activité adaptée. Il a en outre procédé à une comparaison des revenus hypothétiques avec et sans invalidité pour mettre à jour un degré d'invalidité déterminant de 18,6%. Le droit à la rente devait donc être nié et le jugement cantonal confirmé. C. L'assuré a déposé une seconde demande de prestations AI en vue de l'allocation d'une rente par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'OAI le 6 avril 2004. Il a allégué une aggravation de son état de santé dont le suivi était pris en charge par le Dr D. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, ainsi que de la colonne vertébrale.

- 4 - Invité par l'OAI à rendre plausible l'aggravation annoncée, l'assuré a produit une attestation de ce praticien du 26 avril 2004, lequel a fait part d'une « situation profondément détériorée sur le plan vertébral avec apparition de sciatalgies rebelles à toutes approches physiques convenablement conduites » induites par une « aggravation de l'équilibre vertébral ». Le Dr D. _____ a complété un rapport médical à l'adresse de l'OAI le 13 juillet 2004, relatant les diagnostics de « lombosciatalgie bilatérale chronique, sans signe irritatif neurogène dans un contexte d'hernie discale intra-canalair et para-médiane droite L5-S1 entrant en conflit avec S1 à droite », « remaniement du signal vertébral L1 et L2 sans rupture du mur postérieur et sans anomalie tissulaire adjacente », de même que de « réaction anxio-dépressive marquée ». L'assuré se trouvait en incapacité totale de travail depuis 2000. Sollicité pour avis, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr V. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a observé le 28 décembre 2004 l'absence d'évolution objective de la situation depuis 2002, les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr L. _____ demeurant à son sens valables. Par décision du 3 février 2005, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations présentée par l'assuré, motif pris du statu quo de la situation médicale entre 2002 et 2004. Statuant sur le fond des suites de l'opposition de l'assuré, l'OAI a considéré que son état de

santé ne s'était pas modifié dans une mesure susceptible de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité, par décision sur opposition du 30 janvier 2006.

- 5 - Sur recours, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a confirmé l'absence de motif de révision des droits de l'assuré à l'issue d'un jugement du 18 mai 2006 (en la cause AI 26/06 – 131/2006), confirmé par arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 29 août 2007 (en la cause I 880/06). D. Par une troisième demande formelle de prestations du 23 janvier 2008, l'assuré a derechef sollicité une rente d'invalidité auprès de l'OAI, lequel l'a enjoint à fournir les éléments rendant plausible une modification de sa situation factuelle. Après réception d'un projet de décision de refus d'entrer en matière de l'OAI du 11 mars 2008, l'assuré a produit un rapport du Dr D. _____, rédigé le

E. 21

avril 2008. Ce spécialiste a retenu les diagnostics suivants accompagnant une détérioration constante de l'équilibre vertébral : « Céphalées en casque dans le contexte de : • Kyste arachnoïdien de la fosse postérieure gauche. • Acouphènes. • Cervico-scapulalgies sur souffrances algodysfonctionnelles et tensionnelles. Lombosciatalgie bilatérale chronique, sans signe irritatif neurogène dans un contexte de : • Hernie discale intra-canaulaire et para-médiane droite L5-S1 entrant en conflit avec S1 à droite. • Status après fracture du plateau supérieur L1-L2. • Séquelle de maladie de Scheuermann. • Discopathie dégénérative débutante L4-L5 et hernie discale intra-canaulaire para-médiane droite L5-S1. Réaction anxio-dépressive réactionnelle. » Sur recommandation du SMR, l'OAI est entré en matière sur la troisième demande de l'assuré en requérant des rapports médicaux auprès des Drs B. _____ et D. _____. Le Dr B. _____ a repris les diagnostics susmentionnés, tel que posés par son confrère, dans un rapport complété le 21 mai 2008,

- 6 - rappelant que son patient était en incapacité totale de travail dans son activité habituelle de chef de rayon depuis 1995. Le pronostic s'avérait « peu favorable » en présence de la péjoration des lombosciatalgies et de l'apparition de céphalées en casque. Quant au Dr D. _____, il a précisé le 10 août 2008 que les céphalées étaient survenues en 2007 et la problématique vertébrale en 2000. Le pronostic restait « sombre », une réinsertion professionnelle n'entrant pas en ligne de compte. Il a en outre fait état des limitations fonctionnelles de l'assuré en ces termes : « Intolérance aux ports de charge et aux activités en porte-à-faux. Actuellement dans ce contexte irritabilité intriquée, une activité allégée s'avère difficile puisque celle-ci implique forcément un travail répétitif venant à son tour forcément accroître la composante tensionnelle à l'origine d'une sursollicitation des zones charnières. La survenue de céphalées chroniques majeure finalement l'intolérance aux contraintes professionnelles vu la survenue de trouble de l'attention et de la concentration. » Par télécopie du 14 octobre 2008, le Dr B. _____ a fait parvenir à l'OAI un tirage du consilium rédigé par le Dr S. _____, spécialiste en neurologie, le 19 octobre 2007. Ce dernier a relevé l'absence de « syndrome déficitaire objectivable » et de « signes d'hypertension intracrânienne à l'examen du fond d'œil » et observé un électroencéphalogramme normal. Il a conclu sur le diagnostic de « céphalées tensionnelles », précisant que « le kyste arachnoïdien de la fosse postérieure [était] une découverte banale et fortuite qui ne [jouait] aucun rôle dans la genèse de la symptomatologie douloureuse ». Le Dr P. _____, médecin au SMR, a communiqué son avis sur les nouvelles pièces médicales le 23 octobre 2008, se déterminant ainsi : « [...] En conclusion, il n'y a en fait pas d'aggravation qui puisse entrer dans le cadre d'affection médicale incapacitante au sens de l'Al. Il s'agit de douleurs (céphalées de tension, cervico-dorsalgies de tension) qui entrent

dans le cadre du trouble somatoforme connu de longue date. L'aspect dépressif réactionnel n'est également pas incapacitant, car il est réactionnel, ne fait l'objet ni d'un traitement médicamenteux spécifique, ni de prise en charge spécialisée. »

- 7 - Considérant que l'assuré était doté d'une capacité de travail entière dans toutes activités, l'OAI a établi un projet de décision le 17 août 2009 lui refusant toutes prestations AI, que l'assuré a contesté par pli du 11 septembre 2009. Il s'est prévalu à cette occasion d'un certificat du Dr B. _____ du 4 septembre 2009, révélant qu'il était désormais atteint d'un « diabète insulino-dépendant ». Par complément du 21 décembre 2009, le Dr P. _____ du SMR a souligné qu'un diabète sans complications avérées n'entraînait aucune conséquence sur la capacité de travail, de sorte que l'OAI a adressé à l'assuré une décision du 15 janvier 2010, conforme à son projet précité. A la suite du recours interjeté par l'assuré contre cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a confirmée par arrêt du

E. 24

novembre 2010 (en la cause AI 46/10 – 460/2010) concluant à l'absence de motif de révision des droits de l'assuré depuis la décision sur opposition du 30 janvier 2006. Le Tribunal fédéral a rejeté un recours subséquent de l'assuré et confirmé l'arrêt cantonal susmentionné dans un arrêt du 6 octobre 2011 (en la cause 9C_28/2011). E. Le 5 juin 2013, l'assuré a requis une quatrième fois des prestations d'invalidité auprès de l'OAI en complétant le formulaire officiel à cet effet, auquel était annexé une attestation d'incapacité de travail du Dr B. _____ du 17 avril 2013. Sur invitation expresse de l'OAI du 6 juin 2013, l'assuré a produit un bref rapport du 28 juin 2013 du Dr B. _____, lequel a signalé la réception imminente d'un document du Dr D. _____ eu égard à un diagnostic de « canal étroit cervical ».

- 8 - Un rapport complémentaire a été adressé à l'OAI par le Dr B. _____ le 21 octobre 2013, où ce médecin a requis la reconsidération du cas de son patient vu la dégradation récente et nette de son état de santé, « sous forme de douleurs généralisées permanentes, nécessitant la prise d'antalgiques 24 heures sur 24 ». L'assuré rencontrait des problèmes à la marche, ainsi que pour se redresser, tandis que son psychisme se trouvait « au plus bas ». Le 12 décembre 2013, le Dr T. _____, médecin au SMR, a estimé que les informations rapportées par le Dr B. _____ ne contenaient aucun élément médical probant d'une modification de la situation de l'assuré. Fondé sur cet avis, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière le même jour. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assuré a fait parvenir le tirage d'un rapport établi le 22 janvier 2014 par la Dresse C. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, à l'attention du Dr B. _____. Elle a mentionné les diagnostics suivants : - Lombosciatalgies droites chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs avec des discopathies pluri-étagées, sans conflit radiculaire, associé à une arthrose facettaire. - Cervicalgies chroniques sur atteinte dégénérative de la colonne cervicale avec discopathies diffuses de C4-C5 à C6-C7. - HTA [réf. : hypertension artérielle] - Diabète insulino-dépendant traité. - Très probable état dépressif réactionnel. Elle a discuté la situation de l'assuré notamment en ces termes : « [...] Actuellement, [l'assuré] aimerait redéposer une demande auprès de l'AI et faire valoir des éléments nouveaux à son dossier à savoir l'apparition de cervicalgies depuis 5 ans. L'examen clinique est actuellement très difficile et peu contributif chez ce patient, compte tenu de signes de Waddell positifs. Toute mobilisation du rachis est extrêmement difficile aussi bien en flexion antérieure, qu'en flexion latérale et la mobilité au niveau cervical est

également fortement réduite rendant l'examen difficilement interprétable.

- 9 - [L'assuré] m'a transmis un rapport d'IRM cervico-lombaire datant de septembre 2012 et relatant uniquement des modifications dégénératives avec des discopathies diffuses non compressives aussi bien au niveau cervical que lombaire. Compte tenu de l'ancienneté de cet examen, on ne peut attester qu'il corresponde à la situation actuelle. J'ai longuement discuté avec [l'assuré] et lui ai conseillé de reprendre rendez-vous à votre consultation afin de poursuivre les investigations. Je vous propose de demander un avis à un neurologue avec un ENMG [réd. : électro-neuro-myogramme] des MS [réd. : membres supérieurs] et en fonction du résultat de cet examen, évaluer s'il y a lieu de redemander une IRM cervicale. [...] » Sollicité pour avis, le Dr T. _____ du SMR a maintenu le 12 février 2014 son précédent constat, selon lequel l'assuré n'avait pas fourni les éléments médicaux objectifs rendant plausible une aggravation de son état de santé. Les diagnostics somatiques étaient déjà connus, alors qu'aucune atteinte psychique précise n'était mentionnée en l'absence de suivi spécialisé de ce registre. Vu ces éléments, l'OAI a rendu une décision le 20 février 2014 prononçant le refus d'entrer en matière sur la quatrième demande de prestations de l'assuré. F. L'assuré, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 27 mars 2014. Il a conclu à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complète de son cas au fond, insistant sur la teneur des rapports médicaux communiqués par les Drs B. _____ et C. _____ à l'appui de sa requête de révision. Il a rappelé que son état de santé s'était fortement péjoré au cours des mois antérieurs et que le diagnostic de canal étroit cervical avait pu être posé, tandis que la Dresse C. _____ avait préconisé un examen complémentaire sous forme d'IRM cervicale. A son sens, la modification de sa situation avait été rendue plausible ce qui justifiait l'entrée en matière de l'OAI quant à l'examen de son droit aux prestations. Par pli du 4 avril 2014, le recourant a fait parvenir au Tribunal les réponses communiquées par le Dr B. _____ le 31 mars 2014 à un questionnaire établi par ses soins, où ce médecin a repris les diagnostics

- 10 - retenus par la Dresse C. _____ et mentionné une « dépression modérée » sur le plan psychique. Il a précisé que les lombalgies et cervicalgies affectant son patient étaient invalidantes, tandis que les traitements usuels (physiothérapie, ostéopathie, ainti-inflammatoires, antalgiques et infiltrations) avaient été tentés sans succès. Les lombalgies s'étaient exacerbées durant les trois années précédentes, l'assuré rencontrant des difficultés à la marche et pour se redresser, ainsi que des crampes nocturnes entravant son sommeil. Il a signalé une augmentation des antalgiques depuis 2011, son patient ressentant désormais en plus des décharges électriques dans les mains, des fourmillements dans les membres et des pertes d'équilibre. L'intimé a produit sa réponse au recours le 22 mai 2014, en proposant le rejet sur la base des avis du SMR des 12 décembre 2013 et 12 février 2014. Par réplique du 20 août 2014, le recourant a confirmé ses conclusions initiales, suggérant au surplus l'audition du Dr B. _____. Il a maintenu qu'au vu des pièces produites à l'appui de sa demande de révision, lesquelles rendaient à son sens plausible une aggravation de son état de santé, il incombait à l'OAI d'instruire dite demande sur le fond. Il ne devait par ailleurs en aucun cas assumer les frais afférents à la nouvelle IRM préconisée par la Dresse C. _____, ce qui eût été à son avis contraire à la jurisprudence fédérale rendue sur la question de l'entrée en matière de l'administration. L'OAI a pour sa part estimé, aux termes de sa duplique du 11 septembre 2014, qu'une nouvelle instruction médicale de la situation ne se justifiait pas, la prise en charge des frais relatifs à l'investigation d'atteintes à la santé

non objectivées ne lui incombant pas. Il a dès lors réitéré ses précédentes conclusions tendant au rejet du recours.

- 11 - E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours formé le 27 mars 2014 contre la décision de l'OAI du 20 février 2014 est ainsi recevable.

- 12 - 2. Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la quatrième demande de prestations présentée par le recourant le 5 juin 2013, tel que communiqué par décision du 20 février 2014. Il convient donc dans le cadre de la présente procédure de se prononcer sur le point de savoir si l'assuré a rendu plausible une modification significative de l'état de fait, qui justifierait la révision de son cas depuis le 15 janvier 2010, eu égard aux pièces médicales produites par devant l'intimé. 3. a) En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012] ; RS 831.201), 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. b) Selon la jurisprudence fédérale (applicable mutatis mutandis à l'actuel art. 87 al. 2 et 3 RAI), l'exigence posée par l'ancien art. 87 al. 3 et 4 aRAI 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 ; 109 V 108 consid. 2a). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas

- 13 - encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des

Bundesgerichts zum IVG, p. 259). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2). c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 122 V 158 consid. 1a et les références). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er 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

- 14 - 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 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2). d) L'on ajoutera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). 4. a) Dans le cas particulier, la date du 15 janvier 2010 constitue la date déterminante à laquelle il y a lieu de comparer les éléments versés à l'appui de la demande de révision du 5 juin 2013. Le 15 janvier 2010

- 15 - correspond à la précédente décision de refus de rente, pour laquelle l'OAI – quoi que prétende le recourant – a procédé à une instruction complète de sa situation. b) Il convient également de relever à titre préalable que le recourant a disposé d'un délai substantiel pour faire parvenir les pièces médicales utiles à l'appui de sa demande de révision formulée le 5 juin 2013. Par pli du 6 juin 2013, l'OAI lui a accordé un délai de trente jours à cette fin, dont l'assuré n'a au demeurant pas requis la prolongation. De facto, il lui était loisible d'étayer sa demande jusqu'à l'émission de la décision litigieuse. S'est ainsi écoulé en définitive entre la demande du 5 juin 2013 et la décision du 20 février 2014 un intervalle d'environ huit mois durant lequel il appartenait au recourant de réunir tous documents médicaux pertinents, voire de faire procéder aux examens cliniques opportuns d'entente avec les médecins assumant son suivi. Il ne saurait dès lors être reproché à l'intimé d'avoir mis un terme éventuellement prématuré à la procédure initiée à la demande de l'assuré. c) Par ailleurs, conformément à la jurisprudence citée supra sous considérant 3c, l'examen du juge doit se limiter au point de savoir si les pièces produites en procédure administrative impliquent l'instruction au fond de la nouvelle demande de prestations. Dès lors, la Cour de céans se doit d'écarter de la présente analyse le rapport médical du Dr B._____, complété le 31 mars 2014, dont le recourant se prévaut au stade de la procédure judiciaire. Il est de même exclu de donner suite à la requête d'instruction complémentaire proposée par le recourant, à savoir l'audition de son médecin traitant, une telle mesure excédant manifestement le pouvoir d'examen limité de la Cour de céans dans le contexte de l'art. 87 RAI.

- 16 - Il s'agit ainsi de se placer à la date de la décision du 20 février 2014 pour déterminer si les pièces fournies par le recourant auraient dû conduire l'OAI à entrer en matière sur le fond de sa requête de révision. 5. a) Sous l'angle psychique, le recourant a fait l'objet d'évaluations spécialisées à l'occasion de sa première demande de prestations AI du 3 novembre 1995, au sein de la Polyclinique H._____ et auprès du Dr K._____, dans la mesure où une pathologie dépressive avait été envisagée dans le contexte de la chronicisation de ses douleurs. Cela étant, aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité n'avait été retenue aux dires d'experts. Ultérieurement, dans le cadre des demandes de révision subséquentes, les médecins traitants de l'assuré, en particulier le Dr D._____, ont évoqué les diagnostics de « réaction anxio-dépressive » ou d'un « état dépressif réactionnel ». A l'issue de la précédente révision sur demande de l'assuré, ayant donné lieu à la décision du 15 janvier 2010, l'OAI avait procédé à une instruction complète de la situation. Dans ce cadre, l'état de santé, tant psychique que physique, avait été qualifié de stationnaire par l'intimé. Le Tribunal fédéral avait au demeurant confirmé ce constat dans son arrêt du 6 octobre 2011, soulignant que l'assuré présentait « un psychisme fragile depuis plusieurs années » et que le diagnostic posé par le Dr D._____ ne pouvait être considéré comme invalidant en l'absence d'éléments objectifs, de traitement médicamenteux et de suivi spécialisé. A l'appui de sa requête de révision du 5 juin 2013, le recourant s'est référé au rapport du Dr B._____ du 21 octobre 2013, lequel a fait mention d'un « psychisme au plus bas » sans autre précision. Quant au rapport de la Dresse C._____ du 22 janvier 2014, cette spécialiste a retenu un « très probable état dépressif réactionnel », rejoignant en définitive le diagnostic observé en son temps par le Dr D._____.

- 17 - Vu ces éléments, superposables à ceux retenus à l'occasion de la décision précédente de refus de rente du 15 janvier 2010, confirmée par la Cour de céans et le Tribunal fédéral,

l'on ne voit pas que l'assuré ait rendu plausible une quelconque modification de son état psychique. Il n'a pas davantage allégué être suivi par un spécialiste à cet égard ou être astreint à un traitement médicamenteux spécifique. L'on se doit dès lors de déduire, sur la base des pièces constituant le dossier de l'intimé à la date du 20 février 2014 que le recourant n'a pas rendu vraisemblable que son état de santé psychique s'était modifié au point de justifier la révision de son taux d'invalidité, partant de son droit aux prestations de l'AI, depuis la décision précédente de l'OAI, émise le 15 janvier 2010. Le refus d'entrer en matière prononcé au moyen de la décision entreprise est ainsi incontestablement bien fondé de ce point de vue. b) Quant au volet somatique, force est de constater que la plupart des diagnostics avancés dans le contexte de la demande de révision formulée le 5 juin 2013 étaient précédemment connus de l'intimé. ba) Singulièrement, le diabète insulino-requérant et l'hypertension artérielle avaient été mentionnés de longue date par les médecins traitants de l'assuré, sans que ne fût relatée une quelconque limitation de la capacité de travail en lien avec ces affections ou leur traitement. Tel n'est pas non plus le cas actuellement, de sorte que l'absence de caractère invalidant de ces problématiques, confirmé du reste par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 6 octobre 2011, ne peut qu'être maintenu. bb) Les diagnostics de lombosciatalgies et de cervicalgies s'avèraient également connus de l'administration depuis de nombreuses

- 18 - années, les douleurs lombaires diffuses affectant le recourant ayant fait l'objet d'investigations dès sa première demande de prestations AI. En l'état, le Dr B. _____ demeure constant dans son appréciation des conséquences de cette symptomatologie, dans la mesure où il a régulièrement fait part de l'incapacité totale de travail de son patient. Son rapport du 21 octobre 2013 n'apporte dès lors strictement rien de nouveau concernant ces atteintes à la santé, à tout le moins sur le plan objectif. Quant à la Dresse C. _____, cette spécialiste ne s'est pas clairement prononcée sur les effets de ces diagnostics en termes de capacité de travail, dans le contexte d'un examen clinique qualifié de « très difficile et peu contributif ». On ne peut ainsi manifestement pas déduire quelconque changement de la situation factuelle de l'assuré, les difficultés relatées à la marche et aux changements de position relevés par le Dr B. _____ ne se trouvant nullement expliquées cliniquement, ni attestées par la Dresse C. _____. bc) S'agissant des céphalées tensionnelles observées auprès du recourant, il convient de rappeler que leur impact avait déjà été évalué par l'administration à l'occasion de la décision du 15 janvier 2010. Le Tribunal fédéral avait d'ailleurs confirmé, par arrêt du 6 octobre 2011, l'appréciation de l'intimé selon laquelle le caractère invalidant de cette problématique n'était aucunement avéré. Un changement à cet égard n'est pas avancé par les médecins traitants du recourant actuellement, de sorte que l'on ne peut que conclure à un état de fait inchangé par rapport au 15 janvier 2010. bd) L'unique diagnostic éventuellement nouveau avancé auprès de l'intimé est ainsi celui de « canal cervical étroit » envisagé par le Dr D. _____, qui ne l'a toutefois pas étayé. On ne peut dès lors reprocher à l'intimé l'absence d'instruction médicale à cet égard puisque

- 19 - ce diagnostic est simplement évoqué, sans complément ultérieur, ni explication clinique objective. On notera du reste que la Dresse C. _____ n'a pas pris en compte un tel diagnostic après analyse de l'IRM réalisée auprès de l'assuré en septembre 2012, n'ayant pour sa part observé que des « modifications dégénératives diffuses non compressives aussi bien au niveau cervical que lombaire ». En conséquence, soit le diagnostic rapporté par le Dr D. _____ au Dr D. _____ relève de l'hypothèse, soit il a été posé à la suite d'examens postérieurs à l'IRM de septembre 2012. Cas échéant, il appartenait au recourant

de se prévaloir de ces examens ou d'en produire le compte- rendu au stade de la procédure administrative. Quoi qu'en dise l'assuré, à la date du 20 février 2014, un tel diagnostic n'était nullement avéré dans son cas, tandis qu'une aggravation de la situation pour ce motif, en termes de capacité de travail, n'était de toute façon pas rendue plausible. be) Eu égard enfin aux examens complémentaires préconisés par la Dresse C. _____, à savoir une IRM de la région cervicale, il y a lieu de constater que cette mesure n'apparaît pas destinée à confirmer ou infirmer une possible modification de l'état de santé du recourant, mais s'inscrit uniquement dans le contexte d'une consultation spécialisée, aux fins d'investigation de la symptomatologie douloureuse dont se plaint de longue date l'assuré. En de telles circonstances, il serait abusif d'exiger de l'OAI une entrée en matière sur la demande de révision et la mise en œuvre des examens en question, faute de toute indication objective d'une nouvelle atteinte à la santé et de répercussions sur la capacité de travail, soit d'une modification substantielle de l'état de fait. Cas échéant, ce procédé équivaldrait sans conteste à détourner le but de l'art. 87 RAI qui impose

- 20 - bien au contraire à l'assuré lui-même de fournir les éléments justifiant l'instruction subséquente de son cas. bf) En définitive, il convient de conclure à une situation somatique globalement inchangée depuis le 15 janvier 2010 et de maintenir que le recourant n'a pas rendu plausible une modification de sa situation qui imposerait le réexamen de ses droits à des prestations AI au sens entendu par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. c) Au demeurant, si par impossible il se justifiait de se déterminer compte tenu du rapport complémentaire du Dr B. _____, daté du 31 mars 2014 et produit auprès de la Cour de céans, l'on ne parviendrait pas à une conclusion différente. Ce praticien a en effet relaté pour l'essentiel une situation stationnaire, son appréciation de la capacité de travail n'ayant nullement varié depuis le début de sa prise en charge. Il souligne certes l'aggravation des lombalgies et des cervicalgies, sans toutefois expliquer le fondement clinique qui viendrait justifier une telle détérioration. 6. Il résulte en définitive de ce qui précède que l'intimé était légitimé à ne pas instruire sur le fond la demande subséquente présentée par le recourant et à prononcer le refus d'entrer en matière litigieux. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

- 21 - In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant, sont arrêtés à 400 francs. b) Vu l'issue du recours, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

- 22 -