

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 décembre 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mmes Rossier et Feusi, assesseurs
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Astyanax Peca, avocat à Montreux,

et

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

Art. 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1983, a déposé en décembre 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), précisant quant au genre de l'atteinte "troubles du sommeil, addiction médicaments - hyperactivité, problèmes dos et genoux".

L'Office cantonal AI du Valais (ci-après: l'OAI Valais) - l'assuré étant à l'époque domicilié à [...] - a instruit cette demande et requis la production de rapports médicaux.

Dans un rapport du 4 février 2009, le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines (F13.25) et de troubles mentaux liés à l'utilisation d'opiacés (F11.25). Il exposait que son patient présentait essentiellement une symptomatologie liée à sa toxicomanie, que les seules restrictions étaient liées à la dépendance et pouvaient être réduites par un sevrage, précisant ne pas avoir attesté d'incapacité de travail pour une longue période. Il transmettait à l'OAI Valais un rapport de préadmission au Service hospitalier de psychiatrie adulte de [...] du 21 août 2008, qui exposait ce qui suit:

"Votre patient présente une dépendance à plusieurs agents pharmacologiques, essentiellement les benzodiazépines et les opiacés. Il semble que la dépendance aux benzodiazépines, présente depuis des années dans un contexte de traitement de troubles du sommeil, soit compliquée par une consommation annexe et non contrôlée de molécules aussi diverses que des barbituriques, de la méthaqualone ou des opiacés.

La difficulté majeure rencontrée lors de cet entretien a été notre impossibilité de percevoir une demande clairement formulée par M. G. _____, même s'il nous est apparu, d'une façon à peine voilée, qu'il attendait de nous que nous acceptions de lui fournir la méthaqualone, actuellement retirée du marché.

Nous ne pouvons évidemment pas accéder à sa demande, pour des raisons diverses, pas plus que nous n'avons accepté de rédiger le certificat médical qu'il nous demandait (pour un dossier de demande d'aide sociale, semble-t-il).

Nous restons à son entière disposition pour un nouvel entretien de pré-admission si une nouvelle demande est faite, pour autant qu'elle soit claire et réalisable. Il faudrait alors tenir compte du fait que les substances actuellement consommées mais non prescrites ambulatoirement ne pourront, d'une façon automatique, être l'objet d'une prescription dans notre établissement."

Le dossier de l'assurance perte de gains [...], dont copie a été transmise à l'OAI Valais, contenait un rapport établi le 8 avril 2008 par le Dr J._____, médecin traitant de l'assuré. Le Dr J._____ faisait état d'une situation très difficile "car en plus des problèmes somatiques connus, un suivi parallèle par le Dr H._____, psychiatre, a été effectué, tandis qu'une médication anxiolytique lui a été administrée, même si la prise en était itérative". Le médecin traitant énonçait, sur le plan psychiatrique, des troubles du sommeil invalidants et un état anxieux chez une personnalité borderline.

Analysant les pièces médicales dans un avis du 5 mai 2009, le Dr Z._____, psychiatre au Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), a relevé que la dépendance active aux benzodiazépines et aux opiacés ne permettaient pas de vérifier une possible atteinte à la santé psychique ou mentale au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. Il considérait que l'état de santé pourrait être amélioré, jusqu'à retrouver une pleine capacité de travail, si l'assuré se soumettait à un sevrage complet, comme l'envisageait le Dr H._____, et préconisait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique une fois cette dépendance traitée.

Le 11 mai 2009, l'OAI Valais a adressé un courrier à l'assuré, à la teneur suivante:

"De l'avis du 05.05.2009 de notre service médical régional (SMR) Rhône, il ressort que vos capacités de travail et de gain pourraient être notablement améliorées si vous vous soumettiez à un sevrage complet de votre dépendance active aux benzodiazépines et aux opiacés dans un établissement spécialisé pour les dépendances ou alors en collaboration avec votre médecin-traitant selon le choix le mieux approprié que ce dernier aura retenu.

Bien que les frais d'un tel traitement ne puissent pas être assumés par l'AI, il n'en demeure pas moins exigible de votre part.

Selon les art. 7, 7a et 7b LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGGA).

[...] Conformément à l'art. 21 al. 4 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.

Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

Nous noterons à cet égard que selon la jurisprudence en vigueur, la dépendance aux produits toxiques constitue une maladie, qui n'est pas en elle-même un motif d'invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle est à l'origine d'une maladie ou d'un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale diminuant la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui peut se révéler comme une base d'invalidité.

Vu ce qui précède, nous vous invitons à traiter cette dépendance durant 6 mois au moins.

A cet effet, le Dr J. _____, à qui une copie de cette lettre est adressée, est invité à procéder régulièrement à des contrôles sanguins et d'urine pour attester de ce sevrage complet. Les résultats nous seront communiqués chaque mois (dès le deuxième mois de traitement) sur la feuille de suivi d'abstinence jointe en annexe.

Si toutefois vous n'obtempérez pas à la présente mise en garde, nous ferons application des dispositions légales précitées de sorte que tout droit à des prestations AI vous sera refusé."

Par deux courriers datés respectivement du 21 juin 2009 et 7 août 2009, l'assuré a fait savoir à l'OAI Valais que le sevrage médicamenteux ne pouvait se faire, précisant qu'aucun médecin ne voulait remplir la feuille de suivi d'abstinence.

Le 19 août 2009, l'OAI Valais a requis le Dr H. _____ de lui faire parvenir des informations complémentaires quant à l'évolution de l'état de santé du patient, la possible existence d'une pathologie

psychiatrique invalidante en dehors des troubles évoqués et l'exigibilité du sevrage proposé. Le 2 septembre 2009, le Dr H. _____ constatait l'absence d'évolution depuis son rapport de février 2009 et l'impossibilité de prendre position sur une pathologie psychiatrique invalidante eu égard aux troubles mentaux et du comportement liés à la prise de toxique. Il s'accordait sur l'avis du SMR quant à l'exigibilité d'un sevrage complet, précisant que le patient n'était pas du tout favorable à une telle démarche.

Par courrier du 23 septembre 2009, l'OAI Valais a accordé un ultime délai à l'assuré pour lui adresser la feuille de suivi de sevrage de tous produits toxiques, sous peine d'appliquer les sanctions communiquées dans sa lettre du 11 mai 2009. L'assuré a répondu le 30 septembre suivant que de l'avis de son médecin traitant, il était impossible de parler de sevrage pour le moment.

Par décision du 20 octobre 2009, l'OAI Valais a signifié à l'assuré qu'il n'avait pas droit à des prestations de l'AI. L'argumentation suivante y était développée:

"En l'espèce et par lettre recommandée du 11.05.2009, nous vous avons invité à vous soumettre à un sevrage complet de votre dépendance aux benzodiazépines ainsi qu'aux opiacés et vous avons rendu attentif aux sanctions possibles en cas de non collaboration.

Cette mesure avait été jugée comme raisonnablement exigible de votre part du point de vue médical, ce qui vous avait été rappelé dans notre lettre recommandée du 23.09.2009, ceci après avoir repris l'avis du Dr H. _____.

Après avoir soumis à nouveau votre dossier au Service médical régional (SMR) Rhône à réception de votre lettre du 30.09.2009 qui confirmait votre désir de ne pas effectuer le sevrage exigé, nous prenons acte de votre choix."

B. Le 9 décembre 2009, l'assuré a adressé un courrier à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) - étant désormais domicilié à [...] - aux termes duquel il demandait à être reconnu "comme invalide psychologiquement et physiquement" à 100%. Il

alléguait notamment se soumettre à un traitement ambulatoire à l'Unité de traitement des dépendances à Montreux.

Par courrier du 24 décembre 2009, l'OAI lui a fait savoir qu'il considérait sa demande du 11 décembre 2009 comme une nouvelle demande au sens de l'art. 17 LPGA et des art. 87 ss RAI, en précisant qu'elle ne pouvait être examinée, en application de ces dispositions, que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de 30 jours lui était dès lors imparti pour produire un rapport médical détaillé – précisant notamment qu'il s'était effectivement soumis à un sevrage complet de sa dépendance aux benzodiazépines et aux opiacés – ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi il serait considéré qu'il n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

Le 12 février 2010, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis (projet de décision) dans le sens d'un refus d'entrer en matière. L'assuré n'avait pas donné suite au courrier du 24 décembre 2009 et, corollairement, n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations.

L'assuré a présenté ses objections à l'OAI par courrier du 24 février 2009 [recte: 2010]. Il faisait valoir qu'il poursuivait son traitement à l'A._____ à [...] (ci-après: A._____) et que le pronostic et d'autres renseignements pourraient être transmis par ses différents médecins traitants, notamment le Dr P._____, médecin assistant à l'A._____.

Par courrier du 5 mars 2010, l'OAI a imparti à l'assuré un nouveau délai de 30 jours pour produire un rapport médical apportant des éléments médicaux susceptibles de modifier sa détermination ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision. Il était précisé que passé ce délai, et sans nouvelles de sa part – ou si les éléments qui lui seraient apportés entre-temps ne refermaient rien de nouveau –, l'OAI

devrait considérer que l'assuré n'avait pas rendu plausible la modification de sa prise de position.

Le 31 mars 2010, l'assuré a réitéré les objections présentées dans son courrier du 24 février 2010 et a produit une attestation médicale du Dr P. _____, datée du 8 février 2010, à la teneur suivante:

"Le médecin soussigné atteste que:

Monsieur G. _____
né le [...] 1983,

est en traitement dans notre unité depuis le : 30.10.2009

Son traitement nécessite actuellement un passage quotidien à l'A. _____.
M. G. _____ est tenu de prendre les transports en commun en raison de son traitement."

Par courrier du 8 avril 2010, l'OAI a accusé réception de cet envoi et renvoyé l'assuré à ses précédentes correspondances, lui accordant un ultime délai au 1^{er} juin 2010 pour fournir un rapport médical détaillé.

Le 22 juin 2010, l'OAI a rendu une décision formelle de refus d'entrer en matière, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.

C. L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour de droit administratif du Tribunal cantonal; le recours a été reçu le 26 juillet 2010 et transmis à la Cour des assurances sociales le 27 juillet suivant. Par écriture complémentaire de son mandataire, alors Me René Moser, du 11 janvier 2011, le recourant conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 22 juin 2010 et au renvoi de l'affaire à l'OAI pour entrée en matière sur la nouvelle demande du 9 décembre 2009 et mise en œuvre d'une expertise. Il fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de ses correspondances (9 décembre 2009, 24 février 2009 [recte: 2010] et 31 mars 2010) et particulièrement de l'attestation médicale du 8 février 2010. Il était selon lui vraisemblable que de nouveaux faits étaient

survenus, susceptibles de modifier sur le fond la décision du 20 octobre 2009, eu égard au traitement administré par l'A._____ depuis le 30 octobre 2009, soit depuis une date ultérieure à celle de la première décision de l'OAI Valais. De surcroît, l'intimé aurait dû s'enquérir de son nouvel état de santé auprès de l'A._____ et de ses médecins traitants, ce qu'il n'a pas daigné faire en dépit de ses interpellations. Le recourant produit en outre deux certificats médicaux: le premier, établi le 30 novembre 2009 par le Dr N._____, médecin-chef au Service d'addictologie [...], atteste d'un arrêt de travail à 100% dès le 14 juillet 2008 pour une durée indéterminée; le second, établi le 20 mai 2010 par la Dresse B._____, assistante en chirurgie à l'Hôpital [...], mentionne que le recourant a été pris en ambulatoire en urgence, qu'il est en incapacité de travail à 100% depuis le 20 mai 2010 et que le médecin traitant procédera à une réévaluation.

Dans sa réponse du 25 janvier 2011, l'OAI préavise pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 21 février 2011, le recourant soutient avoir rendu suffisamment vraisemblable, par la production de l'attestation médicale du 8 février 2010, que son état de santé était critique, impliquant un suivi quotidien, et qu'une aggravation était probable. Il ajoute qu'en raison de sa forte dépendance médicamenteuse rendant son état de santé psychique très fébrile, il lui était extrêmement difficile, voire impossible, de donner une suite favorable aux interpellations de l'intimé. De ce fait, l'intimé aurait dû, avant de rendre sa décision, prendre contact avec son assistant social afin que ce dernier l'assiste dans ses démarches. Finalement, il confirme ses conclusions du 11 janvier 2011 et requiert l'audition des Drs P._____, J._____ et H._____.

Dans sa duplique du 7 mars 2011, l'intimé maintient sa position, rappelant que l'attestation médicale du 8 février 2010 ne permet pas de rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé du recourant et ne donne aucune précision quant au diagnostic ou au taux de capacité de travail. Il relève en outre qu'il n'appartient pas à l'assurance-

invalidité d'effectuer les démarches administratives à la place des assurés, à plus forte raison en procédure de nouvelle demande où le fardeau de la preuve incombe expressément à ceux-ci.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, 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). 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 (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Le recours a été formé en temps utile, transmis au tribunal compétent, et complété par le conseil du recourant (61 let. b LPGA). Il est recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le recourant critique la décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Il se réfère à l'attestation médicale du Dr P._____ du 8 février 2010, qui selon lui justifie une entrée en matière sur sa demande, ainsi qu'à ses courriers des 9 décembre 2009, 24 février 2009 [recte: 2010] et 31 mars 2010 dans lesquels il demande à l'OAI d'interpeller ses médecins traitants. Pour le recourant, la soumission à un traitement auprès de l'A._____ depuis le 30 octobre 2009 constitue une preuve suffisante de son nouvel état de santé.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 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

s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsqu'une rente avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force de s'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 condid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2a). Ainsi, 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 consid. 1.2).

b) Selon la jurisprudence fédérale, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité 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. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]). Ainsi, 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. Enfin, cela

présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2077 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel 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 (TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

4. En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut donc 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 certificat médical du Dr N._____ n'a pas à être pris en considération dans l'examen de la présente affaire, pas plus que le certificat médical de la Dresse B._____. En effet, ces documents n'ont été portés à la connaissance de l'intimé qu'au cours de la procédure ouverte céans, soit ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse.

Dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans n'a ainsi ni à mettre en œuvre une expertise ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction, mais seulement à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations – en l'occurrence, l'attestation médicale du Dr P._____ du 8 février 2010 –

justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Pour les mêmes motifs, le tribunal n'a pas à procéder à l'audition des médecins traitants tel que le requiert le recourant dans son écriture du 21 février 2011.

b) Le recourant n'a produit aucun rapport médical à l'appui de sa demande du 9 décembre 2009. L'OAI lui a dès lors imparti, par courrier du 24 décembre 2009, un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé - précisant notamment qu'il s'était effectivement soumis à un sevrage complet de sa dépendance aux benzodiazépines et aux opiacés - ou apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, en l'avertissant que passé ce délai, il devrait considérer qu'il n'a pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière serait rendue. En l'absence de réponse du recourant, l'OAI a communiqué, le 12 février 2010, un préavis dans le sens d'un refus d'entrer en matière, à la suite duquel l'intéressé a fait valoir qu'il poursuivait son traitement à l'A._____. Un nouveau délai a été accordé, au cours duquel le recourant a adressé à l'OAI l'attestation médicale du 8 février 2010 du Dr P._____. L'opportunité lui a été donnée de fournir un rapport médical plus détaillé mais l'inaction du recourant a conduit l'OAI à notifier la décision formelle de refus d'entrer en matière du 22 juin 2010.

c) Le Dr P._____ atteste que le recourant est en traitement auprès de l'A._____ depuis le 30 octobre 2009, que ce traitement nécessite un passage quotidien à l'unité et qu'à cet effet, le recourant se déplace en transports en commun.

Ce document ne signifie pas qu'une aggravation déterminante soit intervenue. Les indications données par le psychiatre sont laconiques. Il ne pose aucun diagnostic, ne donne aucune indication quant à la capacité de travail du recourant, ni même ne se prononce sur d'éventuelles limitations fonctionnelles que présenterait l'intéressé. Il ne permet dès lors pas de rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé du recourant susceptible de conduire à une diminution prolongée de

sa capacité de travail et, de ce fait, à une diminution de sa capacité de gain.

d) De surcroît, le recourant soutient en vain que le traitement administré par l'A._____ depuis le 30 octobre 2009 est un fait nouveau, susceptible de modifier sur le fond la décision initiale de refus de prestations.

Il sied de rappeler à cet égard que le Dr Z._____ du SMR expose, dans son avis du 5 mai 2009, que la dépendance active aux benzodiazépines et aux opiacés ne permet pas d'examiner une possible atteinte à la santé physique ou mentale invalidante; un tel examen, sous forme d'expertise psychiatrique, ne peut être réalisé qu'une fois le sevrage complet terminé. Le psychiatre traitant de l'assuré s'accorde sur l'avis du Dr Z._____ quant à l'exigibilité d'un sevrage complet, relevant l'impossibilité de prendre position sur une pathologie psychiatrique invalidante eu égard aux troubles mentaux et du comportement liés à la prise de toxique (courrier du 2 septembre 2009). Ainsi, l'OAI Valais a invité le recourant à traiter sa dépendance durant 6 mois au minimum et demandé que les résultats du sevrage lui soit communiqué dès le deuxième mois de traitement, au moyen de la feuille de suivi d'abstinence.

Le recourant a déposé la nouvelle demande de prestations AI le 9 décembre 2009, soit 6 semaines après le début de son traitement à l'A._____. On observera ainsi que si le recourant s'est soumis à un traitement comme l'invitait l'intimé, il ne pouvait être complètement sevré de sa dépendance aux benzodiazépines et aux opiacés lors du dépôt de la nouvelle demande, élément nécessaire pour examiner une possible atteinte à la santé physique ou mentale invalidante selon les Drs Z._____ et H._____.

Au demeurant, le Dr Z._____ considérait que si le recourant se soumettait à un sevrage complet, son état de santé pourrait être amélioré jusqu'à retrouver une pleine capacité de travail. Le Dr H._____

avait précédemment relevé, dans son rapport du 4 février 2009, que les seules restrictions étaient liées à la dépendance et pouvaient être réduites par un sevrage.

Cela étant, la soumission au traitement dispensé à l'A. _____ ne signifiait pas pour autant une aggravation de l'état de santé du recourant.

e) Finalement, le recourant prétend que l'OAI aurait dû s'enquérir de son nouvel état de santé auprès de ses médecins traitants. Ce grief ne saurait être suivi, le principe inquisitoire n'étant pas applicable à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (cf. consid. 3b *supra*). Ainsi, lors du dépôt de la nouvelle demande de prestations AI, le recourant ne pouvait se borner, comme il l'a fait dans ses courriers du 9 décembre 2009 et 24 février 2009 [*recte*: 2010], à renvoyer à des avis médicaux qui devaient, selon lui, être recueillis d'office par l'OAI. A réception de ces courriers, l'OAI lui a à juste titre imparti un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, particulièrement la preuve du sevrage complet de sa dépendance aux benzodiazépines et aux opiacés.

Fondé sur les mêmes motifs, l'argument du recourant selon lequel l'OAI aurait dû prendre contact avec son assistant social ne saurait être retenu.

f) A l'aune de ce qui précède, il apparaît clairement que l'OAI était fondé, sur la base des indications qui lui ont été fournies par le recourant, à refuser d'entrer en matière sur la demande de révision ou de nouvelles prestations. Les griefs du recourant sont ainsi manifestement mal fondés.

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

a) Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du Bureau de l'assistance judiciaire du 27 septembre 2010.

Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. A cet égard, il sied de préciser que Me François Gillard, précédent conseil d'office, a été relevé de sa mission le 27 octobre 2010; le montant total de 243 fr., TVA comprise, lui a été alloué à titre d'indemnité d'office le 11 novembre 2010. Me René Moser, désigné à sa suite, également relevé de sa mission le 17 mars 2011 et indemnisé à hauteur de 2'159 fr. 70, TVA comprise, a demandé à ce que Me Astyanax Peca soit désigné en remplacement. Ce dernier a produit le 5 décembre 2011 la liste de ses opérations, qui mentionne quelques démarches postérieures à la réplique du 21 février 2011. Il convient donc de fixer équitablement l'indemnité à 541 fr. 75 fr., TVA comprise.

La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

b) Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 22 juin 2010 est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Astyanax Peca, conseil du recourant, est arrêtée à 541 fr. 75 (cinq cent quarante et un francs et septante-cinq centimes), TVA comprise.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Astyanax Peca (pour G. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :