

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 février 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Thalmann et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

C. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Procap, Service juridique,
à Bienne,

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. Le 15 octobre 2004, C. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1974, a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à une orientation professionnelle. Sous "remarques complémentaires", il mentionnait être sans formation professionnelle et rechercher un emploi ou une formation.

En dépit des rappels, l'assuré n'a pas complété le formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 14 avril 2005, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures d'ordre professionnel pour entrave aux mesures d'instruction.

N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision du 14 avril 2005 est entrée en force.

B. Le 14 septembre 2005, C. _____ a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, sollicitant une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession. Il indiquait que son atteinte à la santé existait depuis l'enfance, la décrivait comme suit: "difficultés éducatives", et précisait que sa demande s'insérait dans le cadre d'une formation professionnelle.

Le 28 novembre 2005, le Dr V. _____, spécialiste en médecine interne générale, a adressé à l'OAI un rapport aux termes duquel le diagnostic de troubles psychiatriques non précisés était reconnu comme affectant la capacité de travail. Le Dr V. _____ exposait avoir vu l'assuré à deux reprises en raison de palpitations liées à une consommation occasionnelle de cocaïne et l'avoir revu en consultation en février 2005, sur initiative des services sociaux pour une évaluation médicale de son aptitude au placement. Il mentionnait avoir demandé le dossier militaire de l'assuré, datant de février 1995, lequel révélait un problème psychiatrique grave. Le Dr V. _____ n'avait pas mis en œuvre

d'autres examens mais se disait disposer à le faire. Dans l'annexe au rapport, il précisait que l'assuré vivait de l'aide sociale et de petits "boulots occasionnels", qu'aucune profession n'était exercée et qu'un reclassement professionnel semblait improbable.

Par avis du 28 février 2006, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a décidé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique, aux fins d'établir un diagnostic et juger de l'exigibilité d'une activité professionnelle. Le SMR relevait que le dossier militaire faisait état d'un test psychologique très abondamment commenté par un psychiatre, lequel concluait au diagnostic de "refus typique, essentiellement conditionné par des craintes d'échec chez une nature marginale, faiblement intégrée sur le plan psychosocial, après éducation dans des foyers et charge héréditaire avec psychose dans la fratrie". Le SMR estimait impossible de se prononcer sur la base de ce seul diagnostic, vieux de 11 ans.

L'examen psychiatrique a été réalisé au SMR par le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rencontré l'assuré le 9 octobre 2007. Dans son rapport du 19 octobre suivant, le Dr Q._____ a présenté une anamnèse complète, mentionnant notamment une polytoxicomanie alcoolique et à la cocaïne dès l'âge de 24-25 ans, et posé le diagnostic de dysthymie (F34.1) comme n'affectant pas la capacité de travail. Il indiquait que l'apparition de la dysthymie survenait habituellement à la suite d'un épisode dépressif en rapport avec un événement stressant manifeste, ce qui se semblait être le cas de l'assuré aux alentours de 16 ans. L'assuré décrivait une fluctuation de l'humeur avec des périodes où il se sentait bien, actif, retrouvant une énergie, et des périodes où il se sentait plus dépressif, enfermé dans une routine, sans passion; la sévérité de ces périodes dépressives étaient cependant insuffisantes, selon le Dr Q._____, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent. L'examen clinique n'avait pas révélé de signes de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbations de

l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Une activité adaptée était exigible à 100% en l'absence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Dans un rapport d'examen du 13 novembre 2007, le SMR a reconnu la dysthymie et la dépendance à la cocaïne et à l'alcool, utilisation continue, comme diagnostics associés n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité. Il n'existait aucune atteinte principale à la santé au sens de l'assurance-invalidité et la capacité de travail exigible était totale, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. L'examen psychiatrique permettait de conclure à l'absence de limitation fonctionnelle psychiatrique et de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Par préavis (projet de décision) du 20 mars 2008, confirmé par décision du 29 avril 2008, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il n'avait pas droit à des prestations en l'absence d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

La décision du 29 avril 2008 n'a pas fait l'objet d'un recours au Tribunal cantonal des assurances.

C. C._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 12 avril 2012, mentionnant quant au genre de l'atteinte un trouble de la personnalité existant depuis l'enfance. Il indiquait présenter une incapacité de travail totale depuis 2002, être en traitement depuis mars 2011 pour des affections psychiatriques et depuis janvier 2012 pour des affections somatiques.

Par courrier du 18 avril 2012, l'OAI lui a fait savoir qu'il considérait sa demande du 12 avril 2012 comme une nouvelle demande au sens de l'art. 17 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales) et des art. 87 ss RAI (règlement sur l'assurance-invalidité), en précisant qu'elle ne pouvait être examinée, en application

de ces dispositions, que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de 30 jours lui était dès lors imparti pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi il serait considéré qu'il n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

Le 30 mai 2012, exposant que la demande émanait d'une appréciation différente d'un même état de fait, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis dans le sens d'un refus d'entrer en matière. Il considérait que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations.

L'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté ce projet de décision et sollicité un délai supplémentaire pour réunir l'ensemble des pièces nécessaires à la constitution de son dossier.

Le 15 août 2012, le Dr P._____, chef de clinique au Département de psychiatrie générale du S._____, (ci-après: S._____), et G._____, psychologue associé, ont établi un rapport à l'attention de l'OAI. Ils posaient les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), et trouble dépressif récurrent (F33.10), présents depuis des années. L'état de santé était stationnaire et la capacité de travail était considérée comme nulle. Le Dr P._____ et le psychologue G._____ énonçaient des difficultés d'interaction avec l'autorité, un discours projectif, une méfiance et une animosité, des incapacités cognitives, des difficultés de prises de responsabilités et une absence de résistance au stress. Ils produisaient le résultat d'un examen psychologique réalisé le 18 janvier 2011, au terme duquel on pouvait lire ce qui suit:

"Le tableau rend compte d'un aménagement de personnalité de type état-limite dont le système défensif fait appel au registre caractériel et pulsionnel partiel. Le phénomène d'emprise se

présente au premier plan, ce système étant érigé dans le but de préserver l'omnipotence narcissique et de lutter contre la dépendance objectale."

Ils transmettaient également deux résumés d'investigation menée au Département de psychiatrie générale du S. _____ des 21 janvier et 26 septembre 2011. Les anamnèses relataient un parcours de vie chaotique, une problématique anxieuse, l'appréhension des relations sociales et la consommation de substances. Il était mentionné l'usage de stupéfiants (cocaïne, cannabis, ecstasy) dès l'âge de 25 ans, la consommation régulière d'alcool, un trouble panique avec agoraphobie et la présence d'attaques de panique jusqu'à trois fois par semaine entre 29 et 31 ans. L'assuré projetait l'origine de son mal-être et de ses difficultés sur la structure administrative qui menaçait selon lui de lui couper les vivres. Il n'y avait pas de signe apparent de la lignée psychotique, ni de trouble formel du cours de la pensée, en particulier ni délire constitué ni hallucination, la thymie était abaissée sans être effondrée et il n'y avait pas d'idées suicidaires. Le discours était focalisé sur les problèmes financiers et administratifs. Le diagnostic de syndrome de dépendance, usage épisodique d'alcool, de cannabis et de cocaïne, abstinent d'ecstasy, était retenu dans les deux résumés. Le premier posait en sus les diagnostics de phobie sociale et de trouble panique avec agoraphobie, avec la précision suivante:

"La recherche d'indépendance, qui a culminé il y a 10 ans dans une forme de clochardisation, apparaît avant tout comme des tentatives de se soustraire à des contraintes administratives, professionnelles ou relationnelles, contraintes vécues comme le confrontant à ses limites, à ses difficultés relationnelles et à son appréhension des relations sociales, appréhension qui évoque une problématique non résolue de lutte contre la dépendance face à des figures d'attachement négligentes.

Nous retenons ainsi une phobie sociale, mais nous nous interrogeons aussi sur un éventuel trouble de la personnalité avec des aspects, tout du moins dans le style de vie, appartenant d'une part au registre anxieux évitant (tendance au repli social à moins d'être sous substances, sentiment d'incompétence sociale, réserve dans les relations intimes, sensibilité au jugement d'autrui), et d'autre part au registre dyssocial (difficultés à se conformer aux normes et règles sociales, incapacités répétées à assumer un emploi stable ou à honorer ses obligations financières). A noter encore qu'une consultation alcoologique et des tests projectifs ont aussi été réalisés afin de préciser le diagnostic. La consultation alcoologique a

pu mettre en évidence un syndrome de dépendance mais un manque de motivation à apporter des changements aux comportements de consommation.

Alors que l'ORP a rendu une décision d'inaptitude au placement, un certificat d'incapacité de travail a été produit à la demande du CSR (contact téléphonique avec M. [...]), certificat qui couvre la période de l'investigation et à la faveur de l'interruption des mesures de chômage pour des mesures d'aide sociale. Une prise en charge psychiatrique à laquelle M. C._____ peut adhérer, avec traitement du trouble anxieux chez un patient au parcours de vie chaotique et marginal ces 20 dernières années apparaît être une mesure qui contribuerait à réduire les consommations de substances et à permettre un éventuel processus de réinsertion professionnelle."

Le second résumé d'investigation mentionnait le diagnostic de trouble de la personnalité borderline, traits évitant et paranoïaques, antisociaux, motivé comme suit:

"Nous notons la présence des symptômes suivants: un mode de relation interpersonnelle instable et fluctuant, un trouble de l'identité, une impulsivité, des changements d'humeur, un sentiment chronique de vide, des manifestations passagères de soupçons injustifiés (compatible avec le tableau clinique du trouble de la personnalité borderline) et des doutes injustifiés concernant la loyauté des amis et une sensibilité à se mettre en colère subitement si les autres, à ses yeux, attaquent sa personnalité (compatibles avec des traits paranoïaques). Ajoutons la consommation régulière d'alcool, de cannabis et de cocaïne, qui a fait l'objet d'une description lors d'un précédent rapport psychiatrique également.

Sur le plan médicamenteux, aucun traitement n'a été donné, le patient ne présentant pas d'indication à un traitement médicamenteux à ce stade.

Sur le plan psychosocial, M. C._____ présente beaucoup de problèmes sociaux, pour le détail, il faut se référer au rapport de Mme [...] de fin juin 2011. Toutefois, nous notons que le problème principal lié à cette prise en charge sociale potentielle est sa méfiance envers le système de soins et, en corollaire, l'engagement fragile du patient dans le processus de changement. En fait, M. C._____ projette l'origine des problèmes sur les structures de soins et socio-administratives et se pose en victime face à un système administratif vécu comme fort et persécuteur. Nous complétons que lors du bilan, M. C._____ arrive à adoucir cette position et demande explicitement un accompagnement de notre part dans les questions d'ordre social.

Sur le plan psychothérapeutique, nous ne pouvons pas établir une indication à la psychothérapie actuellement; les questions sociales sont clairement au premier plan et empêchent la réalisation d'une psychothérapie en bonne et due forme. Toutefois, la question de l'indication à la psychothérapie sera régulièrement réabordée avec ce patient."

L'assuré s'est adressé à l'OAI le 27 août 2012. Il exposait que les diagnostics posés, le suivi thérapeutique régulier depuis 2011 et l'incapacité de travail totale correspondaient à de nouveaux éléments, non à une appréciation différente d'un même état de fait.

Après examen des pièces médicales au dossier, le SMR, par le biais du Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, a considéré, dans un avis du 29 août 2012, que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Le Dr R._____ s'exprimait en ces termes:

"L'examen psychiatrique de 2007 avait établi que l'assuré avait débuté une toxicomanie festive à base de cocaïne à l'âge de 25 ans et que cette pratique s'était prolongée jusqu'au moment de l'examen. S'y était ajout[é] une consommation d'alcool. Il s'agit donc d'une toxicomanie primaire au sens du TFA. La désorganisation sociale du mode de vie de l'assuré, l'inversion de son rythme de vie et sa désinsertion du monde du travail sont les conséquences de ce choix de vie marginale. Ces problèmes ne sont donc pas à charge de l'Institution. Un trouble de l'humeur chronique à type de dysthymie F34.1 était aussi retenu par l'examineur qui concluait à une pleine CT dans le monde de l'économie depuis toujours.

Le RM du 15 août 2012 nous apprend que l'assuré bénéficie d'un suivi psychiatrique depuis le 11 mars 2012 [recte: 2011]. Le résumé d'investigation psychiatrique du Dr B._____ du 26 septembre 2011 retient après 10 séances étalées sur 6 mois que l'assuré estime que ses difficultés viennent de « la structure administrative qui menacerait de lui couper les vivres » page 1. En page 2 de ce rapport nous apprenons qu'en plus de la cocaïne et de l'alcool, l'assuré consomme du cannabis. Il n'y a pas de symptôme de la lignée psychotique. Le focus de l'attention est partagé. Affect légèrement déprimé. Absence d'idéations suicidaires. Le discours est focalisé sur les problèmes financiers et administratifs ». L'état clinique est donc similaire à celui qui prévalait lors de l'examen psychiatrique de 2007.

Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de

l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance [...].

Le résumé d'investigation CCPP du 21 janvier 2011 confirme que l'usage des stupéfiants a commencé vers l'âge de 25 ans (page 2). L'examen psychiatrique de 2007 a établi qu'il n'existait de comorbidités psychiatriques majeures au sens du TCA à l'usage des toxiques. L'abaissement de la thymie, la baisse de l'élan vital, le léger ralentissement psychomoteur et la crainte de l'avenir sont les conséquences des pratiques toxiques régulières et assidues de l'assuré. Elles ne constituent pas à proprement parler une maladie au sens de la LAI mais les conséquences d'une sale manie.

Non seulement les documents médicaux versés au dossier depuis la dernière décision AI ne rendent pas plausible un fait nouveau, mais elles recourent les constatations faites par le médecin examinateur en 2007 et n'objectivent aucune aggravation des problèmes médicaux de l'assuré. Il s'agit donc de l'appréciation différente d'une situation similaire. Nous vous proposons de répondre à cette nouvelle demande par un refus."

Par décision du 11 février 2013, l'OAI a confirmé le préavis du 30 mai 2012. Dans une lettre d'accompagnement datée du même jour, il exposait que la désorganisation sociale de son mode de vie, l'inversion du rythme de vie ainsi que sa désinsertion du monde du travail étaient les conséquences du choix de vie marginale de l'assuré. Il considérait que selon le rapport médical du S._____, les questions sociales étaient actuellement au premier plan, qu'elles empêchaient la réalisation d'une psychothérapie en bonne et due forme, que sur le plan médicamenteux aucun traitement n'était donné et que les diagnostics et plaintes évoqués se recoupaient avec les constatations faites lors de l'expertise de 2007.

D. C._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 14 mars 2013, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à ce que son droit aux prestations de l'assurance-invalidité soit constaté, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il soit entré en matière sur la demande de prestations. Il fait valoir que la situation actuelle est "diamétralement opposée" puisque aucun diagnostic n'avait auparavant été posé et que les récents rapports médicaux rendaient à tout le moins plausible une modification de son état de santé. Il critique l'appréciation des preuves faites par l'OAI dans la mesure où l'office se fonde sur l'avis du SMR datant de fin 2007 pour écarter les rapports émis en 2012 par les psychiatres et

psychologues du S._____, soulignant que le dernier avis du SMR se fonde sur le dossier, non sur un nouvel examen.

Par décision du 18 mars 2013, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 mars 2013 limitée aux avances et frais judiciaires. Le recourant a en outre été exonéré de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 10 avril 2013, l'OAI a préavisé pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le recourant a confirmé ses conclusions le 25 juin 2013, alléguant avoir démontré à satisfaction "sa nouvelle situation".

L'OAI a confirmé la décision entreprise et son écriture du 10 avril précédent, par écrit du 29 juillet 2013.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Après une première demande rejetée pour entrave aux mesures d'instruction, le recourant a déposé une deuxième demande de prestations le 14 septembre 2005 en raison de "difficultés éducatives". Par décision du 29 avril 2008, entrée en force, l'intimé a rejeté la demande de rente, considérant que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé pouvant être invalidante en vertu de la loi sur l'assurance-invalidité.

Dans la présente procédure, le recourant conteste le refus de l'intimé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande déposée le 12 avril 2012. L'intimé, s'appuyant sur l'avis médical du 29 août 2012 du SMR, a considéré qu'il n'y avait pas d'éléments plaidant en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Dans ces circonstances, il convient uniquement de déterminer si le recourant a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans

sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

b) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Selon la jurisprudence, l'exigence posée à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement

art. 87 al. 2 et 3 RAI) 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; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2a). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 consid. 1.2). 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (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. 2 RAI (art. 87 al. 3 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011). Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGa) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans

rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

4. Dans le cas présent, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 29 avril 2008, entrée en force, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à des prestations, s'est produit, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il convient donc de se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois d'avril 2012, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations.

a) La décision de refus déterminante se fonde sur les conclusions du SMR, soit l'avis du Dr R._____ du 29 août 2012. Ce dernier retient que l'assuré souffre d'une toxicomanie primaire et renvoie au rapport d'examen psychiatrique SMR du 19 octobre 2007. Aux termes de ce rapport, la sévérité des périodes dépressives était insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent et évoquait plutôt le

diagnostic de dysthymie, lequel était considérée comme n'affectant pas la capacité de travail.

Au regard des nouvelles pièces produites, l'intimé considère que le recourant n'a pas rendu plausible une péjoration significative de son état de santé. Il relève que les troubles psychiques allégués par les psychiatres et psychologues du Département de psychiatrie générale du S._____ ont, de l'avis du SMR, été pris en considération dans la précédente décision.

b) Les rapports du S._____ confirment que l'usage de stupéfiants et l'intoxication d'alcool ont débuté dès l'âge de 25 ans. Selon le résumé d'investigation du 21 janvier 2011, l'assuré ne présente pas de signe apparent de la lignée psychotique ni de trouble formel du cours de la pensée, en particulier ni délire constitué ni hallucination. La thymie est abaissée sans être effondrée et il n'y a pas d'idées suicidaires. Il est mentionné des attaques de panique, une peur de la foule et une appréhension des contacts sociaux. Les psychologues s'interrogent sur un éventuel trouble de la personnalité, eu égard notamment au style de vie de l'assuré; ils relèvent des aspects appartenant au registre anxieux évitant (tendance au repli social à moins d'être sous substances, sentiment d'incompétence sociale, réserve dans les relations intimes, sensibilité au jugement d'autrui) et au registre dyssocial (difficultés à se conformer aux normes et règles sociales, incapacités répétées à assumer un emploi stable ou à honorer ses obligations financières). Selon le résumé d'investigation du 26 septembre 2011, l'assuré est orienté aux quatre modes, ne présente pas de symptôme de la lignée psychotique ni idéations suicidaires mais un affect légèrement déprimé. Le discours est cohérent, cependant focalisé sur les problèmes financiers et administratifs. Le diagnostic de trouble de la personnalité borderline, évitant et paranoïaque, avec traits antisociaux est justifié par le mode de relation interpersonnelle instable et fluctuant, un trouble de l'identité, une impulsivité, des changements d'humeur, un sentiment chronique de vide, des manifestations passagères de soupçons injustifiés et des doutes injustifiés concernant la loyauté des amis. Finalement, il est relevé que

l'assuré présente beaucoup de problèmes sociaux et qu'il ne peut être établi d'indication à la psychothérapie en raison des questions sociales clairement au premier plan. Par ailleurs, dans le rapport du 15 août 2012, l'incapacité de travail totale est justifiée par les difficultés interpersonnelles du recourant, particulièrement les problèmes rencontrés avec la hiérarchie et l'autorité.

Le Dr R._____ considère que l'état clinique est similaire à celui prévalant lors de l'examen psychiatrique de 2007. Il expose que le rapport d'examen SMR du 19 octobre 2007 évoquait une toxicomanie de type primaire, ancienne, et que l'affection psychique était secondaire à la polytoxicomanie. L'abaissement de la thymie, la baisse de l'élan vital, le léger ralentissement moteur et la crainte de l'avenir étaient les conséquences des pratiques toxiques régulières et assidues de l'assuré et ne constituaient pas à proprement parler une maladie au sens de l'assurance-invalidité. L'examen clinique du Dr Q._____ révélait l'absence de signes de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbations de l'environnement psychosocial et de limitations fonctionnelles psychiatriques. Seul le diagnostic de dysthymie était retenu, écartant celui de trouble dépressif récurrent en raison d'épisodes dépressifs insuffisamment sévères. Le Dr Q._____ concluait à l'absence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée, ce que confirmait le SMR dans son rapport d'examen du 13 novembre 2007.

c) Cela étant, on rappellera que le seul dépôt de nouveaux rapports médicaux n'est en soi pas suffisant, encore faut-il que les pièces produites fassent état d'une aggravation des atteintes ayant une répercussion sur les limitations fonctionnelles et le taux de capacité de travail résiduelle retenus à l'époque. Or tel n'est pas le cas en l'occurrence.

Les psychiatres et psychologues du Département de psychiatrie générale du S._____ admettent que les symptômes, dans leur ensemble, sont anamnestiquement présents depuis une vingtaine d'années, sans clairement évoquer une péjoration récente de ces derniers, notamment depuis le dernier refus de prestations de l'OAI. Le rapport médical du 15 août 2012 fait état de diagnostics présents depuis des années. Le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, repose essentiellement sur des traits antisociaux. Le diagnostic de phobie sociale est justifié par les difficultés relationnels du recourant et les attaques de panique étaient présentes de manière fréquente entre 2003 et 2005 (entre 29 et 31 ans).

Les diagnostics et plaintes évoqués se recourent ainsi avec les constatations du Dr Q._____ en 2007. La situation médicale du recourant telle que décrite en 2011 est superposable à celle rapportée dans le rapport d'examen du 19 octobre 2007. S'il est certes posé de nouveaux diagnostics, ils sont estimés par le SMR comme n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité, eu égard à la toxicomanie primaire dont souffre l'assuré depuis l'âge de 25 ans. En d'autres termes, ces nouveaux diagnostics ne sont pas un nouveau constat dès lors qu'ils sont la conséquence de la toxicomanie primaire du recourant. Ainsi, les psychiatres et psychologues du Département de psychiatrie générale du S._____ n'ont pas été en mesure d'étayer l'affirmation selon laquelle l'état de santé du patient se serait aggravé depuis 2008. Ils n'ont fait qu'apprécier de manière différente des éléments déjà étudiés lors de la précédente demande de prestations.

En définitive, la Cour de céans reconnaît, à l'instar de l'intimé, que les psychiatres et psychologues du Département de psychiatrie générale du S._____ ne font que procéder à une appréciation différente d'un état de santé psychique demeuré inchangé. Dès lors que le recourant n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 29 avril 2008, c'est à bon droit que l'office intimé a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3

RAI n'étaient pas réalisées et a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée le 12 avril 2012.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} 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 LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue 11 février 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour C._____)
- 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 :