

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 avril 2014

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Merz et Mme Dessaux
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

D. _____, à Delémont, recourant, représenté par Me Pierre Boillat, avocat à Delémont,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1963, a déposé une première demande de prestations AI le 10 février 1998 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Lucerne, demandant l'octroi de mesures professionnelles. A la suite de ses déménagements dans les canton du Jura et de Vaud successivement, le dossier a été transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI, l'Office AI ou l'intimé).

Par décision du 27 septembre 2001, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. Le 23 décembre 2004, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles. S'agissant du genre des atteintes à la santé, il indiquait souffrir d'arthrite juvénile, d'asthme, d'apnées du sommeil, d'une hépatite B et C et de problèmes de mémoire et de concentration.

Selon les documents recueillis au dossier, l'assuré avait travaillé en tant que traducteur pour le compte de la société H. _____ SA à [...], jusqu'au 31 décembre 2001. Il a ensuite été employé en tant qu'assistant bilingue (au service marketing) par l'entreprise L. _____ SA à [...], du 26 avril 2002 au 22 octobre 2002.

Dans un rapport médical du 7 mars 2005, le Dr C. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a posé les diagnostics invalidants de status post mise en place de prothèse totale de hanche (PTH) des deux côtés, de syndrome lombo-vertébral chronique avec dysbalance musculaire et troubles statiques (hyperlordose), d'instabilité segmentaire et rétrolisthésis L4/L3, de syndrome d'apnées du sommeil et d'obésité. L'ancienne toxicomanie alors stabilisée (cure de méthadone) ainsi qu'un probable état dépressif étaient quant à eux, sans répercussion sur la capacité de travail. Ce médecin réservait son pronostic

en indiquant que son patient avait beaucoup de peine à envisager un traitement efficace pour son obésité et que les lombalgies étaient chronicisées. Le Dr C._____ était d'avis que l'intéressé bénéficiait d'une capacité de travail à 50 % dans la profession habituelle de traducteur, sans que l'exercice d'une autre activité ne soit exigible de sa part.

En annexe à son rapport, le Dr C._____ produisait deux avis médicaux établis à la suite d'un séjour de l'assuré à la Clinique rhumatologique de [...], du 16 décembre 2004 au 6 janvier 2005. Ainsi dans un rapport du 3 janvier 2005, M. W._____, psychologue FSP, observait des problèmes psychosociaux affectant l'assuré (perte de son emploi, rupture sentimentale et dépendance aux opiacés), une obésité, un syndrome d'apnées du sommeil et des signes de dysthymie, justifiant, selon lui, la mise en œuvre d'un traitement psychothérapeutique à moyen terme. Dans un rapport médical du 31 janvier 2005, les Drs K._____, médecin chef, et T._____, médecin assistant, recommandaient une perte de poids conséquente ainsi que la pratique intensive des exercices enseignés pour permettre à l'assuré de renforcer sa musculature. Ils préconisaient par ailleurs un examen des poumons en vue d'un traitement adéquat et une optimisation de la thérapie CPAP relative au syndrome d'apnées du sommeil. Ces médecins estimaient qu'une fois les problèmes d'apnées du sommeil résolus, l'assuré devait être apte au travail à 100 % dans son ancienne activité de traducteur.

Au terme d'un rapport médical du 2 juillet 2004 adressé au Dr C._____ -produit au dossier de l'OAI et à la demande de celui-ci uniquement en date du 12 décembre 2005 -, le Dr G._____, spécialiste en neurologie, constatait que le syndrome des apnées obstructif du sommeil (SAOS) affectant l'assuré présentait une nette aggravation à la suite d'une importante prise de poids, probablement aggravé par la prise de Stilnox® et éventuellement de méthadone. Seul un traitement idoine du SAOS était susceptible d'améliorer la qualité du sommeil et l'hypersomnolence diurne.

Dans un avis médical du 4 janvier 2006, le Dr X._____, spécialiste en médecine générale, du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, a résumé comme il suit les problèmes de santé affectant l'assuré:

- "• Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (ancien) entraînant une somnolence diurne excessive.
- Syndrome lombovertébral chronique (ancien).
- PCR positive pour hépatite C, sans traitement.
- Cure de méthadone depuis plus de 4 ans, actuellement 26 mg/j.
- Cocaïne occasionnelle.
- Claudication intermittente des membres inférieurs non explorée.
- « Etat dépressif ? ».
- Tabagisme.
- Obésité BMI 36 kg/m²."

Le médecin du SMR concluait que l'atteinte à la santé était ancienne, que le traitement optimal raisonnablement exigible n'était pas suivi par l'intéressé et qu'aucun document médical n'apportait la preuve de l'incapacité de travail durable de 50 % évaluée par le Dr C._____ pour des motifs médicaux relevant de l'AI.

L'OAI a rendu, le 11 avril 2006, une décision lui refusant le droit aux prestations.

Par opposition du 8 mai 2006, l'assuré a fait état d'une nette aggravation de son état de santé apparue au cours des derniers mois. Le 6 juin suivant, l'intéressé a notamment produit un certificat médical établi le 30 mai 2006 par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, attestant qu'une opération pour le changement de prothèse des deux hanches devait être effectuée en début 2007. Le 16 août 2006, l'assuré a également produit un rapport de polygraphie respiratoire nocturne du 1^{er} juin 2006 du Dr J._____, spécialiste en pneumologie, qui confirmait l'existence d'un syndrome d'apnées du sommeil obstructif, de sévérité moyenne et superposable aux enregistrements précédents. Ce spécialiste

suggérait un traitement par CPAP nasal, appareil que le patient possédait déjà mais qu'il n'utilisait pas.

A la suite d'une nouvelle aggravation de l'état de santé de l'assuré (gonflement des mains ainsi que scoliose de la nuque et du dos) alléguée par celui-ci, dans un rapport médical du 17 août 2007 demandé par l'Office AI, le Dr C._____ a posé les diagnostics suivants:

"[Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:]
Status post pose d'une PTH ddc. [des deux côtés].
Suspicion de descellement des prothèses.
Lombalgies invalidantes sur troubles statiques liés au problème de hanches.
Polyarthrite rhumatoïde juvénile.
Syndrome d'apnée du sommeil, insuffisamment amélioré par l'utilisation d'un appareil CPAP.
Syndrome du canal carpien bilatéral.
[Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:]
Status post traitement (Interferon, Ribavirine) pour hépatite C chronique.
Substitution avec méthadone.
Situation stable sans récidive."

Le Dr C._____ était d'avis que l'assuré présentait une incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} janvier 2006. Indiquant que son patient se trouvait alors à l'aide sociale, ce médecin estimait que les points importants étaient liés au syndrome d'apnées du sommeil mais aussi probablement à un état dépressif (étant précisé qu'il était alors difficile de "faire la part des choses" s'agissant de cette dernière affection).

Par décision sur opposition du 11 janvier 2008, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé son refus du droit aux prestations signifié le 11 avril 2006, estimant qu'aucune pièce médicale au dossier ne permettait de considérer l'intéressé inapte à travailler dans son activité habituelle de traducteur.

A la suite du recours déposé le 7 février 2008 par l'assuré contre cette dernière décision, le Tribunal des assurances, par jugement du 4 novembre 2008 (TASS AI 83/08 - 385/2008), a rejeté ledit recours et

confirmé la décision attaquée. Le tribunal a considéré en substance que s'agissant des douleurs aux hanches ainsi qu'au bas du dos, la situation actuelle, stationnaire permettait l'exercice d'une activité sédentaire. S'agissant du problème d'apnées du sommeil, l'appareillage CPAP nasal dont l'utilisation était recommandée n'était pas utilisé par l'assuré. L'hépatite B et C diagnostiquée depuis plus de vingt ans était stable sans nécessiter de traitement. Quant aux problèmes psychiques allégués, l'état dépressif qualifié de « probable » par le Dr C. _____ semblait fortement influé par une suite d'événements vécus réactionnels à un sentiment général d'insatisfaction, sans pour autant avoir de répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé, et sans qu'aucune investigation médicale complémentaire (spécialement une expertise pluridisciplinaire) n'apparaisse devoir être mise en œuvre. Par surabondance de motifs, le tribunal relevait que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il suive un traitement de son obésité et un traitement adéquat de son apnée du sommeil. En conclusion, l'assuré ne justifiait d'aucune atteinte à la santé susceptible d'entraver sa capacité de travail dans son ancienne activité de traducteur comme dans toute autre profession sédentaire.

Par arrêt du 24 août 2009 (TF 9C_1/2009), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre ce jugement.

C. Le 12 décembre 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Il mentionnait une forte aggravation de son état de santé sur le plan psychique notamment en raison d'un état dépressif, ainsi que d'un probable trouble de la personnalité alors en cours d'investigation.

Du dossier transmis à l'OAI le 27 septembre 2011 par M. _____ Assurance-maladie SA (assureur perte de gain), il ressortait notamment les pièces ou documents médicaux suivants:

- Un rapport médical du 11 août 2011 adressé au médecin-conseil de M. _____ Assurance-maladie SA par les Drs P. _____, chef de clinique

adjoint, et, F._____, médecin assistante, de l'Hôpital de [...], à la teneur suivante:

"Pour répondre à votre courrier du 12 juillet dernier, nous pouvons vous informer que le patient susnommé a été hospitalisé dans notre établissement du **23 février 2011 au 07 mars 2011 inclus**, date de son retour à domicile et a donc présenté une incapacité de travail de 100 % durant cette période.

Il a été hospitalisé, en mode volontaire, pour une mise à l'abri de consommation de substances multiples, avec un sevrage qui s'est déroulé sans complication durant son séjour hospitalier.

Diagnostics retenus:

- Syndrome de dépendance aux substances multiples (F 19.2).
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.10).

Ce patient n'a plus de suivi ambulatoire depuis mai 2007 par nos soins.

Si vous souhaitez de plus amples informations quant à son état de santé actuel, vous voudrez bien vous adresser à son médecin traitant le Dr C._____ à [...]."

- Un certificat médical du 28 août 2011 complété par le Dr C._____ qui retenait une incapacité de travail de l'assuré à 100 % depuis le 15 février 2011 et réservait son pronostic en précisant qu'une augmentation des troubles rendait le travail impossible, son patient étant suivi par la Fondation B._____ au [...]. Le médecin traitant précisait néanmoins que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle antérieure ou à une amélioration de la capacité de travail à la fin 2011, voire au début 2012.

Le 9 décembre 2011, le secrétariat de la Fondation B._____ a transmis à l'Office AI, une liasse de pièces médicales à l'appui de la demande de prestations déposée par l'assuré. Il en ressortait en particulier les documents suivants:

- Un certificat médical établi le 14 février 2011 par le Dr C._____ qui attestait une incapacité de travail de son patient depuis le 15 février 2011, et dont la durée probable était alors à réévaluer.

- Un certificat médical du 26 août 2011 de la Dresse Q._____, spécialiste en médecine générale, qui attestait une incapacité de travail de l'assuré à 100 % dès le 23 juin 2011, situation à réévaluer à raison d'une fois par mois.

Sur demande de l'OAI, l'assuré a produit, le 2 février 2012, les deux documents suivants (en précisant par ailleurs que des résultats d'analyses psychiatriques alors en cours, seraient transmis une fois en sa possession):

- Un certificat médical du 16 janvier 2012 de la Dresse Q._____, qui y posait les diagnostics suivants:

- "- Etat dépressif récurrent d'intensité moyenne en cours d'évaluation (Dr S._____ [spécialiste en psychiatrie et psychothérapie]) possible trouble bipolaire.
- Trouble de marche et coxodynie secondaire importante sur un status post mise en place de deux prothèses totales de hanches en 1981 pour arthrite rhumatoïde juvénile.
- Syndrome d'apnées du sommeil appareillé par CPAP.
- Status post traitement pour hépatite C.
- Dépendance aux opiacés, actuellement substituée par de la Méthadone, actuellement sans consommation, en institution."

La Dresse Q._____ indiquait que l'assuré souffrait d'un état dépressif récurrent entraînant un isolement social ainsi que d'un trouble de l'alimentation, de l'anxiété et des manifestations de dyspnée aiguë et de douleurs, de sorte que son activité habituelle de traducteur à 50 % avait dû être progressivement interrompue. Elle estimait que des observations faites, l'intéressé était totalement inapte à l'exercice d'une activité professionnelle compte tenu de ses problèmes psychologiques et physiques. De l'avis de ce médecin, la récurrence d'état dépressif marquée avait perturbé la continuation du travail de l'assuré, un trouble bipolaire étant en cours d'évaluation. La Dresse Q._____ indiquait pour terminer qu'après un passage en hôpital psychiatrique, l'assuré avait intégré la Fondation B._____ pour un traitement à long terme de sa dépendance aux opiacés ainsi qu'une prise en charge psychothérapeutique auprès du Dr S._____.

- Une attestation établie le 25 janvier 2012 par la responsable rédaction, traductions et design de l'A. _____ à [...], à la teneur suivante:

"Ayant été la supérieure directe de Monsieur D. _____ qui travaillait à mi-temps comme traducteur au quartier Général de l'A. _____ à [...], je vous informe des faits suivants.

Monsieur D. _____ n'a craint aucun effort afin de parvenir à bien faire son travail. Même lorsqu'il était très faible et fatigué (il tenait à peine sur ses jambes et s'endormait pendant les pauses café), il s'est efforcé de travailler. Malgré ces gros efforts, ses absences sont devenues de plus en plus nombreuses - des absences qu'il a essayé de rattraper en venant travailler les week-ends. Dans les dernières semaines 2010 j'ai constaté une aggravation de son état général qui n'est pas restée sans conséquences sur la qualité (habituellement excellente) de son travail. Monsieur D. _____ ne parvenait plus à détecter ses propres fautes.

J'ai beaucoup regretté le fait que nous ayons dû nous séparer de Monsieur D. _____."

Dans un avis du 14 février 2012, le Dr X. _____, du SMR, a notamment résumé en ces termes, l'évolution de la situation médicale de l'assuré depuis sa précédente demande de prestations AI:

"[...]

Le fait nouveau serait donc une dépendance à la cocaïne pour laquelle l'assuré suit volontairement une cure de désintoxication.

Chez cet assuré, la dépendance est un comportement déviant soumis à un apprentissage et conditionné essentiellement par le milieu. Il n'existe pas de comorbidités psychiatriques préexistantes d'une ampleur telle qu'elle justifierait à elle seule une invalidité. L'assuré a été inséré durablement dans le monde de l'économie après avoir suivi une scolarité normale et obtenu une qualification reconnue de traducteur. Le processus qui a conduit à la dépendance doit donc être considéré comme un processus d'adaptation qui n'est pas de nature pathologique. Les pratiques toxiques de l'assuré qui étaient connues lors de l'instruction initiale, le SMR retenant déjà en 2006 comme problème une cure de méthadone depuis plus de 4 ans, sont donc primaires au sens de la LAI.

Notre position est donc inchangée, dans l'état actuel du dossier il n'y a pas de raisons médicales d'entrer en matière."

Le 15 février 2012, le Dr S. _____ a établi une attestation médicale à teneur de laquelle, ce psychiatre indiquait suivre régulièrement l'assuré à son cabinet depuis le 16 novembre 2011 en collaboration avec la Fondation B. _____ et que son patient continuerait sa prise en charge

intégrée auprès du Dr R._____, psychiatre et psychothérapeute FMH dès le 19 mars 2012, le Dr S._____ partant quant à lui à la retraite.

Dans un avis du 29 mars 2012, le Dr X._____ a retenu que l'attestation fournie par le Dr S._____ n'était pas de nature à modifier la position du SMR, laquelle avait au demeurant été confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 4 novembre 2008, et selon arrêt du Tribunal fédéral rendu le 24 août 2009.

Par projet de décision du 2 avril 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, estimant que ce dernier n'avait pas rendu vraisemblable une modification de son état de santé (aggravation) depuis la dernière décision.

A l'appui de ses observations du 27 avril 2012 sur le projet précité, l'assuré a produit les documents suivants relatifs à ses problèmes de santé:

- Un rapport de scintigraphie osseuse trois phases du 17 février 2012 du Dr [...], spécialiste en radiologie, de la Clinique de???._____ à [...], dont les conclusions étaient les suivantes:

"CONCLUSION

Les corticales fémorales proximales en regard des tiges prothétiques captent le traceur de façon importante, mais principalement à gauche, de même que les versants cotyloïdiens des prothèses. Hypercaptation dans les calcifications métaplasiques périarticulaires. L'image scintigraphique est en faveur d'un descellement ou tout au moins d'une instabilité de la PTH gauche."

- Un rapport médical du 18 avril 2012 de la Professeur N._____, cheffe de service et Z._____, psychologue stagiaire, du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV, établi à la suite d'un examen neuropsychologique du 16 avril 2012, et dont il ressortait en particulier ce qui suit:

"Nous vous remercions de nous avoir adressé ce patient de 48 ans, droitier, bilingue français-allemand, ayant effectué le gymnase puis la maturité avant d'obtenir un diplôme de traducteur/interprète dans

une école de Zurich (3,5 ans). Il a ensuite travaillé en tant que traducteur chez [...] pendant 6 ans, à un rythme intensif, jusqu'à un épisode de burn out. Après avoir suivi une thérapie pendant 9 mois, il a travaillé successivement pour plusieurs entreprises toujours dans le domaine de la traduction. En novembre 2010, suite à un malaise prolongé (3 jours) pour lequel les médecins auraient conclu à une crise d'asthme (selon les dires du patient), il diminue son taux de travail à 50 %. Le patient rapporte par la suite un état de repli sur lui-même qui dure un mois et pendant lequel il ne sort pas et ne mange pas. Il fait alors un séjour d'une dizaine de jours en psychiatrie à [...] puis est orienté vers la Fondation B._____. Il ne s'y rend pas et survient alors, toujours selon le patient, un nouvel épisode de repli sur soi (1 mois). Il décide alors de se rendre à la Fondation B._____ (23.06.2011) où il a résidé jusqu'au 23.02.2012. Depuis son retour chez lui, il a déménagé il y a deux semaines à Delémont où il vit seul et est autonome. Il n'a pas d'enfant, ne travaille pas et son permis de conduire lui a été retiré.
[...]

Conclusions : ce bilan, effectué chez un patient de 48 ans, orienté, collaborant et adéquat, manifestant des signes de fatigabilité, un discret ralentissement et des fluctuations attentionnelles, met en évidence, au premier plan, un déficit modéré en mémoire à court terme verbale, des difficultés en mémoire de travail, un accès lexical modérément déficitaire, un fléchissement attentionnel (fluctuations significatives) associé à un léger ralentissement psychomoteur, ainsi que des signes significatifs de la lignée dépressive. Par ailleurs, le reste des fonctions examinées (écriture, calcul, praxies, mémoire épisodique verbale et non verbale, fonctions exécutives) est globalement préservé.

D'un point de vue strictement neuropsychologique, les ressources paraissent compatibles avec la reprise d'une activité occupationnelle à temps partiel. Par ailleurs, il serait souhaitable que les signes de la lignée dépressive fassent l'objet d'une prise en charge.

DC [diagnostics] : Déficit modéré en mémoire à court terme verbale, accès lexical modérément déficitaire, fluctuations attentionnelles, léger ralentissement psychomoteur et signes significatifs de la lignée dépressive. Ancienne dépendance aux opiacés (consommation actuelle de cocaïne environ 1x/mois, selon le patient); abstinence OH; hépatite C ancienne."

Au terme d'un nouvel avis du 8 mai 2012, le Dr X._____ s'est prononcé comme il suit, à l'aune des nouveaux éléments médicaux au dossier:

"Dans son courrier du 27 avril 2012 l'assuré nous transmet:

Un rapport de radiologie du 17.02.2012 « scintigraphie osseuse 3 phases » qui va dans le sens du descellement de la prothèse de hanche gauche ce qui correspond à un des problèmes de santé pris en compte par le tribunal dans son jugement de 2008 (page 14).

Un rapport d'examen neuropsychologique daté du 18.04.2012 qui ne démontre aucune aggravation de l'état de santé psychique depuis la décision du tribunal de 2008 et l'expertise psychiatrique de 2004-2005 pièce GED 68.

La copie du rapport de neuropsychologie du 16 avril 2012 confirme une consommation d'alcool aux réunions de famille et de cocaïne occasionnelle et, ce, d'après l'assuré. C'est donc dans ce contexte de persistance des manies toxiques de l'assuré, qui ne sont pas de nature à améliorer ses performances neuropsychologiques, qu'a été réalisé le bilan du 16 avril 2012. Les troubles de la concentration et la somnolence diurne relevés dans ce bilan et dans le jugement de 2008 existent de longue date. Aucune aggravation depuis l'expertise psychiatrique de 2005 et/ou le jugement de novembre 2008 n'est démontrée.

Quant aux descellements des prothèses de hanche, ils sont clairement pris en compte par le tribunal en page 14 du jugement de 2008. Si l'imagerie est nouvelle, le problème de descellement des prothèses ne l'est point.

Nous maintenons notre position."

Par décision du 5 juin 2012, l'Office AI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, d'avis que les éléments médicaux produits n'attestent aucun fait nouveau, constituant uniquement en une appréciation différente d'une situation similaire à l'appréciation de son service médical (SMR).

D. Par acte du 5 juillet 2012, D._____, représenté par Me Pierre Boillat, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée. Il conclut avec suite de dépens, principalement, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité et subsidiairement, à l'annulation de dite décision avec renvoi du dossier de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Le recourant soutient que sur la base des différents avis exprimés par les médecins, l'aggravation de son état de santé est avérée, de sorte que sa situation n'est pas comparable à celle datant du jugement du Tribunal des assurances du 4 novembre 2008 ainsi que de l'arrêt du Tribunal fédéral du 24 août 2009. Sur le plan somatique, le remplacement des deux prothèses de hanches est aujourd'hui vivement recommandé (alors qu'une intervention immédiate n'était pas de mise à l'époque). D'autre part, sur le plan psychique, le recourant observe que le jugement du Tribunal cantonal précité mentionnait un état dépressif probable sans

qu'il n'existe de « trouble du comportement ou de la personnalité particulier » alors qu'actuellement, il existe une profonde dépression ainsi qu'un trouble bipolaire avéré. Or, ces affections constituent des troubles du comportement et de la personnalité, lesquels n'ont plus rien à voir avec la rupture sentimentale, la perte d'emploi, d'appartement et de voiture vécues en son temps par l'assuré. En annexe à son mémoire, le recourant a notamment produit les nouveaux documents / pièces suivant(e)s :

- Une « déclaration » établie le 2 juillet 2012 par les parents de D._____, selon lesquels leur fils ne serait plus en mesure d'assumer une activité professionnelle et de faire face à ses charges domestiques.
- Un rapport médical du 2 juillet 2012 du Dr T.T_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suit le recourant depuis avril 2012.
- Un rapport médical du 3 juillet 2012 du Dr G.G._____, spécialiste en médecine générale, et nouveau médecin traitant de l'assuré, selon lequel la capacité de travail de celui-ci était nulle.

Par décision du 29 août 2012 du Juge instructeur, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 juillet 2012, Me Pierre Boillat étant désigné en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 27 septembre 2012, l'OAI conclut au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée. Il observe que les rapports médicaux produits pour la première fois à l'occasion du recours ne peuvent être pris en compte, étant posé que seule la situation selon l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué est déterminante. L'intimé se rallie à l'analyse de la situation médicale telle que ressortant des avis médicaux SMR des 14 février, 29 mars et 8 mai 2012.

Par réplique du 16 octobre 2012, le recourant confirme maintenir l'intégralité des conclusions de son mémoire du 5 juillet 2012. Il relève qu'avant de rendre la décision litigieuse, l'Office AI a fait

abstraction des éléments particuliers suivants, lesquels figuraient pourtant au dossier, à savoir : l'attestation établie le 25 janvier 2012 par la responsable rédaction, traductions et design de l'A._____, le fait que l'assuré était au bénéfice d'une indemnité partielle d'incapacité de gain, le rapport médical du 18 avril 2012 des spécialistes du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV, et le certificat médical du 16 janvier 2012 de la Dresse Q._____. Or, sur la base de ces éléments, l'OAI devait à tout le moins diligenter une expertise pluridisciplinaire afin de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé de l'assuré. Contrairement à ce que prétend l'intimé, le recourant note qu'un délai de trois à quatre ans s'est écoulé depuis la dernière décision en force, de sorte que son état de santé est susceptible d'avoir subi de fortes dégradations depuis lors.

Au terme de sa duplique du 8 novembre 2012, l'intimé confirme l'entier du contenu de sa précédente écriture en précisant ne rien avoir à ajouter.

Le 3 décembre 2013, le recourant a encore spontanément produit en cause un certificat médical du 24 octobre 2013 des Drs P.P_____, chef de clinique, et S.S._____, médecin assistant, de l'Hôpital de [...] (« [...] ») à [...].

Dans ses déterminations du 9 janvier 2014, l'Office AI s'est déterminé comme il suit :

"[...]

L'objet du recours étant une décision de non entrée en matière sur la demande du 12 décembre 2011, les rapports médicaux produits pour la première fois à l'occasion du recours ne peuvent pas être examinés dans ce contexte, comme nous avons déjà eu l'occasion de le relever.

Notre assurance, probablement l'Office AI du canton du Jura, auquel nous transmettrons le dossier le moment venu, prendra en compte ce nouveau document dans le cadre de la demande formulée le 3 décembre 2013, dont nous vous faisons parvenir une copie pour information.

Nous proposons une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision querellée."

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 let. a LPA-VD). L'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est seul litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de rente présentée le 12 décembre 2011 par le recourant.

3. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'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 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF I 716/2003 du 9 août 2004, consid.4.1).

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 (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 3 RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2).

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 108 consid. 2b; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.2 et 9C_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7).

4. a) Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que 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. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait 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, 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 se sont modifiées, 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_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2; TFA I 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4). 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 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 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées). Par ailleurs, les faits survenus postérieurement et ayant modifié l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées).

b) Il s'ensuit que les rapports médicaux des Drs T.T._____ et G.G._____, respectivement des 2 et 3 juillet 2012, ainsi que le certificat médical du 24 octobre 2013 des Drs P.P._____ et S.S._____ ne peuvent être pris en considération dans le cadre du présent examen, attendu qu'ils ont tous été établis après la décision entreprise rendue le 5 juin 2012, soit pour une période postérieure à cette même décision. Quant à la déclaration des parents du recourant établie le 2 juillet 2012, elle ne constitue en aucun cas un pièce médicale déterminante pour l'issue du présent litige, de sorte que la Cour de céans ne saurait en tenir compte dans le cadre de son examen.

5. L'Office AI a refusé d'entrer en matière sur l'examen de la nouvelle demande AI déposée le 12 décembre 2011 par l'assuré. Il a

retenu que l'état de santé de celui-ci ne s'était pas modifié (aggravé) depuis la dernière décision de refus entrée en force. Sur les plans somatique et psychiatrique, le Dr X. _____ du SMR - et par suite l'OAI au terme de la décision litigieuse - a conclu que les aggravations annoncées à l'appui de la nouvelle demande de prestations n'étaient pas démontrées. Ainsi, le descellement de la prothèse de hanche gauche a déjà été pris en compte en son temps par le Tribunal des assurances. Quant aux affections psychiatriques mises en évidence au terme du rapport d'examen neuropsychologique du 18 avril 2012, elles s'inscrivent dans un contexte de persistance des manies toxiques de l'assuré et existent de longue date, de sorte qu'il n'y a aucune péjoration depuis l'expertise psychiatrique de 2005 et/ou le jugement du Tribunal des assurances de novembre 2008.

Le recourant estime quant à lui que sur la base des divers rapports médicaux au dossier, l'aggravation de son état de santé est avérée. Sur le plan somatique, le remplacement des deux prothèses de hanche est actuellement vivement recommandé, alors qu'une intervention immédiate n'était pas envisagée à l'époque. S'agissant du plan psychiatrique, le recourant se dit atteint d'une profonde dépression ainsi que d'un trouble bipolaire avéré qui constituent selon lui, des troubles du comportement et de la personnalité sans commune mesure avec la rupture sentimentale, la perte d'emploi, d'appartement et de voiture vécues en son temps (et telles que mentionnés dans le jugement de novembre 2008). Le recourant est dès lors d'avis que l'OAI était au minimum tenu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire afin de statuer en parfaite connaissance de cause sur son état de santé. Il observe à ce propos que depuis le délai de trois à quatre ans qui s'est écoulé à compter de la dernière décision de refus de prestations AI en force, son état de santé est susceptible de s'être fortement détérioré.

a) Sur le plan rhumatologique, on retient avec l'intimé un statu quo depuis la dernière décision de refus de prestations en force. Quoiqu'en dise l'intéressé, le rapport de scintigraphie osseuse du 17 février 2012 met uniquement en évidence un descellement (ou à tout le moins une instabilité) de la prothèse totale de hanche gauche. Or en

l'occurrence, cette affection était déjà prise en compte par le Tribunal des assurances qui en novembre 2008, considérait la situation comme stationnaire s'agissant des douleurs aux hanches ainsi qu'au bas du dos de l'assuré (cf. également le certificat médical du 30 mai 2006 du Dr V._____, orthopédiste, lequel évoquait déjà une intervention chirurgicale pour le changement de prothèse des deux hanches en début d'année 2007).

b) S'agissant de l'aspect psychiatrique, on observe en premier lieu qu'en novembre 2008, le Tribunal des assurances reprenait les constatations et conclusions des rapports médicaux figurant au dossier de l'Office AI - à savoir en particulier le rapport du 3 janvier 2005 de M. W._____, l'avis SMR du 4 janvier 2006 ainsi que le rapport du 17 août 2007 du Dr C._____, lesquels laissent alors effectivement tous songer à un état dépressif qualifié de « probable » et susceptible d'avoir été fortement influencé par une suite d'événements vécus par l'assuré. La décision attaquée datant du 5 juin 2012, il est exact de constater tout d'abord qu'un délai de près de quatre ans s'est écoulé depuis le jugement de novembre 2008. Sur la base des rapports et certificats médicaux produits devant l'autorité administrative par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande, on relève une aggravation avérée du trouble dépressif affectant celui-ci. En effet, dans un certificat médical du 16 janvier 2012, la Dresse Q._____, spécialiste en médecine générale, pose le diagnostic d'« état dépressif récurrent d'intensité moyenne en cours d'évaluation », avec un trouble bipolaire en cours d'évaluation auprès du Dr S._____ (psychiatre), affection qui a une incidence concrète sur le vécu du recourant (isolement social). Le diagnostic précité est partagé par les Drs P._____ et F._____ qui, dans leur rapport du 11 août 2011, précisent que le recourant a été hospitalisé en mode volontaire pour la période du 23 février 2011 au 7 mars 2011 à l'Hôpital de [...]. Le 28 août 2011, le médecin traitant (Dr C._____) précise par ailleurs que son patient est suivi par le Fondation B._____ et qu'il se trouve en incapacité de travail à 100% depuis le 15 février 2011. Ces constatations sont au demeurant corroborées par une attestation du 25 janvier 2012 de l'A._____ où on apprend que depuis la fin 2010 déjà, une aggravation de l'état de santé

général du recourant a été observée par sa supérieure hiérarchique directe de l'époque laquelle n'aurait alors eu d'autre choix que celui de se séparer de l'assuré. Or, dans son avis du 14 février 2012, le médecin du SMR ne fait absolument pas mention de ces constatations médicales, se focalisant exclusivement sur les problèmes de dépendance toxique du recourant connus depuis 2006 déjà.

Si l'attestation du 15 février 2012 du Dr S._____ apparaît certes sommaire (cf. avis médical SMR du 29 mars 2012), il n'en demeure pas moins que ce psychiatre y indique un suivi régulier du recourant depuis le 16 novembre 2011, ceci en collaboration avec la Fondation B._____. Ladite prise en charge devait perdurer après le départ à la retraite du Dr S._____. Il suit de là qu'il n'est pas exclu que l'état de santé psychique du recourant se soit péjoré nonobstant son hospitalisation datant de février-mars 2011. C'est dans ces circonstances (état de repli sur lui-même, de plaintes mnésiques et attentionnelles) qu'à la mi-avril 2012, le recourant a été examiné par les spécialistes du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV. A cette occasion, la Professeur N._____ et Z._____ posent, entre autres, le diagnostic de signes significatifs de la lignée dépressive chez l'assuré et préconisent une prise en charge de cette affection. Il ressort également du rapport de ces spécialistes que le recourant a résidé à la Fondation B._____ du 23 juin 2011 jusqu'au 23 février 2012, soit durant huit mois. Dans son avis du 8 mai 2012, le Dr X._____ ne mentionne une nouvelle fois pas ces éléments en constatant simplement « aucune aggravation depuis l'expertise psychiatrique de 2005 et/ou le jugement de novembre 2008 ». A lecture du dossier on ne voit par ailleurs pas à quelle expertise de 2005 le médecin du SMR fait ici référence, étant posé qu'il y a uniquement trace au dossier de deux rapports médicaux des 3 janvier 2005 et 31 janvier 2005 des médecins de la clinique de [...] établis en lien avec le séjour de l'assuré, lesquels rapports ne sauraient se voir reconnaître la valeur d'expertise médicale au sens où l'entend l'art. 44 LPGa.

c) Finalement, les avis médicaux SMR des 14 février, 29 mars et 8 mai 2012, respectivement leurs constatations et conclusions, ne

tiennent en particulier pas compte de la totalité des avis des médecins consultés. Il y a ainsi lieu en l'espèce de s'en écarter et de considérer que la décision attaquée n'est pas justifiée lorsqu'elle retient que les rapports médicaux produits par le recourant n'objectivent aucune nouvelle atteinte (psychiatrique) à la santé. La décision refusant d'entrer en matière sur la troisième demande AI sans procéder à d'autres investigations est ainsi infondée et doit par conséquent être annulée.

Pour le surplus, la présente procédure exclut d'ordonner des examens complémentaires, en l'occurrence la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comme le demande le recourant.

6. Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée.

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'assurance- invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat.

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, a droit à des dépens qui s'élèvent à 2'000 fr. TVA comprise, à la charge de l'OAI qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Ce montant correspondant au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif, il n'y a pas lieu de fixer, au surplus, l'indemnité d'office de Me Boillat.

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

- I. Le recours déposé le 5 juillet 2012 par D. _____ est admis.
- II. La décision rendue le 5 juin 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Pierre Boillat (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :