

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 août 2012

Présidence de Mme ROETHENBACHER
Juges : Mmes Thalmann et Pasche
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

V._____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 53 LPGA; 87 al. 2 et al. 3 RAI

E n f a i t :

A. V._____, (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1968, cuisinier de formation, a déposé le 3 décembre 2001 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel ainsi qu'à une rente. Dans sa demande, il a indiqué une dégradation de son état de santé psychique et physique due au diabète existant depuis 1997 et à la toxicomanie, existant depuis 1995.

Dans un rapport du 16 octobre 2002, la Dresse Z._____, médecin- assistante au Centre Hospitalier [...] a indiqué que l'assuré souffrait d'un diabète de type 1 sans complication connue à ce jour, diagnostiqué en 1998. Elle a indiqué que l'assuré se trouvait dans un bon état général, qu'il se prenait mieux en charge et qu'il était capable de travailler en s'assurant des plages pour effectuer ses autocontrôles et les injections d'insuline.

Par courrier du 1^{er} mai 2003, l'assuré a retiré sa demande de prestations AI indiquant se trouver en phase finale de sa thérapie pour traiter ses problèmes de toxicomanie et qu'il allait reprendre tout prochainement un travail à plein temps.

B. Après avoir travaillé entre 2003 et en 2005 pour divers employeurs comme cuisinier, puis avoir été au chômage de janvier à octobre 2006, l'assuré a déposé le 8 mai 2007 une nouvelle demande de prestations AI tendant au reclassement dans une nouvelle profession. Il a indiqué souffrir de diabète et de dépression.

Dans son rapport médical du 2 juillet 2007, le Dr P._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, un diabète insulino-dépendant depuis 1998, une toxicomanie à l'héroïne, abus d'OH, tentamen par cessation d'insuline, une personnalité émotionnellement labile type borderline, un syndrome de dépendance à l'alcool, aux opiacés

(actuellement sous méthadone) et à des substance psycho-actives. Il a expliqué que l'assuré était toxicomane à l'héroïne depuis 1993, sous méthadone depuis 2000, qu'il était actuellement pensionnaire à la fondation des [...] et sobre depuis le 15 novembre 2006. Il se recyclait dans cette fondation comme menuisier. Ce travail plaisait à l'assuré et était moins stressant. Ce médecin a expliqué qu'actuellement l'état de santé de l'assuré était stationnaire, que des mesures professionnelles étaient indiquées; en particulier, il était indiqué que l'assuré change de profession car celle de menuisier était moins stressante que celle de cuisinier. Une telle reconversion pourrait être un facteur de stabilisation et permettrait d'éviter une péjoration de son état et finalement qu'il ne se retrouve en incapacité totale d'exercer une quelconque profession. Il a encore indiqué que l'exercice de l'activité de cuisinier n'était plus exigible, mais que dans une activité adaptée moins stressante, telle que la menuiserie, la capacité de travail de l'assuré était entière et qu'il ne présenterait pas de diminution de rendement. Comme limitations fonctionnelles, le médecin a indiqué: pas d'horaire de travail irrégulier, de nuit ou le matin. Il a en outre précisé que la motivation de l'assuré pour une reconversion était bonne.

Dans un rapport médical du 20 août 2007, les Dr T._____, U._____, et Y._____, respectivement médecin adjoint, chef de clinique et médecin assistant du service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier [...], ont posé comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail un diabète de type 1 depuis 1998. Ils ont expliqué que l'assuré allait beaucoup mieux depuis sa reconversion professionnelle dans la menuiserie, que les horaires de travail plus réguliers et la possibilité de prendre trois repas par jour lui permettaient de mieux gérer la prise en charge de sa maladie. Il était dit que l'activité de cuisinier était encore exigible, mais avec une diminution de rendement, étant donné que le diabète rendait nécessaire de multiples autocontrôles et que de manière générale, cette activité rendait la gestion de sa maladie difficile. Les médecins du Centre hospitalier universitaire vaudois ont cependant expliqué que la capacité de travail dans cette activité pouvait être améliorée si l'assuré trouvait un travail avec un horaire lui permettant

de prendre des repas à des heures régulières. Ces mesures permettraient en particulier d'éviter les hypoglycémies. On pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité adaptée à 100%, soit une activité avec des horaires de travaux réguliers et la possibilité de prendre des repas et des collations.

Par avis médical du 21 janvier 2008, le Dr Q. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a indiqué ce qui suit:

"Assuré connu depuis 2001, suite à une demande de reconversion professionnelle. Il a présenté les problèmes médicaux suivants:

- Toxicomanie (héroïne et alcool) depuis l'âge de 27 ans (1995), sous substitution par méthadone depuis 2000, abstinente (alcool) depuis novembre 2006.
- Diabète de type I depuis 1998
- Personnalité émotionnellement labile de type borderline
- Status après tentamen par cessation d'insuline

La première demande de reconversion a été retirée par l'assuré en mai 2003, qui avait retrouvé du travail comme cuisinier à plein temps.

Nouvelle demande de reconversion comme menuisier déposée en mai 2007. Dans le cadre d'un stage aux [...] depuis novembre 2006, cette formation, jugée moins stressante, a été entamée.

Aussi bien le médecin traitant, le Dr P. _____, que les médecins du Service d'endocrinologie du [...], soutiennent cette reconversion au motif que la profession de menuisier est mieux adaptée que celle de cuisinier, à cause des horaires plus réguliers, permettant, selon eux, une meilleure répartition des repas, des contrôles glycémiques et des injections d'insuline.

L'évolution de cet assuré est certes réjouissante, avec cessation de l'héroïne-dépendance, de l'abstinence alcoolique et de la diminution de consommation de substances psychoactives qui est devenue épisodique.

Toutefois, je ne vois pas en quoi le métier de menuisier ou ébéniste serait mieux adapté aux problèmes que présente cet assuré que cuisinier. Tout d'abord, il faut remarquer que ni la toxicomanie, ni le diabète ne l'ont empêché d'exercer cette activité. Ensuite, il y a des postes de cuisinier dans des établissements de type EMS, cantines, hôpitaux et restaurants d'entreprises qui ont des horaires réguliers et moins de "coups de feu". Le travail en cuisine ne devrait pas rendre impossible l'administration de repas, bien au contraire... A l'inverse le travail de menuisier n'a en général pas lieu uniquement en atelier, souvent ce métier impose des travaux de pose à l'extérieur, et dans ce cas de figure je ne vois pas en quoi cette activité serait mieux adaptée en ce qui concerne le rythme de travail, la possibilité de manger et de faire les contrôles sanguins et injections (hygiène!).

L'assuré a travaillé entre mai 2003 et mai 2007 et sa capacité de travail est réputée entière.

En conclusion:

La proposition de reconversion professionnelle comme menuisier pour raison médicale n'est pas admissible, ni la toxicodépendance ni le diabète de type I ne sont incompatibles avec le travail appris de cuisinier. Je comprends que cet assuré soit en train de rompre avec son passé de toxico-dépendant, et que dans cette démarche la reconversion professionnelle ait une place importante. Il n'empêche pas que sa personnalité émotionnellement labile type borderline ne semble pas être invalidante, elle permet une activité à 100% comme menuisier, et elle n'a pas empêché cet assuré de travailler comme cuisinier.

Il n'y a pas de raison médicale qui rend inexigible le travail de cuisinier, et le choix de faire une formation de menuisier ne peut être justifié selon les critères médicaux qui sont à la base de toute reconversion prise en charge par l'AI".

Par projet de décision du 19 février 2008, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il prévoyait de nier tout droit à des prestations de l'AI, au motif que, selon l'avis du SMR, l'activité de cuisinier pouvait être considérée comme adaptée à son état de santé, que sa capacité de travail n'était pas limitée et qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

L'assuré s'est opposé au projet de décision par courrier du 16 mars 2008. Il a expliqué en substance que l'activité de cuisinier était inadaptée à son état de santé en raison du stress important dans le domaine de la restauration qu'il lui était difficile de gérer et qui rendait ses glycémies très instables. Il a par ailleurs expliqué que ses problèmes liés à la dépendance pouvaient être dangereux dans l'univers d'une cuisine. Il a rappelé être soutenu dans sa demande de reconversion par ses médecins traitants et a précisé ne pas se sentir invalide, mais avoir besoin d'aide pour pouvoir se reconvertir dans un autre métier.

Par décision du 23 avril 2008, l'OAI a nié tout droit à des prestations AI, confirmant ainsi son projet de décision. Dans un courrier daté du même jour, il a précisé que selon la jurisprudence constante, les syndromes de dépendance, tels l'alcoolisme, la dépendance aux stupéfiants ne constituaient pas en tant que tels une atteinte à la santé diminuant la capacité de gain, mais qu'ils pouvaient entrer en ligne de compte à cet

effet lorsqu'ils étaient à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale diminuant la capacité de gain ou lorsqu'ils résultaient eux-mêmes d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant un caractère de maladie. Or l'assuré ne présentait aucune atteinte invalidante, "le syndrome de dépendance étant actuellement abstinent"; seul le diabète persistait mais il était maîtrisé, sous traitement. De plus, il existait des postes de cuisinier avec des horaires réguliers, par exemple dans des établissements type EMS, cantines ou hôpitaux, permettant de prendre des repas et permettant la prise régulière de son traitement. Par ailleurs, pour l'OAI, l'assuré ne se trouvait pas en situation de menace d'invalidité au sens de l'art. 8 LAI et 1^{novies} RAI, car dans son cas, la survenance d'une éventuelle invalidité constituait certes un risque mais elle n'était pas inéluctable et les mesures de réadaptation ne devaient en principe pas revêtir un effet prophylactique. Enfin l'OAI considérait que la mesure requise visait plutôt la réadaptation sociale de l'assuré, ce qui n'était pas un objectif indépendant de l'assurance-invalidité.

L'assuré n'a pas recouru contre cette décision.

C. Le 26 janvier 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestation AI, tendant au reclassement dans une nouvelle profession. Il a indiqué souffrir d'un diabète de type I insulino-dépendant, qu'il était dépendant à l'OH, à l'héroïne et à la cocaïne, abstinent en milieu protégé, qu'il souffrait encore d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble mixte de la personnalité à trait dépendant et borderline. Il a déclaré être abstinent depuis 14 mois.

Par courrier du 17 février 2011, l'OAI lui a fait savoir qu'il considérait sa demande comme une nouvelle demande au sens des art. 17 LPGA et 87 ss RAI, en précisant qu'elle ne pouvait être examinée, selon ces dispositions, que s'il rendait plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui a dès lors imparti un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé 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.

L'assuré a dès lors produit deux rapports médicaux en date des 24 et 30 mars 2011.

Dans le rapport du 24 mars 2011 adressé au Dr P._____, spécialiste en médecine interne et psychothérapie déléguée et médecin traitant, les Dr T._____, U._____ et N._____, respectivement médecin adjoint, chef de clinique et médecin assistant du service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier [...], ont posé les diagnostics de diabète de type I sans complications, status après multiples décompensations acido-cétosiques sur non compliance médicamenteuse, dépendances multiples (héroïne, cocaïne, alcool) abstinent depuis le 7 décembre 2009, hépatite B et C. Leur rapport contient par ailleurs le passage suivant:

"En lien avec ses problématiques de dépendances multiples, Monsieur V._____ est institutionnalisé depuis le 07.12.2009 à la fondation [...]. Depuis cette date, il est complètement abstinent pour l'alcool et les dérivés morphiniques. Sur le plan global, sa situation s'est clairement nettement améliorée. Il participe actuellement aux activités de la fondation [...] avec notamment une activité dans la menuiserie. Il est actuellement en train de faire des démarches pour une reconversion professionnelle par l'intermédiaire de l'AI. Nous ne pouvons que fortement soutenir cette démarche, dans le sens où une activité de type menuiserie est généralement associée à des horaires et un rythme réguliers, un stress professionnel diminué et l'absence d'alimentation à portée de main. En lien avec son diabète, une activité professionnelle régulière permet de mieux structurer le traitement par insuline. Dans le cadre de son ancienne activité de cuisinier, nous objectivons un important désordre glycémique en lien avec des grignotages répétés dans le cadre de sa pratique professionnelle, sans correction insulinique provoquant un important désordre glycémique. L'activité de cuisinier était également associée à des périodes de stress dans les heures de pointe pour la distribution des repas et elle était également associée à des horaires irréguliers, ces deux éléments participants également au désordre glycémique.

Sur le plan diabétologique, durant cette année de suivi, nous objectivons une amélioration de l'équilibre glycémique moyen comme en témoigne son HbA1c actuellement régulièrement entre 8 et 9 alors que précédemment elle était régulièrement aux alentours de 10. Nous avons surtout aussi l'impression que l'HbA1c est moins instable avec nettement moins d'épisodes d'hypoglycémie. Monsieur V._____

reconnaît très bien que certaines de ses hypoglycémies sont en lien avec une alimentation pas toujours optimale avec aussi quelques grignotages sans correction en lien entre autres avec des troubles du sommeil récurrents. Il est également au courant que pour mieux stabiliser son diabète, et arriver dans des valeurs d'HbA1c aux alentours de 7, son régime de vie et son régime alimentaire devraient être encore plus réguliers. Toutefois en lien avec son mode de vie et sa personnalité, cette régularité lui semble pour l'instant difficile à obtenir. C'est toutefois dans cette voie qu'il cherche à se diriger et son changement d'activité professionnelle est un des éléments qui permettrait de tendre vers cet objectif.

[...] nous avons effectué en date du 22 mars 2011 une vaste prise de sang avec formule sanguine complète, fonction rénale avec électrolytes (Na, K, calcium, chlore, magnésium), bilan ferrique, tests hépatiques, HbA1c et glycémie, syndrome inflammatoire, vitamine B12 et folate. Tous ces examens se sont révélés globalement dans les normes hormis une HbA1c à 9.2%".

Dans son rapport du 30 mars 2011, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué que l'assuré avait débuté un suivi psychiatrique depuis le 14 octobre 2010 et bénéficiait d'un traitement intégré comprenant des entretiens psychothérapeutiques hebdomadaires avec une psychologue, des entretiens médicaux et la prescription d'un traitement psychotrope (méthadone notamment). Ce médecin a posé les diagnostics suivants avec effet sur sa capacité de travail dans l'activité de cuisinier: épisode dépressif moyen, utilisation d'alcool, utilisation continue de tabac, trouble mixte de la personnalité comprenant des traits appartenant à la personnalité dyssociale et la personnalité émotionnellement labile, diabète insulino-dépendant. Le médecin a expliqué que l'assuré répondait bien au traitement psychiatrique, la symptomatologie dépressive s'étant améliorée, excepté les insomnies. Depuis la dernière demande de prestations AI, l'assuré avait fait un premier séjour à la fondation des [...] entre 2007 et 2008 d'où il était sorti en état d'abstinence; puis il avait continué à travailler comme cuisinier dans différents emplois temporaires, mais six mois après sa sortie, il avait fait une rechute, puis avait fait un nouveau séjour à la fondation des [...] dès décembre 2009. Il continuait actuellement d'y habiter dans un studio résidentiel. Le médecin a par ailleurs expliqué que l'assuré avait dû arrêter un stage de cuisinier en raison de débordements émotionnels et de sa faible résistance à la frustration, le rythme étant trop intense, ainsi qu'en raison de difficultés relationnelles avec son chef.

Depuis l'automne 2010, l'assuré effectuait un stage occupationnel de menuiserie à 80% au sein de la fondation. Selon le Dr F._____, l'activité de menuisier présentait moins de stress ponctuel, le rythme de travail étant plus régulier et permettait à son patient de mieux gérer ses émotions et surtout de ne pas devoir se soumettre de façon "inconditionnée" aux ordres d'un chef comme cela se faisait dans l'activité de cuisinier. Pour ce médecin, un tel changement de profession (dans une activité adaptée, soit avec un stress réduit, un rythme régulier de travail, ainsi qu'un chef compréhensif par rapport à sa faible tolérance à la frustration) pourrait éviter à l'assuré de se retrouver en incapacité totale de travailler, d'avoir de nouvelles rechutes dans la consommation de drogue pour calmer le trop plein d'émotions et/ou des décompensations sous stress de son diabète.

Par avis médical du 28 juin 2011, le Dr G._____ du SMR a jugé qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux s'agissant de l'état de santé de l'assuré par rapport à la situation prévalant en 2007. Sur le plan psychiatrique, l'évolution était, selon ce médecin, plutôt favorable puisque l'assuré n'avait pas bu d'alcool depuis deux ans. Il notait que sur le plan diabétologique, la variation HbA1c était discrète, au vu de l'absence de stress dans un milieu protégé et une meilleure hygiène alimentaire. Ainsi d'un point de vue médical, le travail de cuisinier, exercé en milieu plus prévisible (EMS, écoles, cantines d'entreprise) était toujours exigible.

Par projet de décision du 4 juillet 2011, l'OAI a prononcé un refus d'entrée en matière, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que "les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision".

Par courrier du 31 août 2011, l'assuré s'est opposé au projet de décision faisant valoir que son activité de cuisinier était nocive pour sa santé tant physique que psychique, en raison du stress qu'elle impliquait.

Il a réitéré sa demande de reconversion professionnelle dans le métier de menuisier, expliquant qu'il voulait éviter de devoir solliciter une rente AI dans quelques années, ce qui finirait par arriver s'il continuait à exercer son ancien métier.

Par décision du 14 septembre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision, refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de reconversion professionnelle.

D. Par acte du 13 octobre 2011, V. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 14 septembre 2011. Il conclut en substance à ce que l'OAI entre en matière sur sa dernière demande de reclassement professionnel. Il a invoqué que son état de santé s'était bel et bien détérioré puisqu'il avait fait une rechute postérieurement à la décision de l'OAI du 23 avril 2008, rechute qui était attestée par le Dr F. _____. Il a encore invoqué se trouver en incapacité totale de travailler dans son ancienne activité en raison du rythme de travail avec des pointes de stress importantes, la hiérarchie en cuisine, la proximité de l'alcool, éléments incompatibles avec ses problèmes psychiatriques et la gestion de son diabète.

Dans sa réponse du 21 décembre 2011, l'OAI a maintenu sa position. Invité à se déterminer dans un délai fixé au 31 janvier 2012, le recourant n'a pas procédé.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et il respecte les autres conditions de forme (cf. notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était fondé à rendre une décision de refus d'entrée en matière sur la nouvelle demande de reclassement professionnel déposée par le recourant en date du 26 janvier 2011. Le recourant prend appui en particulier sur l'avis médical du Dr F._____, qui justifie selon lui d'entrer en matière sur la demande. Pour le recourant, cet avis médical constitue une preuve suffisante de la détérioration de son état de santé.

3. a) En vertu de l'art. 87 al. 2 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 ou l'étendue du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsque la rente - ou, par analogie la mesure de réadaptation (TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2) - a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 2 RAI sont remplies (art. 87 al. 3 RAI). Ces conditions d'entrées en matière ont but de permettre à l'administration, qui a déjà 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. 5.3.1; ATF 130

V 64, consid. 5.2.3; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations, par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198, consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2).

b) Selon la jurisprudence fédérale, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents doivent être constatés d'office par l'autorité ne s'applique pas en cas de demande de révision (87 al. 2 RAI) ou de nouvelle demande (87 al. 3 RAI). Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales – dans laquelle l'assuré supporte le fardeau de la preuve des faits déterminants permettant l'entrée en matière sur la demande – 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). 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 preuves, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande au cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. 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 rendu sa décision de non entrée en matière (ATF 130 V 64, consid. 5.2.5). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, le pouvoir d'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées devant l'Office AI justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/05 du 8 janvier 2007, consid. 4.1).

c) Les règles exposées ci-dessus relatives à la procédure de nouvelle demande de prestation, ne s'appliquent qu'à des demandes portant sur un objet identique; lorsque l'assuré fait une demande qui porte

sur une prestation différente -et donc un cas d'assurance différent - de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner la nouvelle demande de manière étendue sous l'angle des faits et du droit (TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 2.2), c'est-à-dire selon le principe de la maxime inquisitoire.

4. En l'espèce, la nouvelle demande déposée par le recourant en date du 26 janvier 2011 porte sur la même prestation que celle qui a fait l'objet de la précédente décision de refus du 23 avril 2008, à savoir une mesure de reclassement professionnel dans l'activité de menuisier. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du 26 janvier 2011 a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le refus du 23 avril 2008.

a) Concernant son état de santé au plan physique, le recourant a produit, dans le cadre de sa nouvelle demande, le rapport médical du Dr P. _____ du 24 mars 2011, dans lequel ce médecin explique que le diabète de type I que présente le recourant est relativement bien stabilisé, puisqu'il observe une amélioration de l'équilibre glycémique. Il explique que, dans le cadre de l'activité de cuisinier, le désordre glycémique est plus important et causé en partie par les périodes de stress dues aux heures de pointe et aux horaires irréguliers, ainsi qu'aux grignotages répétés du recourant dans le cadre de cette activité. Cependant, selon ce médecin, le désordre glycémique est aussi dû, à tout le moins en partie, au mode de vie du recourant et à son alimentation pas toujours optimale.

Ces éléments ne sont pas de nature à rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant ou une diminution de sa capacité de travail dans son activité de cuisinier. En effet, dans le cadre de la dernière demande de prestation, le diabète de type I du recourant était déjà connu et avait été pris en compte par l'OAI pour l'évaluation de sa capacité de travail. A cet égard, le recourant invoquait déjà que le métier de cuisinier était incompatible avec cette atteinte à la santé, en raison du

stress et des horaires de travail irréguliers qui rendaient difficile la gestion de sa maladie. Quant à l'OAI, il avait retenu que le diabète n'avait pas d'influence sur la capacité de travail du recourant, et que l'exercice du métier de cuisinier restait exigible à plein temps s'il était effectué dans le cadre d'un poste avec des horaires de travail plus réguliers et moins stressants, comme par exemple dans des établissements de type EMS, cantines, hôpitaux et restaurants d'entreprises. Ainsi, force est de constater que dans sa nouvelle demande, le recourant se borne à répéter les mêmes arguments que ceux développés lors de sa précédente demande, sans apporter d'éléments nouveaux qui permettraient de rendre plausible que, désormais, son état de santé physique n'est plus compatible avec le métier de cuisinier.

Concernant le fait que l'activité de cuisinier semble favoriser le grignotage et ainsi participer dans une certaine mesure au désordre glycémique du recourant - quoique ce désordre soit, selon l'avis du Dr P._____, également lié au mode de vie du recourant en dehors de son activité professionnelle -, cet argument n'est pas recevable en l'espèce. En effet, il ne concerne pas une aggravation de l'état de santé, mais il s'agit, selon toute vraisemblance, d'un élément qui existait déjà lors de la précédente demande de refus de reclassement, contre laquelle le recourant n'a au demeurant pas recouru.

b) Au plan psychique, si les diagnostics posés par le Dr F._____ dans son rapport du 30 mars 2011 ont évolué par rapport à la situation qui prévalait au moment de la dernière demande, en ce sens que ce médecin atteste de la présence d'un épisode dépressif moyen, ainsi que d'un trouble mixte de la personnalité comprenant des traits appartenant à la personnalité dyssoziale et la personnalité émotionnellement labile (alors que dans le cadre de la première demande seul le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile avait été retenu), le recourant ne rend pas plausible que ces atteintes seraient de nature à rendre inexigible l'activité de cuisinier. En effet, le Dr F._____ recommande, compte tenu de ces éléments nouveaux, l'exercice d'une activité présentant peu de stress ponctuel, avec un

rythme de travail régulier qui permettrait à l'assuré de mieux gérer ses émotions, recommandation qui ne diffère pas fondamentalement de ce qui avait été préconisé lors de la dernière demande de reconversion professionnelle. Or, aujourd'hui comme lors de la dernière demande, un poste présentant de telles caractéristiques peut être trouvé dans le métier de cuisinier, de sorte qu'on ne peut admettre que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé psychique qui serait de nature à influencer le droit à une mesure de reclassement professionnel.

Enfin, il faut encore signaler que la "rechute" à laquelle le recourant fait référence dans son acte de recours - n'est pas non plus un élément qui justifie l'entrée en matière sur la nouvelle demande. En effet, selon la jurisprudence, les syndromes de dépendance, tels l'alcoolisme et la dépendance aux stupéfiants - ainsi que leurs rechutes - ne constituent pas en tant que tels des atteintes à la santé diminuant la capacité de gain, mais peuvent entrer en ligne de compte à cet effet s'ils sont à l'origine d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique ou lorsqu'ils résultent d'une telle maladie (ATF 124 V 265, consid. 3c; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2). Or, il résulte de ce qui précède que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé physique ou psychique qui serait de nature à influencer ses droits, de sorte que ses problèmes de dépendances n'ont pas à être pris en compte en tant que tels pour déterminer son droit à une reconversion professionnelle.

c) Il résulte de ce qui précède que le recourant n'a pas établi de façon plausible, dans le cadre de sa nouvelle demande du 26 janvier 2011, une aggravation de son état de santé physique ou psychique qui serait de nature à influencer le droit à une mesure de reclassement professionnel. La décision de refus d'entrée en matière rendue par l'OAI est donc bien fondée, de sorte que le recours doit être rejeté.

5. 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 se situant entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'y a toutefois pas lieu en l'espèce de percevoir des frais judiciaires (art. 50 LPA-VD). Il n'y a pas lieu non plus à l'allocation de dépens.

b) Le recourant a obtenu au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que du paiement de toute franchise mensuelle. Etant donné qu'il est renoncé à percevoir des frais de justice, aucun frais ne sera mis à la charge du canton.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 14 septembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- V. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :