

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juillet 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Zbinden, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

A. _____, à Renens, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, du Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI, 87 al. 3 et 4 RAI, 17 et 53 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. a) A._____, né en 1961, travaillait à temps complet depuis le 16 mai 1999 en qualité de tailleur de pierres auprès de l'entreprise S._____ SA à [...]. Le 31 mai 1999, le prénommé a fait une chute dans les escaliers de l'entreprise avec réception sur le poignet gauche entraînant une fracture du scaphoïde et du poignet. Cette fracture a tout d'abord été traitée de façon fonctionnelle par quelques séances de physiothérapie, puis par une attelle immobilisant le pouce. Vu la persistance des douleurs, le patient a été adressé au Dr Q._____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et chirurgie orthopédique, qui a posé les diagnostics de nécrose avasculaire du scaphoïde à gauche et de pseudoarthrose du scaphoïde traumatisé (rapport du 1^{er} juillet 1999). Le 17 novembre 1999, une tentative de vascularisation du scaphoïde nécrotique a été effectuée par greffon cortico-spongieux vascularisé. Le 1^{er} mars 2000, il a été procédé à l'ablation de la broche du scaphoïde. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA).

L'évolution est toutefois restée défavorable en raison de la persistance de douleurs sur le compartiment radial, dues à la nécrose persistante du scaphoïde, incitant le Dr Q._____ à proposer la mise sur pied d'un stage de rééducation, (rapport du 6 avril 2000). Dans un rapport du 27 avril 2000, le Dr N._____, médecin-conseil à la CNA, a également constaté une évolution défavorable, avec persistance d'un syndrome douloureux du poignet, majoré à l'effort. Les documents radiologiques démontraient ainsi que l'affaissement du pôle proximal du scaphoïde se poursuivait. Comme le Dr Q._____, le Dr N._____ a préconisé une chirurgie plus radicale, sous forme d'une résection de la 1^{ère} rangée du carpe ou une résection du scaphoïde avec arthrodèse des quatre os, tout en admettant qu'une évaluation des possibilités professionnelles de ce patient était plus raisonnable dans l'immédiat.

L'assuré a finalement séjourné du 17 au 26 mai 2000 à la Clinique T._____ à L._____ en vue d'une évaluation professionnelle et d'un 2^{ème} avis chirurgical. Dans un rapport de synthèse du 21 juin 2000, les

Drs R._____ et P._____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant du Service de réadaptation générale, ont exposé que le bilan d'entrée montrait une importante limitation fonctionnelle, surtout en flexion extension et en inclinaison, ainsi qu'en force de préhension diminuée de presque 80 %. Pendant son séjour, le patient n'avait quasiment pas utilisé son membre supérieur droit dans toutes les évaluations, ni dans les activités de la vie quotidienne. Tout en attestant une totale incapacité de travail, ils ont sollicité un 2^{ème} avis chirurgical auprès du Dr G._____ qui a confirmé que les résections préconisées étaient deux solutions de choix chez ce patient, sans différence significative dans le résultat post-opératoire. Le choix de l'intervention dépendait de l'expérience du chirurgien et de la situation per-opératoire. Dans ce contexte et en l'absence d'amélioration sous traitement conservateur, le séjour a été interrompu.

En date du 30 mai 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI). Dans un rapport médical du 14 juin 2000, le Dr Q._____ a estimé qu'à cette époque, la reprise de n'importe quel travail manuel n'était pas possible, le patient étant toujours en incapacité de travail à 100 %, ceci malgré une physiothérapie intense en ambulatoire et à L._____. Ce praticien a ajouté qu'à long terme le poignet de l'assuré resterait toujours faible et qu'il fallait donc reconverter ce patient pour des travaux qui ne nécessitaient ni force de la main gauche, ni mouvements répétitifs, ni charges dans des positions extrêmes.

En date du 30 août 2000, l'intéressé a subi une nouvelle intervention chirurgicale sous forme de résection de la 1^{ère} rangée du carpe à gauche. Dans un rapport médical intermédiaire du 12 octobre 2000, le Dr Q._____ a indiqué que l'évolution était difficile à juger, mais qu'il persistait des douleurs importantes.

Un nouveau séjour du 31 octobre au 22 novembre 2000 à la Clinique T._____ n'a pas apporté d'amélioration significative (rapport du 27 décembre 2000). Avant d'envisager une quelconque chirurgie complémentaire, il a été proposé une immobilisation test par une orthèse en cuir durant une période de six mois.

Dans un rapport médical complémentaire du 8 mars 2001, le Dr Q._____ a fait état de la persistance des limitations de la mobilité et de la force de serrage. Il a estimé que l'on pouvait encore actuellement s'attendre à une légère amélioration spontanée. Il a en outre considéré que la main gauche était tout à fait valable en tant que main d'aide dans des travaux légers, sans mouvements répétitifs et sans charges au-delà de 15 kg. Le Dr Q._____ a enfin informé la CNA qu'il était temps de procéder à l'appréciation de la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 16 juin 2001 faisant suite à un examen clinique de l'assuré, le Dr N._____ a noté une limitation de la mobilité, en flexion-extension, une inclinaison radio-cubitale, ainsi qu'une diminution de la force de préhension. En revanche, le poignet était relativement calme, sans hyperthermie significative et sans hypersudation régionale. Les troubles trophiques de la main étaient mineurs. La différence de circonférence au niveau des avant-bras semblait peu importante eu égard à la longue "inutilisation" du membre supérieur. Il y avait dès lors lieu d'admettre que la capacité de travail en tant que tailleur de pierres était nulle et ce, de manière définitive. En revanche, l'assuré pouvait parfaitement réaliser les mouvements fins avec ses doigts, faire du rangement d'objets légers, travailler au-dessus de l'horizontale. La main pouvait également être utilisée comme contre-appui. La conduite devait être limitée à celle d'un véhicule léger. L'intéressé pouvait sans autre effectuer un travail de surveillant. Selon le Dr N._____, il était désormais raisonnable d'envisager un reclassement professionnel, sur la base de l'exigibilité énoncée, après la fin de la période de test (3 - 4 mois) du port de l'orthèse.

b) Dans un rapport intermédiaire du 14 août 2001, le service de réadaptation de l'OAI (REA) a mentionné avoir visité l'entreprise S. _____ SA qui avait finalement résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 5 novembre 1999 en raison de son absentéisme. A cette occasion, il s'est avéré que cette entreprise était en réalité active dans la fabrication de pierres précieuses synthétiques pour la bijouterie. L'étude du poste occupé par l'assuré avant son accident, a ainsi permis de constater que cette activité respectait les limitations fonctionnelles décrites. Le service REA a toutefois proposé de solliciter un rapport médical intermédiaire du Dr Q. _____ afin de s'assurer que l'activité exercée jusqu'alors était toujours adaptée compte tenu de la description du poste. Dans ce contexte, des mesures de réadaptation ne se justifiaient pas, l'assuré n'ayant au demeurant travaillé que deux semaines auprès de S. _____ SA, soit après avoir exercé en qualité de déménageur indépendant.

Dans un rapport médical intermédiaire du 6 janvier 2002, le Dr Q. _____ s'est référé au rapport du Dr N. _____ du 16 juin 2001, lequel fixait une incapacité totale de travail en qualité de tailleur de pierres. Toutefois, le Dr Q. _____ a indiqué que l'activité d'ouvrier (taille de pierres synthétiques; DPT n°3220) pouvait être exercée à temps complet.

Dans l'intervalle, soit par appréciation médicale du 3 décembre 2001, le Dr N. _____ a corroboré l'avis de l'assurance-invalidité, à savoir que le patient pouvait sans autre reprendre l'activité de tailleur de pierres précieuses.

Dans un rapport d'examen du 10 décembre 2003, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a retenu comme atteinte principale à la santé les diagnostics de status après fracture compliquée du poignet gauche, de pseudarthrose du scaphoïde et de résection de la première rangée des os du carpe. Il a retenu une incapacité totale du 31

mai 1999 à fin juin 2001. Toutefois, depuis lors, la capacité de travail était de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par décision du 20 juillet 2004, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % ascendant à 14'580 fr.

c) Par décision sur opposition du 26 juin 2006, confirmant les décisions des 2 mars 2004 et 10 janvier 2005 (remplaçant celle du 7 septembre 2004 qui n'avait notamment pas été notifiée à l'assuré), l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1^{er} mai 2000 (à l'issue du délai d'attente d'un an) au 30 septembre 2001 (soit après 3 mois d'amélioration). Ainsi, après instruction et examen du dossier, il a retenu qu'à l'issue du délai d'attente, la capacité de travail et de gain de l'assuré était nulle dans toute activité professionnelle et ce, jusqu'au mois de juin 2001. A partir de cette date, sa capacité de travail était entière aussi bien dans l'activité habituelle de tailleur de pierres fines que dans une autre activité adaptée.

B. Le 22 mars 2007, A. _____ a formulé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une dépression et d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive.

Par courrier du 2 avril 2007 adressé à l'assuré, l'OAI a rappelé qu'il avait déjà fait l'objet d'une décision de refus, si bien que la nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

L'intéressé n'ayant pas fourni de réponse dans le délai qui lui avait été imparti, l'OAI a soumis à l'assuré en date du 22 mai 2007 un projet de décision par lequel il lui signifiait son intention de refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations.

Dans un rapport médical du 7 juin 2007, le Dr H._____, médecin-assistant à la policlinique du Département de psychiatrie X._____, (consultation de V._____), a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) existant depuis 2005, de trouble mixte de la personnalité (F61), à traits impulsifs et dépendants et de syndrome de dépendance à l'alcool (F10.2), existants depuis plusieurs années, ainsi que de douleurs fonctionnelles de la main suite à un accident de travail (status post-2 interventions chirurgicales), existant depuis 2002. Selon ce praticien, compte tenu de la sévérité de la symptomatologie dépressive, de son évolution chronique, de l'absence de réponse aux divers traitements entrepris, des comorbidités psychiatrique et somatiques (conflit familial majeur, problèmes de santé de plusieurs de ses enfants, absence de soutien de proximité), les chances d'une amélioration de l'état de santé de son patient et partant de la récupération, même partielle, d'une capacité de gain paraissaient très faibles.

Par avis médical du 26 juillet 2007, le SMR a sollicité du médecin répondant tous les rapports d'hospitalisation de l'assuré dans les institutions de psychiatrie, notamment celui relatif à une hospitalisation au Site de K._____ du 8 au 18 août 2005 afin d'orienter l'instruction médicale du dossier.

Ainsi, dans un rapport du 13 septembre 2005, les Dresses B._____ et J._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin-assistante au département de psychiatrie du X._____, ont mentionné que l'assuré avait été admis de manière volontaire dans leur établissement. Au niveau de l'appréciation et du pronostic du cas, elles ont considéré ce qui suit :

"en raison d'une symptomatologie anxiodépressive sous forme de pleurs, insomnies, troubles de l'appétit, irritabilité, troubles de la concentration et de la mémoire et enfin anxiété avec crises d'angoisse apparues trois jours avant l'hospitalisation et dont la résolution sera rapidement favorable, nous retenons un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Les facteurs de stress majeurs semblent être liés d'une part à la

grossesse de l'amie du patient, d'autre part au départ de la fille aînée qui est prévu dans deux mois, cette dernière s'étant mariée et enfin d'un conflit du patient avec son concierge en raison du nombre de personnes occupant son appartement.

Durant l'hospitalisation, nous avons introduit un traitement antidépresseur d'Exefor que nous avons pu progressivement augmenter à 150 mg/j., dosage qui a été bien supporté par le patient. Un traitement hypnotique de Dalmadorm 15 mg a également été introduit avec une nette amélioration du sommeil du patient.

La situation sociale précaire décrite plus haut a pu être discutée durant l'hospitalisation avec M. F._____, assistant social, qui va prendre contact avec les divers intervenants et tenter de faire évoluer la situation. L'évolution du patient a été rapidement favorable avec régression presque totale de la symptomatologie anxiodépressive en quelques jours dans le cadre contenant et sécurisant de l'hôpital. A noter que durant l'hospitalisation, le patient a beaucoup été soutenu par sa famille, venant fréquemment lui rendre visite, et par son amie, passant ses journées à l'hôpital. Un entretien nous a permis de rencontrer cette dernière, ainsi que la fille aînée du patient, leur permettant d'exprimer leur inquiétude. Après discussion avec le patient, ce dernier évoque le souhait d'être suivi par la C._____ ambulatoire, préférant cette solution à celle de consulter un médecin généraliste (le patient n'en ayant pas) ou celle d'aller chez un psychiatre privé. En effet, un suivi nous semble nécessaire pour ce patient père de famille connaissant des difficultés sociales importantes, afin d'éviter une rechute sur le plan psychique et une dérive sociale".

Par courrier du 7 avril 2006, le Dr Z._____, chef de clinique au département de psychiatrie du X._____, a confirmé que le patient était suivi à la section des troubles anxieux et de l'humeur (C._____) de manière ambulatoire depuis le 30 août 2005 suite à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, dans un contexte social précaire.

Par avis médical du 18 février 2008, le SMR a considéré ce qui suit compte tenu des documents médicaux présentés :

"Le Dr H._____ de la consultation V._____ retient un trouble dépressif sévère avec symptômes psychotiques F32.3 depuis 2005, un trouble de la personnalité à traits dépendants et syndrome de dépendance de l'alcool. L'état de santé est annoncé comme s'aggravant.

La maladie alcoolique est d'allure primaire. Les idées, inconstantes de concernement que rapporte l'assuré sont

liées à la pratique de l'alcool excessive et nocive à la santé. Le rapport de K._____ décrit avant tout des problèmes liés à la problématique sociale de l'assuré. L'arrêt de l'alcool est exigible et les conséquences de cette pratique ne sont pas à la charge de l'assurance.

Il en va de même des particularités comportementales de nature socioculturelle, ethnique ou familiale, ainsi que des difficultés émotionnelles causées en premier lieu par l'émigration (déracinement et acclimatation) (ATF 127 V 294). Or le §3 page 2 du RM 12/09/2009 concerne essentiellement des éléments familiaux et culturels. Reste donc un Trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive F 43.22 dont le séjour hospitalier décrit une évolution favorable sous traitement et abstinence de l'alcool. Les empêchements de l'assuré à réintégrer le monde de l'économie ne sont pas du domaine de LAI.

Le courrier du Dr Z._____ à la M._____ Assurance 07/04/2006 démontre que l'avis de la C._____ n'est qu'une appréciation différente d'une situation similaire à celle des médecins de K._____, le trouble retenu remontant à août 2005, soit exactement à la sortie de K._____. Nous estimons qu'il n'y a pas de raison de s'éloigner de l'appréciation des médecins de K._____.

La situation est inchangée depuis la dernière décision AI".

Par décision du 29 septembre 2008 confirmant un projet de décision du 6 août 2008, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles, la situation sur le plan médical étant restée stationnaire depuis les précédentes décisions.

C. Par courrier du 2 mars 2010, les Drs W._____ et O._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante à la Consultation de V._____, ont fait état d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré. Ainsi, en 2009, deux hospitalisations en milieu psychiatrique ont été nécessaires, l'une pour une péjoration de sa symptomatologie dépressive et une mise à l'abri d'un risque suicidaire, l'autre pour le protéger d'un risque auto- et hétéro-agressif avec des accès d'irritabilité sévères qui ont poussé l'assuré à des crises clastiques, des actes agressifs contre lui-même comme se frapper la tête contre un mur à plusieurs reprises ou à menacer son épouse de la frapper. Ils ont en outre constaté que la symptomatologie dépressive restait présente avec une thymie abaissée de manière quotidienne, une diminution de l'estime de soi et un

sentiment de dévalorisation qui persistait depuis son arrêt de travail en 2001, des troubles de la concentration et de mémoire, des troubles de l'appétit (prise de poids de 20 kg), des idées suicidaires permanentes, passivement ou activement scénarisées, ainsi qu'un intense sentiment de culpabilité vis-à-vis de ses enfants et de son épouse, puisqu'il n'arrivait pas à faire face à ses obligations de père et mari notamment à améliorer la précarité de sa situation sociale. Durant l'hospitalisation de l'assuré, des contrôles ont été effectués qui ont confirmé l'abstinence de l'intéressé à toute consommation d'alcool, raison pour laquelle le diagnostic de syndrome de dépendance à l'alcool n'a pas été reconduit. Face à la détérioration récente du tableau clinique de l'assuré qui avait abouti à deux hospitalisations en 2009, les praticiens précités ont estimé que la stabilisation de la situation financière et du tableau clinique du patient au moyen d'une rente d'invalidité permettrait à l'assuré de s'investir dans un traitement psychothérapeutique plus intensif, susceptible d'améliorer son état clinique, ainsi que de retrouver une capacité à travailler. Les Drs W._____ et O._____ souhaitaient dès lors la reconsidération de la décision de refus de rente d'invalidité au moyen d'une expertise.

Le 15 mars 2010, A._____ a rempli formellement une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente pour cause de dépression.

Par avis médical du 28 mai 2010, le SMR a estimé que le rapport de la Consultation de V._____ du 2 mars 2010 n'était pas convaincant, s'agissant d'une modification de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision AI.

Par décision du 27 septembre 2010, confirmant un projet de décision du 21 juin 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'assuré n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Il a considéré qu'une autre appréciation d'un état de fait demeuré inchangé n'était pas possible.

D. a) Par acte de son mandataire du 20 octobre 2010, A. _____ interjette recours contre la décision précitée. Il conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI afin que ce dernier entre en matière sur la demande du recourant, sous suite de frais et dépens. Il estime qu'il n'est pas possible de se référer à la décision du 29 septembre 2008 pour conclure ou non à une modification notable de l'état de santé, dans la mesure où elle se révèle manifestement erronée. La comparaison entre la situation qui prévalait au mois de septembre 2004 et l'état de santé actuel de l'intéressé mettait en évidence une aggravation très importante, soit des troubles psychiques graves, voire très graves et susceptible à eux seuls d'expliquer la survenance et la persistance d'une incapacité de travail et de gain totale.

E. Par décision du 12 novembre 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 20 octobre 2010 et désigné Me Jean-Marie Agier en qualité d'avocat d'office. Interpellé à la fin de l'instruction, Me Agier a exposé que lui, ou son organisation, ne prétendaient pas à une indemnité d'office, si des dépens ne pouvaient pas être alloués au recourant (courrier du 24 mars 2011).

Dans sa réponse du 21 décembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de

l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA).

Interjeté le 20 octobre 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

2. En l'espèce, le recourant soutient qu'il n'y a pas lieu de se référer à la décision du 29 septembre 2008 pour conclure ou non à une modification notable de son état de santé, dans la mesure où la décision précitée se révèle manifestement erronée. Selon le recourant, il se justifie dès lors de procéder à la comparaison de la situation qui prévalait au mois de septembre 2004 et celle qui a cours aujourd'hui. Le litige porte ainsi sur le point de savoir si la décision entreprise, par laquelle l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de rente du 2 mars 2010, est conforme au droit.

a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

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. 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. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

b) Selon les termes contenus dans son recours, l'assuré demande en réalité la reconsidération - plutôt que la révision - de la décision du 29 septembre 2008. Le recourant soutient en effet qu'elle est manifestement erronée, l'intimé ayant à l'époque retenu un état de santé de stationnaire entre 2004 et 2007, ce qui était impossible. L'argumentation du recourant ne tend dès lors pas à démontrer une aggravation de son état de santé depuis la décision du 29 septembre 2008, mais le caractère erroné de cette dernière.

Selon la jurisprudence toujours valable sous l'empire de l'art. 53 al. 2 LPGA (ATF 133 V 50 consid. 4.1 p. 52 et 4.2.1 p. 54), si l'administration peut en tout temps revenir sur une décision formellement passée en force sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée au fond, aux conditions posées par la jurisprudence pour la reconsidération (sur ces conditions, voir ATF 127 V 466 consid. 2c p. 468 sv. et les références), le juge des assurances sociales ne peut la contraindre à reconsidérer pareille décision (ATF 117 V 8 consid. 2a p. 12 et les références; cf. aussi ATF 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479). En outre, le juge n'est pas habilité, en l'absence d'une disposition idoine, à lui imposer les modalités d'un tel réexamen (ATF 119 V 180 consid. 3b p. 184; SVR 1995 AHV n° 71 p. 215 consid. 2a).

En l'absence d'une décision de l'intimé ayant pour objet la reconsidération de la décision du 29 septembre 2008 - sa décision du 27 septembre 2010 ne portant que sur le point de savoir si les conditions de

l'entrée en matière sur une demande de révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA étaient remplies -, il n'y a pas lieu de se prononcer sur la reconsidération demandée par le l'assuré dans le cadre de son recours. En d'autres termes, si le recourant avait conclu expressément à la reconsidération de la décision du 29 septembre 2008 (ce qui n'est pas le cas en l'espèce), son recours aurait dû être déclaré irrecevable (TF I 44/07 du 25 septembre 2007, consid. 2.2). En tout état de cause, la décision du 29 septembre 2008 ne présente pas de vice évident dont il faudrait tenir compte d'office en tout état de procédure.

c) Il y a lieu à présent d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est modifié dans le sens d'une aggravation depuis la dernière décision entrée en force, soit celle du 29 septembre 2008. L'intimé a ainsi refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'assuré n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.

A l'appui de sa demande du 22 mars 2007, le recourant a produit un rapport du 2 mars 2010 émanant des Drs W._____ et O._____ de la Consultation de V._____, lesquels, sous l'angle psychique, ont retenu une aggravation de l'état de santé, sous la forme d'une détérioration récente du tableau clinique ayant nécessité deux hospitalisations en 2009. Ils ont dès lors demandé la reconsidération de la décision de refus de rente au moyen d'une expertise, l'octroi d'une rente d'invalidité pouvant fortement contribuer à stabiliser le tableau clinique, ainsi que la situation financière de leur patient.

Il n'appert pas du rapport précité que la capacité de travail de l'intéressé se trouve affectée dans une mesure propre à influencer ses droits au sens des art. 4 LAI et 8 LPGA, ainsi que l'art. 87 al. 4 RAI le requiert pour justifier la réouverture du dossier. En effet, les Drs W._____ et O._____ se sont limités dans leur rapport à exposer leurs constatations objectives, les plaintes subjectives de leur patient et des éléments du suivi. Ils n'ont évoqué aucun diagnostic précis, ni indiqué les dates et la durée des séjours en institution psychiatrique, ni annexé les

lettres de sortie y relatives. Sur le plan de l'humeur, ils ont simplement mentionné que la symptomatologie dépressive restait présente (après les deux hospitalisations) sous la forme d'une thymie abaissée et que la symptomatologie d'allure persécutoire était caractérisée par des hallucinations visuelles (impression d'être habité par un homme noir), qui était toutefois déjà présente en 2005. Par ailleurs, ils ne sont pas prononcés quant à la capacité de travail de l'assuré. En réalité, les Drs W. _____ et O. _____ se sont plutôt référés à la situation globale de leur patient pour justifier la nécessité d'une expertise. Or, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). A défaut d'éléments objectivement vérifiables attestant de la gravité de l'atteinte psychique affectant le recourant et de son influence sur la capacité de travail, il sied de retenir que l'assuré n'a pas rendu vraisemblable une péjoration de son état de santé depuis la décision du 29 septembre 2008, ce qui aurait justifié l'entrée en matière sur une demande de révision du droit à la rente.

3. a) Au vu de ce qui précède, il convient de constater qu'il n'existe en l'espèce aucun motif justifiant de procéder à une révision du droit à la rente ou à une reconsidération de la décision du 29 septembre 2008. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la

procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devrait être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA), ni indemnité d'office, le mandataire désigné ayant renoncé à en solliciter le versement en cas de rejet du recours (courrier du 24 mars 2011).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 27 septembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas alloué de dépens, ni indemnité d'office.
- IV. Les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge de l'Etat.
- 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 mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me J.-M. Agier du Service juridique d'Intégration Handicap à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est 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 :