

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 avril 2014

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Pasche et Dessaux
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], 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. A. _____ (ci-après : l'assuré), ressortissant italien né en 1957, sans formation professionnelle, a séjourné en Suisse de manière discontinue jusqu'en 1985. Alors qu'il circulait en vélomoteur à [...] le 8 juillet 1983, il a été percuté par une voiture et a subi un traumatisme crânio-cérébral avec commotion cérébrale, une fracture temporo-pariétale droite ainsi que trois autres fractures au niveau de la clavicule droite, de la 3^e côte droite et du poignet gauche. Dans le cadre du traitement médical qui s'en est suivi, le Dr K. _____, neurologue, a indiqué dans un rapport du 19 janvier 1984 à l'attention de l'assureur-accidents que l'évolution était tout à fait favorable s'agissant de la monoplégie du membre supérieur droit - laquelle était de toute évidence d'origine psychogène et avait complètement régressé - et qu'un syndrome post-commotionnel avec céphalées quotidiennes et vertiges persistait ; ce médecin a ajouté que l'assuré présentait en outre une intelligence limite avec tendance hystérique.

Ayant regagné l'Italie en 1985, l'assuré y a été hospitalisé la même année en raison d'un syndrome dissociatif, puis à nouveau en 1986 suite à une rechute. Il a par la suite bénéficié d'une thérapie médicamenteuse et s'est vu diagnostiquer une périarthrite de l'épaule droite ainsi que des céphalées de tension (cf. rapport établi à [...] [Italie] le 28 octobre 1993 par le Dr L. _____, spécialiste en médecine du travail).

En août 2008, l'assuré est revenu en Suisse. Depuis lors, il a alterné entre périodes de travail, notamment dans le domaine du jardinage, et périodes d'inactivité.

B. Atteint d'une surdité de perception profonde bilatérale, A. _____ a introduit le 22 janvier 2009 une demande visant à l'octroi de moyens auxiliaires de l'assurance-invalidité (AI), sous forme d'un appareillage auditif.

Par communication du 10 juin 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais de remise en prêt de deux appareils acoustiques, à hauteur de 4'675 fr. 20.

C. Toujours le 22 janvier 2009, A._____ a par ailleurs déposé une demande de prestations AI pour adultes, invoquant le traumatisme crânien subi en 1983 ainsi que des problèmes métaboliques et cardiaques plus récents.

Dans un rapport du 4 mars 2009 destiné à l'OAI, le Dr N._____, cardiologue, a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail d'insuffisance cardiaque. A titre d'atteintes sans influence sur la capacité de travail, il a mentionné une fibrillation auriculaire, du diabète et une hypertension artérielle. Il a précisé que l'état actuel était stable et a émis un bon pronostic. S'agissant des limitations présentées, il a évoqué un probable essoufflement d'effort tout en précisant ne pas avoir effectué de test d'effort et avoir de la peine à évaluer l'essoufflement. Au terme de son rapport, le Dr N._____ a formulé la remarque suivante : « *La demande AI n'est probablement pas secondaire à la dysfonction cardiaque. Celle-ci pourrait entraîner des limitations éventuelles (qui restent à quantifier) mais pas une incapacité de travail* ». A ce compte-rendu étaient joints différentes pièces dont un rapport du 22 janvier 2009 du Service de cardiologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier S._____), indiquant que l'assuré avait été hospitalisé dans ce service du 19 au 20 janvier 2009 en vue d'une coronarographie, que cet examen avait mis en évidence une sténose non significative inférieure à 50% au niveau de l'artère interventriculaire antérieure (IVA) moyenne avec un flux coronaire normal, que par ailleurs le tronc commun (TC), l'artère circonflexe (Cx) et l'artère coronaire droite (CD) étaient indemnes de lésion, que dans ce contexte aucune intervention n'avait été réalisée, qu'un contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire ainsi qu'un traitement médicamenteux optimal avaient été proposés et que les douleurs présentées par le patient étaient probablement d'une autre

origine (pariétale, spasme œsophagien, reflux gastro-œsophagien, neurogène, angoisse).

Aux termes d'un rapport du 16 juin 2009 à l'attention de l'OAI, le Dr R._____, médecin généraliste traitant, a retenu les diagnostics incapacitants de traumatisme crânio-cérébral et fracture pariétale avec troubles neuropsychologiques depuis 1983, et de surdité bilatérale depuis 2008. S'agissant des atteintes n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail, il a mentionné une fibrillation auriculaire depuis 2008 ainsi qu'une dyslipidémie et un diabète de type II depuis plusieurs années. Il a précisé que les troubles neuropsychologiques étaient permanents et rendaient toute reprise du travail impossible. Appelé à décrire les travaux pouvant encore être exigés de l'intéressé dans le cadre d'une activité adaptée, le Dr R._____ a indiqué qu'il y avait lieu d'éviter les activités uniquement en position debout et a ajouté que la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que la résistance de l'assuré étaient limitées eu égard aux troubles neuropsychologiques consécutifs au traumatisme crânio-cérébral et à la fracture crânienne subis en 1983. A ce compte-rendu étaient annexés divers documents médicaux se rapportant en particulier aux investigations cardiologiques réalisées au Centre hospitalier S._____ en 2009 ainsi qu'aux suites de l'accident de 1983.

Sur mandat de l'OAI, l'assuré a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire au Centre [...] (ci-après : le Centre X._____) de [...]. Dans ce contexte, il a été examiné le 8 décembre 2009 par le neuropsychologue H._____ puis le 9 décembre 2009 par les Drs W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D._____, spécialiste en neurologie. Alors qu'un dernier examen était encore prévu, le secrétariat du Centre X._____ a téléphoné à l'OAI, le 13 janvier 2010, pour signaler que l'assuré ne voulait pas poursuivre l'expertise ; ce dernier a ensuite confirmé, une fois mis en ligne avec l'office, qu'il renonçait à sa demande de prestations. Malgré tout, l'intéressé a finalement été examiné le 25 février 2010 par le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne. Les experts du Centre X._____ ont ensuite fait part de leurs conclusions dans un rapport du 26 mars 2010. Dans ce contexte, il a

notamment été relevé que l'assuré s'était montré démonstratif et peu collaborant durant l'examen neurologique, que la collaboration s'était parfois avérée difficile lors de l'examen psychique et que l'évaluation neuropsychologique n'avait pas été possible en raison des comportements de majoration adoptés par l'intéressé. On extrait pour le surplus ce qui suit du rapport d'expertise :

"Synthèse et conclusions

Sur le plan somatique, M. A. _____ présente une fibrillation auriculaire pour laquelle il est anti-coagulé et traité par Digoxine. Il est également traité pour un diabète et des facteurs de risque cardio-vasculaire. Cela n'entraîne pas d'incapacité de travail et d'ailleurs l'assuré souhaite trouver au plus vite une activité professionnelle, un salaire régulier et vivre avec son amie.

Il n'y a pas de pathologi[e] ostéoarticulaire invalidante.

Sur le plan neurologique, Monsieur A. _____ formule des plaintes à la fois multiples et protomorphes, sans éléments clairement indicateurs d'une atteinte neurologique.

L'examen neurologique pratiqué dans le cadre de la présente expertise révèle des troubles sensitivomoteurs sans substrat somatique évident.

Nous n'avons pas eu accès aux documents radiologiques mais la lecture des rapports figurant au dossier permet de conclure que Monsieur A. _____ a présenté en 1983 une fracture temporo-pariétale droite sans évidence de lésion parenchymateuse cérébrale ni d'hématome sous-dural et une fracture claviculaire droite.

Du point de vue neurologique, les éléments à notre disposition ne permettent pas de retenir actuellement une atteinte neurologique significative expliquant les plaintes formulées par le patient et les constatations cliniques.

Compte tenu des éléments susmentionnés, nous ne pouvons retenir d'un point de vue neurologique l'existence d'une atteinte significative justifiant une incapacité de travail dans l'activité exercée préalablement ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible.

Sur le plan psychique, l'assuré, qui serait connu pour des difficultés psychologiques dans l'enfance, sans plus de précision, aurait souffert d'un probable trouble de l'adaptation et d'un épisode dépressif entre 1984 et 2008. Nous n'avons pas pu obtenir d'informations précises sur un éventuel suivi (bien qu'il affirme avoir reçu des antidépresseurs dont il ne se souvient pas des noms) ou la nature de évolution de ces troubles, mais de toute évidence, ils ne semblent pas avoir représenté une source de limitations ou d'incapacité de travail durable.

L'assuré souffre, actuellement, d'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Le début est difficile à situer avec le peu d'information que donne l'assuré mais probablement depuis quelques

mois. Il s'inscrit très certainement dans le contexte des difficultés d'insertion sociale.

Il n'y a pas assez d'argument pour justifier une incapacité de travail psychique car il n'existe pas de processus maladif, d'origine psychique, chronique et invalidant.

La capacité de travail psychique est donc entière et totale.

Sur le plan neuropsychologique, il n'est pas possible de se prononcer sur les capacités réelles de M. A._____. On peut admettre une efficacité intellectuelle assez pauvre compte tenu de l'aspect massif, grossier et peu convaincant de l'affirmation de ses déficits, mais le QI n'est pas évaluable.

L'efficacité intellectuelle pauvre peut être limitative dans les professions demandant une certaine capacité d'apprentissage et de décision. Une activité simple et répétitive est cependant possible à 100%.

[...] Réponses aux questions de l'Assurance Invalidité

A. Question cliniques

[...]

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?

- Fibrillation auriculaire traitée (2008).
- Faible efficacité intellectuelle.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?

- Rachialgies et douleurs des 4 extrémités se compliquant de troubles sensitivomoteurs sans substrat somatique (présents depuis 1983 apparemment).
- Diabète traité par anti-diabétiques oraux (2008).
- Hypercholestérolémie traitée.
- Surcharge pondérale.
- Troubles statiques du rachis.
- Hypoacousie appareillée.
- Status après TCC sur fracture temporo-pariétale droite et fracture de la clavicule droite en 1983.
- Status après fracture du condyle fémoral interne droit et de la tête du 5ème métatarsien gauche en 1981[.]
- Episode dépressif léger sans syndrome somatique F32.00 depuis quelques mois (2009).

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Sur le plan physique

En raison de la fibrillation auriculaire avec discrète insuffisance cardiaque, les activités physiquement exigeantes sont contre-indiquées. En raison de l'anti-coagulation, les professions avec des risques de saignement devraient être évitées [...].

Sur le plan psychique et mental

Pas d'activité demandant une certaine capacité d'apprentissage et de décision.

Sur le plan social

Aucune

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Il n'y a plus d'activité récente, pas ailleurs on ne connaît pas la définition des postes de travail antérieurs.

La capacité de travail est entière et sans diminution de rendement dans toute activité simple et répétitive qui respecte les quelques limitations retenues.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Capacité de 100%.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui, à plein temps.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?

Non.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Il n'y a jamais eu d'incapacité de travail durable démontrée.

[...]

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Oui.

[...]"

Entre temps, par courrier du 20 mars 2010, l'assuré a fait savoir à l'office qu'il refusait toute aide de l'Al mais demandait néanmoins à être soutenu dans ses recherches d'emploi. Il a par ailleurs envoyé le

courrier suivant (non daté) à l'administration : « *J'aimerais une convocation de travail, terre à terre avec la finance, pas de sous pour vivre* ».

Dans un rapport du 9 avril 2010, le Dr F._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), s'est rallié aux conclusions des experts du Centre X._____.

Le 13 avril 2010, l'OAI a reconnu à l'intéressé le droit à une aide au placement sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Toujours le 13 avril 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité.

Le 23 avril 2010, le Dr R._____ a rédigé un courrier à l'attention de l'OAI, contresigné par l'assuré, dont il ressortait que ce dernier entendait contester le projet de décision précité.

Par décision du 25 mai 2010, l'OAI a confirmé son projet du 13 avril 2010 et refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré. Dans sa motivation, il a relevé que la capacité de travail de l'intéressé était certes restreinte depuis 2008 mais que celui-ci conservait toutefois une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds, activité simple et répétitive sans risque de blessure). Pour déterminer le préjudice économique de l'assuré, l'office a exposé qu'il y avait lieu de comparer le revenu que ce dernier pourrait réaliser en bonne santé dans une activité ne nécessitant pas de qualifications particulières, avec le revenu auquel il pourrait prétendre dans une activité adaptée non qualifiée. Procédant à cette évaluation, l'OAI a relevé que la comparaison des revenus sans et avec invalidité (de respectivement 60'788 fr. et 54'709 fr. 75) mettait en évidence une perte de gain de 6'078 fr. 25 correspondant à un degré d'invalidité de 10%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI.

Aucun recours n'a été interjeté à l'encontre de cette décision.

C. Par appel téléphonique du 14 septembre 2011, l'assuré a signifié à l'OAI que sa santé s'était détériorée et qu'il renonçait à bénéficier d'une aide au placement, ne se sentant plus apte à reprendre une activité professionnelle fût-elle adaptée. L'office a consigné ces informations dans un rapport final du 26 septembre 2011 et a écrit le même jour à l'intéressé pour lui confirmer la clôture de son dossier d'aide au placement.

D. A._____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI en date du 30 septembre 2011, se prévalant d'une atteinte neuropsychologique remontant à 1984.

Par courrier du 5 octobre 2011, l'OAI a fait savoir à l'assuré que le droit aux prestations sollicitées avait déjà fait l'objet d'une décision négative et que sa nouvelle demande déposée le 30 septembre 2011 ne pourrait être examinée 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.

L'assuré s'étant abstenu de réagir au courrier susmentionné, l'OAI l'a informé, par correspondance du 17 novembre 2011 envoyée en copie au Dr R._____, qu'un ultime délai au 10 décembre 2011 lui était imparti pour produire un rapport médical détaillé.

Dans un compte-rendu du 9 décembre 2011, le Dr R._____ a exposé que, sur le plan strictement médical, l'assuré présentait des difficultés d'adaptation, d'évaluation du danger et d'aptitude à l'apprentissage, dont témoignaient les problèmes qu'il rencontrait pour suivre le traitement prescrit pour sa fibrillation auriculaire et qui avaient

fini par l'amener à l'hôpital avec une hématurie massive suite à une prise inadéquate de son anticoagulant. Le Dr R._____ a également précisé qu'il avait été procédé à l'ablation d'un lipome au niveau du muscle grand rond de l'épaule droite, intervention qui avait nécessité 2 jours d'hospitalisation et dont l'évolution était favorable. Il ajouta que l'assuré avait sollicité l'obtention d'un permis de conduire en vue d'ouvrir une entreprise de jardinage mais qu'au vu de ses difficultés neuropsychologiques « *facilement reconnaissables à la discussion* », une expertise neuropsychologique avait préalablement été mise en œuvre au Centre hospitalier S._____. Il en était notamment ressorti que la conduite automobile était contre-indiquée et que le rendement au travail était diminué de 30 à 50%, une évaluation pratique étant préconisée sur ce plan au vu du versant comportemental des troubles exécutifs constatés. Enfin, le Dr R._____ a relevé que la situation s'était dégradée sur le plan social, puisqu'une infirmière se rendait désormais au domicile une fois par jour pour contrôler la prise des médicaments, aidée par la sœur de l'assuré qui s'occupait de la logistique domestique. Au vu de ce tableau qui allait en se péjorant, une nouvelle appréciation du droit aux prestations était sollicitée.

Par avis SMR du 14 décembre 2011, le Dr F._____ a notamment souligné qu'il convenait d'interpeller le Dr R._____ quant à l'évaluation neuropsychologique évoquée dans le rapport du 9 décembre 2011.

L'OAI s'étant adressé en ce sens au Dr R._____ le 16 décembre 2011, ce dernier a transmis le 23 décembre suivant une copie des documents médicaux relatifs à l'évaluation neuropsychologique en question, soit :

- un rapport non daté consécutif à des examens réalisés les 1^{er} et 22 novembre 2010 au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier S._____, compte-rendu signé par le Prof. T._____, médecin chef de service, ainsi que par Z._____ et

E._____, respectivement psychologue adjointe et psychologue stagiaire, et dont on extrait ce qui suit :

"Patient partiellement collaborant, à la nosognosie insuffisante, peu fatigable, non ralenti, précipité dans les tâches et présentant une tendance impulsive, logorrhéique, digressif, agité, tendu concernant les conséquences de l'examen et présentant des troubles attentionnels et de la concentration. [...]

[...]

Conclusions : L'évaluation de ce patient logorrhéique, agité, impulsif, à la nosognosie insuffisante, met en évidence au premier plan d'importantes difficultés attentionnelles, auxquelles s'associent un dysfonctionnement exécutif marqué par un défaut d'inhibition et d'évocation lexicale, une altération des capacités de flexibilité mentale et de programmation grapho-motrice, des difficultés d'extraction de critères logiques sur du matériel non verbal et une impulsivité. On note par ailleurs, des difficultés modérées en mémoire à court terme et en mémoire antérograde non verbale, potentiellement aggravées par les troubles attentionnels susmentionnés, ainsi que des difficultés au calcul. Le reste des fonctions cognitives investiguées (fonctions logo-practo-gnosiques) apparaît globalement préservé compte tenu du niveau socio-éducatif du patient. Au vu de ces éléments, la conduite automobile semble actuellement contre-indiquée. Par ailleurs, les troubles psychiques semblant au premier plan, une investigation spécialisée nous paraît souhaitable dans ce contexte

[...]

DC : Au premier plan : troubles attentionnels et exécutifs (sur un versant cognitif et comportemental), nosognosie insuffisante."

- un rapport du 23 novembre 2010 aux termes duquel le Prof. T._____ rappelait, d'une part, que l'évaluation effectuée au Centre hospitalier S._____ avait mis en évidence des troubles attentionnels et exécutifs (ceux-ci sur un versant cognitif et comportemental) ainsi qu'une nosognosie insuffisante, et indiquait, d'autre part, que ces troubles étaient de nature à diminuer la capacité de travail, étant précisé que le taux d'activité exigible semblait proche de 100% mais avec un rendement probablement diminué de 30 à 50%, une évaluation pratique paraissant nécessaire compte tenu du versant comportemental des troubles exécutifs ; d'après le Prof. T._____, ces troubles constituaient en outre une contre-indication à la conduite automobile.

Par avis SMR du 4 janvier 2012, le Dr F. _____ a observé que le rapport relatif à l'examen neuropsychologique réalisé les 1^{er} et 22 novembre 2010 n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux mais procédait à une estimation différente, plus empathique, d'une même situation en considérant que l'assuré pourrait assumer une activité simple à plein temps avec une probable baisse de rendement de 30 à 50%. Le Dr F. _____ a par conséquent retenu qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter de l'évaluation multidisciplinaire du Centre X. _____.

En date du 16 novembre 2012, l'OAI a établi un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. L'office a estimé que les constatations faites lors de l'examen pratiqué en novembre 2010 au Centre hospitalier S. _____ n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux, mais étaient le fruit d'une appréciation différente d'un même état de fait. L'intéressé n'avait ainsi pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision, de sorte qu'il ne pouvait être entré en matière sur sa nouvelle demande.

Par acte du 30 novembre 2012, l'assuré a exprimé son désaccord avec le projet précité. Il a fait valoir qu'il avait tenté de travailler mais qu'il avait à chaque fois été dans l'incapacité de conserver son poste. Il a ajouté que son médecin traitant était d'avis que son état s'aggravait et qu'il n'était pas en mesure d'assumer un poste de travail. Enfin, il a déclaré être suivi par le Prof. T. _____ pour ses « *problèmes psychologiques* ».

Aux termes d'une correspondance du 5 décembre 2012, l'OAI a imparti à l'assuré un délai au 10 janvier 2013 pour produire un avis médical circonstancié rendant plausible une aggravation de son état de santé depuis l'examen de novembre 2010, susceptible de changer son droit aux prestations. L'intéressé n'a pas réagi à cette invitation.

Par décision du 17 juin 2013, l'OAI a confirmé son projet du 16 novembre 2012, dont il a repris la motivation. A teneur d'une lettre explicative du même jour, l'office a relevé que l'assuré s'était référé à son médecin traitant dans son écrit du 30 novembre 2012, sans toutefois faire parvenir d'avis médical circonstancié rendant plausible une aggravation de son état de santé depuis novembre 2010 [sic] ; puis, dans le délai ultérieurement accordé par l'administration, l'intéressé n'avait communiqué aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de la position de l'office.

E. Agissant par l'entremise de son mandataire, A._____ a recouru le 20 août 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à ce qu'il soit entré en matière sur sa nouvelle demande de prestations, le dossier étant renvoyé à l'intimé pour instruction et nouvelle décision. Le recourant sollicite par ailleurs le bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice. Sur le fond, il considère qu'à l'aune de l'examen neuropsychologique réalisé en novembre 2010 ainsi que d'une nouvelle évaluation effectuée par le Prof. T._____ en août 2013, il ne fait aucun doute qu'une aggravation de ses facultés cognitives a été rendue plausible et justifie qu'il soit entré en matière sur sa nouvelle demande de prestations ; il estime de surcroît qu'une évaluation psychiatrique s'avère nécessaire eu égard aux troubles du comportement constatés lors de l'évaluation d'août 2013. Il ajoute qu'en mars 2010, les experts du Centre X._____ ont rendu leurs conclusions tout en admettant que l'évaluation neuropsychologique n'avait pas été possible et qu'ils se trouvaient dans l'impossibilité de se prononcer sur les capacités réelles, le quotient intellectuel (QI) n'étant pas évaluable. Il souligne toutefois que depuis lors, des troubles susceptibles de diminuer la capacité de travail avec une probable baisse de rendement de 30 à 50% ainsi que la nécessité d'une évaluation pratique ont été mis en évidence par l'évaluation neuropsychologique de novembre 2010, que le Dr R._____ a évoqué une péjoration du tableau le 9 décembre 2011, et que cette péjoration a été confirmée à l'issue de la dernière évaluation effectuée par le Prof. T._____ le 5 août 2013. Sous un autre angle, le

recourant estime que même si l'on devait admettre l'absence d'aggravation dûment établie après entrée en matière et instruction de l'affaire, il n'en demeurerait pas moins que les éléments résultant des évaluations neuropsychologiques de novembre 2010 et août 2013 devraient se voir considérer comme des preuves nouvelles ouvrant la voie de la révision procédurale. A l'appui de ses dires, il produit en particulier les pièces suivantes :

- un rapport du 9 août 2013 relatif à un examen réalisé le 5 août 2013 au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier S._____ par le Prof. T._____ et J._____, psychologue stagiaire, faisant état d'une désorientation aux 3 modes, d'inadéquations comportementales, d'une importante fatigabilité, d'un ralentissement psychomoteur ainsi que d'un effondrement des performances cognitives dans chaque domaine investigué chez un patient ne collaborant manifestement pas au mieux de ses possibilités, contexte rendant difficile l'évaluation de la capacité de travail effective ;

- un compte-rendu du Prof. T._____ du 9 août 2013 se référant à l'évaluation du 5 août précédent et faisant mention d'un patient effondré dans ses performances cognitives, présentant des troubles comportementaux et dont le niveau de collaboration sensiblement insuffisant, suggérant une amplification des plaintes, faisait obstacle à l'évaluation de la capacité de travail, ce qui était d'autant plus regrettable que le reste de l'examen témoignait très vraisemblablement d'une péjoration des capacités cognitives.

Par décision du 28 août 2013, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de procédure, avec effet au 20 août 2013.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé a conclu à son rejet par réponse du 11 septembre 2013. Il rappelle que les pièces produites en procédure administratives ont été soumises au SMR et qu'il en résulte que l'état de santé l'assuré ne s'est pas modifié depuis la

précédente décision du 25 mai 2010. S'agissant des pièces produites en procédure de recours, l'OAI relève que celles-ci ne peuvent être prises en compte puisque postérieures à la date de la décision attaquée. Pour le surplus, l'office renvoi à la décision querellée du 17 juin 2013 ainsi qu'à la lettre explicative du même jour.

Dans sa réplique du 3 octobre 2013, le recourant confirme ses précédents motifs et conclusions. Il relève en outre que dans la mesure où l'intimé s'est adressé directement au Dr R. _____ le 16 décembre 2011, suite à l'avis SMR du 14 décembre 2011, l'office est ainsi tacitement entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, ce qui implique pour lui de devoir instruire la cause de manière exhaustive en tenant compte de l'avis du Prof. T. _____ du 9 août 2013 et de l'évaluation neuropsychologique du 5 août 2013. L'assuré rappelle par ailleurs que les experts du Centre X. _____ n'ont pas été en mesure de procéder à une évaluation neuropsychologique et qu'ils se sont trouvés dans l'impossibilité de se prononcer sur les capacités réelles, le QI n'étant pas évaluable. Pour le recourant, il est dès lors douteux que la décision du 25 mai 2010 puisse servir de base de comparaison attendu qu'elle ne repose manifestement pas « *sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents* ». Il relève de surcroît que même en faisant abstraction de l'évaluation neuropsychologique d'août 2013, il reste que le bilan effectué en novembre 2010 mentionne une diminution de rendement de 30 à 50% et que le rapport du Dr R. _____ du 9 décembre 2011 fait état d'une aggravation des troubles.

Se déterminant le 23 octobre 2013, l'intimé maintient sa position. Il explique notamment avoir sollicité le compte rendu d'évaluation neuropsychologique de novembre 2010 afin de pouvoir se prononcer, sur la base des pièces médicales produites en procédure administrative, sur une éventuelle modification de l'état de santé du recourant et être finalement arrivé à la conclusion qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) – selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale 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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; cf. également TF 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 et 8C_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 1.2). 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et ATF 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le bien-fondé de la décision rendue le 17 juin 2013 par l'intimé, refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 30 septembre 2011 par le recourant.

Il convient ici d'écarter d'entrée de cause les arguments du recourant selon lesquels, dans l'hypothèse où l'on devrait admettre l'absence d'aggravation dûment établie après entrée en matière et instruction de l'affaire, les évaluations neuropsychologiques de novembre 2010 et août 2013 seraient malgré tout constitutives de preuves nouvelles ouvrant la voie de la révision procédurale. En effet, sous peine de sortir du cadre de la présente contestation, il n'appartient pas à la Cour de céans, saisie d'un litige portant sur une décision de refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, de se prononcer sur les suites éventuelles d'une entrée en matière notamment sous l'angle de la révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Sur ce point, l'argumentation du recourant est donc irrecevable.

3. a) 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 (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 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 (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. TF 9C_67/2009 du 22 octobre 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 (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 et TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

b) 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 et 122 V 158 consid. 1a avec les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (jusqu'au 31 décembre 2011 : art. 87 al. 3 RAI). Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 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 (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. 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 (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

4. Dans le cas d'espèce, il convient de rappeler que le recourant a déposé le 22 janvier 2009 une première demande de prestations AI pour adultes en invoquant le traumatisme crânien subi en 1983 ainsi que des problèmes métaboliques et cardiaques. Par décision du 25 mai 2010 fondée sur le rapport d'expertise du Centre X. _____ du 26 mars 2010, l'intimé a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré, considérant que le préjudice économique de celui-ci s'élevait à 10% et était par conséquent inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à la rente. Aucun recours n'ayant été déposé à l'encontre de cette décision, celle-ci est entrée en force.

Le recourant a par la suite introduit une nouvelle demande de prestations le 30 septembre 2011, en raison de troubles neuropsychologiques. Par décision du 17 juin 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, refus faisant l'objet de la présente contestation. Devant la Cour de céans, le recourant soutient plus

particulièrement que la décision du 25 mai 2010 ne peut servir de base de comparaison pour se prononcer sur l'évolution de son état de santé, dès lors qu'elle ne repose pas sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents. Il estime également que l'OAI aurait dû analyser l'affaire au fond dans la mesure où l'office est implicitement entré en matière sur la nouvelle demande du 30 septembre 2011. Enfin, il considère que tant l'avis du Dr R. _____ du 9 décembre 2011 que les évaluations neuropsychologiques réalisées par le Prof. T. _____ en novembre 2010 et août 2013 n'ont pas suffisamment été pris en compte.

a) On ne peut rejoindre le recourant lorsqu'il prétend que la décision de refus de rente du 25 mai 2010 ne reposerait « *manifestement pas sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents* » (cf. réplique du 3 octobre 2013 p. 3) et qu'elle ne pourrait servir de base de comparaison pour se prononcer sur l'évolution de son état de santé.

Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (cf. ATF 130 V 71) - actuellement art. 87 al. 2 RAI - que dans celui d'une révision de rente au sens de l'art. 17 LGPA (cf. ATF 133 V 108 consid. 5), c'est 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, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Dans le cas particulier, la décision de l'OAI du 25 mai 2010 répond sans l'ombre d'un doute à l'ensemble de ces réquisits. C'est notamment à tort - voire même avec une certaine témérité - que le recourant prétend le contraire en se prévalant de l'absence d'un examen matériel des faits pertinents, alors même que la décision en question a été rendue sur la base d'une expertise multidisciplinaire au Centre X. _____. Si l'assuré entendait émettre des critiques à l'encontre de cette décision, singulièrement de cette expertise, il lui incombait de le faire dans le cadre d'une procédure idoine, à savoir en interjetant recours à l'encontre de la décision du 25 mai 2010. L'intéressé s'est toutefois abstenu d'effectuer de

telles démarches, si bien que cette décision est entrée en force. Or, les motifs d'une décision de rente entrée en force ne peuvent pas faire l'objet d'un réexamen dans le cadre d'une procédure de révision ou de nouvelle demande; il n'y a pas lieu de revenir sur lesdits motifs, à moins que l'on ne soit en présence d'un nouveau cas d'assurance (cf. ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; cf. TF 9C_920/2010 du 18 octobre 2011 consid. 2.2), conditions qui ne sont pas réalisées en l'espèce. Du reste, la thèse défendue par le recourant est incohérente, dès lors qu'il affirme que « *l'intimé n'était [...] pas habilité à subordonner son entrée en matière sur la nouvelle demande à l'exigence que [l'assuré] rende plausible une aggravation de son état de santé depuis le 25 mai 2010* » (cf. réplique du 3 octobre 2013 p. 3), mais n'explique pas sur quel autre point de comparaison l'OAI aurait pu fonder son analyse – et pour cause, puisqu'au dépôt de la nouvelle demande le 30 septembre 2011, le droit à la rente de l'assuré n'avait fait l'objet d'aucune autre décision que celle du 25 mai 2010. A cela s'ajoute enfin que le recourant a lui-même adopté une position ambivalente, puisqu'il s'est également référé à la décision du 25 mai 2010 comme étant le point de départ temporel pour l'examen de la nouvelle demande du 30 septembre 2011 (cf. mémoire de recours du 20 août 2013 ch. 6 p. 9) et qu'il s'est de surcroît prévalu des évaluations neuropsychologiques effectuées « *[d]epuis la décision du 25 mai 2010* » (cf. réplique du 3 octobre 2013 p. 3).

Cela étant, il faut donc admettre que les griefs du recourant sont infondés et que la décision du 25 mai 2010 constitue bien le point de départ temporel pour l'examen de la nouvelle demande du 30 septembre 2011.

b) De même, c'est à tort que le recourant soutient que l'intimé serait implicitement entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 30 septembre 2011 et aurait par conséquent dû statuer sur le fond de l'affaire (cf. réplique du 3 octobre 2013 p. 2).

Il faut relever ici que l'assuré n'a produit spontanément aucun rapport médical à l'appui de sa nouvelle demande. Aussi l'intimé lui a-t-il

imparti un délai – ultérieurement prolongé face au manque de réaction de l'intéressé – pour produire ses moyens de preuve. C'est dans ce contexte qu'a été établi le rapport du Dr R. _____ du 9 décembre 2011. Certes, il est constant qu'après la production de ce rapport qui se référait à un bilan neuropsychologique effectué au Centre hospitalier S. _____, l'OAI – sur l'avis du SMR – a interpellé le Dr R. _____ en vue d'obtenir le compte-rendu de ce bilan, transmis par le médecin traitant le 23 décembre suivant. C'est ensuite sur la base de l'ensemble de cette documentation que le SMR a retenu, le 4 janvier 2012, que les constatations faites lors de l'expertise du Centre X. _____ demeuraient pertinentes, ce qui a amené l'intimé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Cela étant, il apparaît qu'à l'inverse de l'hypothèse dans laquelle des précisions auraient été demandées au médecin traitant suite au dépôt de la nouvelle demande, ce dernier a en l'espèce uniquement été invité à communiquer l'évaluation neuropsychologique dont les conclusions étaient reprises dans son rapport du 9 décembre 2011. En ce sens, on peut difficilement reprocher à l'OAI d'avoir procédé à des investigations supplémentaires (cf. TFA I 522/03 du 4 mai 2004 consid. 3.2) suite au dépôt de la demande de prestations du 30 septembre 2011 puisque cet office a uniquement demandé à avoir accès aux résultats d'examen cités par le médecin traitant. L'intimé n'a en revanche à aucun moment interpellé le Dr R. _____ ou même le Prof. T. _____ afin d'obtenir de plus amples informations. En définitive, l'office s'est contenté de requérir le rapport d'évaluation neuropsychologique du Centre hospitalier S. _____ dans le seul but de pouvoir déterminer en toute connaissance de cause s'il se justifiait ou non d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Il suit de là que d'un point de vue procédural, rien ne s'opposait au prononcé d'une décision de non entrée en matière. Sous cet angle, la décision du 17 juin 2013 échappe donc à la critique.

c) L'OAI n'étant pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 30 septembre 2011, il n'y a par conséquent pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de rente entrée en force du

25 mai 2010 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le droit à la prestation s'est produit. Il convient exclusivement de se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de septembre 2011, a établi de façon plausible que la situation s'était modifiée depuis le précédent refus de prestation.

aa) On relèvera à titre préalable que les pièces médicales relatives à l'évaluation neuropsychologique du 5 août 2013 - à savoir le compte-rendu d'examen neuropsychologique du 9 août 2013 du Prof. T._____ et de la psychologue stagiaire J._____, ainsi que le rapport du même jour rédigé par le Prof. T._____ - n'ont pas à être prises en considération dans l'analyse de la présente affaire, dans la mesure où ces documents ont été établis postérieurement au prononcé de la décision litigieuse (cf. consid. 3b supra). La présente procédure ne porte en effet que sur le point de savoir si le recourant a rendu plausible, devant l'OAI, une modification significative de sa situation depuis la décision initiale de refus de rente.

bb) La décision de refus de rente du 25 mai 2010 était essentiellement fondée sur le rapport d'expertise du Centre X._____ du 26 mars 2010, dont il n'appartient pas à la Cour de céans de discuter le bien-fondé (cf. consid. 4a supra). Aux termes de cette expertise, les spécialistes du Centre X._____ ont relevé, sur le plan somatique, que l'assuré était traité pour une fibrillation auriculaire, du diabète ainsi que des facteurs de risques cardio-vasculaires, n'entraînant pas d'incapacité de travail. Sous l'angle neurologique, les experts ont fait mention de troubles sensitivomoteurs sans substrat somatique évident et ont observé que les éléments à disposition ne permettaient pas de retenir une atteinte neurologique significative justifiant une incapacité de travail. Au niveau psychique, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique a été reconnu, ce diagnostic étant dépourvu d'impact sur la capacité de travail. Enfin, sous l'angle neuropsychologique, les experts ont considéré qu'il n'était pas possible de se prononcer sur les capacités réelles de l'assuré, que l'on pouvait admettre une efficacité intellectuelle assez pauvre mais

que le QI n'était pas évaluable et que, dans ces conditions, la capacité de travail était de 100% dans une activité simple et répétitive. Cela étant, les experts du Centre X._____ ont retenu que l'assuré présentait les atteintes ayant un impact sur la capacité de travail de fibrillation auriculaire traitée et de faible efficacité intellectuelle, qu'il y avait lieu d'éviter les activités physiquement exigeantes, les professions avec des risques de saignements ainsi que les activités requérant une certaine capacité d'apprentissage et de décision, et que dans une activité simple et répétitive respectant ces limitations, la capacité de travail de l'intéressé était entière, sans baisse de rendement.

Dans le cadre de la nouvelle demande déposée le 30 septembre 2011, il a été fait référence à une évaluation neuropsychologique au Centre hospitalier S._____ de novembre 2010 ainsi qu'à un rapport du Dr R._____ du 9 décembre 2011.

L'évaluation neuropsychologique au Centre hospitalier S._____ a plus précisément eu lieu les 1^{er} et 22 novembre 2010. Selon le rapport non daté y relatif, signé par le Prof. T._____ et les psychologues Z._____ et E._____, il en est résulté que l'assuré, partiellement collaborant, présentait des troubles attentionnels et exécutifs (sur un versant cognitif et comportemental) ainsi qu'une nosognosie insuffisante. Par ailleurs, dans un compte-rendu du 23 novembre 2010, le Prof. T._____ a confirmé ces diagnostics tout en estimant qu'ils étaient de nature à diminuer la capacité de travail, en ce sens que le taux d'activité exigible semblait proche de 100% mais avec une diminution de rendement atteignant probablement 30 à 50%, une évaluation pratique étant par ailleurs préconisée vu le versant comportemental des troubles exécutifs. A la lecture de ces documents, on ne décèle toutefois aucun indice objectif dans le sens d'une évolution défavorable de l'état de santé du recourant. Il apparaît au contraire que ces pièces renferment une appréciation différente - plus « *empathique* », pour reprendre les termes du SMR (cf. avis du 4 janvier 2012) - des troubles neuropsychologiques de l'intéressé. Sur ce point, il faut relever que lors de l'expertise au Centre X._____, l'assuré s'est montré peu collaborant et a adopté des comportements de

majoration, attitude évocatrice d'une efficacité intellectuelle pauvre mais rendant impossible l'évaluation neuropsychologique des capacités réelles (cf. rapport d'expertise du 26 mars 2010 p. 11 à 15). En revanche, lors de l'examen au Centre hospitalier S._____, il a partiellement collaboré, ce qui a permis de poser les diagnostics précités. Cela étant, à défaut de signes objectifs plaidant en faveur d'une modification des troubles du recourant, on ne saurait voir dans le bilan neuropsychologique de novembre 2010 la trace d'une évolution significative survenue depuis la décision de refus de prestations du 25 mai 2010. A cela s'ajoute que si le Prof. T._____ s'est fondée sur l'évaluation susdite pour retenir, le 23 novembre 2010, que l'assuré disposait d'une capacité de travail proche de 100% mais avec un rendement diminué de probablement 30 à 50%, cette spécialiste semble toutefois s'être prononcée sans égard au comportement partiellement collaborant adopté par le recourant lors de l'examen neuropsychologique au Centre hospitalier S._____. Cet élément se devait toutefois d'être pris en considération dans l'examen de la capacité résiduelle de travail ; à ce propos, on soulignera que, confrontés à l'attitude rénitente de l'assuré, les experts du Centre X._____ en ont pour leur part dûment tenu compte dans le cadre de leur analyse (cf. rapport d'expertise du 26 mars 2010 p. 15). Au surplus, peu importe que le Prof. T._____ ait nuancé ses conclusions en suggérant une évaluation pratique au vu du versant comportemental des troubles exécutifs, une telle réserve - exprimée sans plus d'explication - témoignant tout au plus des difficultés rencontrées par ce médecin pour se positionner quant à l'exigibilité. En tout état de cause, il demeure que le Prof. T._____ n'a fait mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de son analyse. Elle a ainsi simplement procédé à une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée, ce qui ne suffit pas pour que les conditions d'une entrée en matière selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI soient réunies (cf. TF 8C_732/2009 du 18 août 2010 consid. 5.3 et TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009 consid. 3.2.2). Ainsi, le bilan neuropsychologique effectué au Centre hospitalier S._____ en novembre 2010 n'est d'aucun secours au recourant dans le cadre de la présente affaire.

La même conclusion s'impose pour ce qui est du rapport du Dr R. _____ du 9 décembre 2011. Aux termes de son compte-rendu, ce médecin s'est notamment référé à des difficultés d'adaptation, d'évaluation du danger et d'aptitude à l'apprentissage qui se recourent avec les restrictions évoquées dans son précédent rapport du 16 juin 2009 concernant la concentration, la compréhension, l'adaptation et la résistance. Ces éléments n'ont dès lors rien de nouveau - étant rappelé qu'aux termes de l'expertise du Centre X. _____, il a été reconnu qu'il y avait lieu d'éviter les activités demandant une certaine capacité d'apprentissage et de décision (cf. rapport du 26 mars 2010 p. 17). Au demeurant, s'agissant plus particulièrement des difficultés évoquées par le Dr R. _____ dans le suivi du traitement prescrit pour la fibrillation auriculaire, on notera qu'à l'occasion de l'expertise pratiquée au Centre X. _____, une probable inobservance thérapeutique avait déjà été observée dans ce contexte (cf. rapport d'expertise du 26 mars 2010 p. 6). Dans son rapport du 9 décembre 2011, le Dr R. _____ a en outre fait référence à l'ablation d'un lipome suivie d'une évolution favorable, élément dont on peine à comprendre en quoi il pourrait être révélateur d'une dégradation de l'état de santé du recourant susceptible d'avoir des répercussions sur la capacité de travail et de gain de ce dernier. Par ailleurs, le médecin traitant de l'assuré a repris les conclusions de l'évaluation neuropsychologique effectuée au Centre hospitalier S. _____ en novembre 2010, lesquelles ne témoignent d'aucune évolution importante de la situation depuis la décision du 25 mai 2010 ainsi qu'exposé ci-dessus. C'est finalement en vain que le médecin traitant a signalé une dégradation sur le plan social, pareil facteur n'étant pas déterminant dans le présent contexte. Cela étant, rien dans le rapport du Dr R. _____ du 9 décembre 2011 ne laisse à penser que les conclusions de l'expertise du Centre X. _____ du 26 mars 2010 ne seraient plus d'actualité.

Il suit de là que les documents médicaux invoqués en procédure administrative n'apportent aucun nouvel élément dans le sens d'une modification significative de la situation du recourant depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force.

cc) 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 25 mai 2010, 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 AI déposée le 30 septembre 2011.

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 (cf. art. 69 al. 1bis 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 (cf. 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 (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires, 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 (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGa).

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

- I. Le recours déposé le 20 août 2013 par A. _____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 17 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. L'émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est laissé 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 le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour le recourant),
- 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 :