

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mai 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

U. _____, à Lausanne, recourant,

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. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en dernier lieu en qualité de chauffeur de taxi indépendant.

Le 22 juin 2011, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), faisant valoir une atteinte à la santé non spécifiée, prévalant depuis l'adolescence.

Dans un rapport du 11 août 2011 à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), les Drs S._____ et H._____, psychiatres au Département de psychiatrie du B._____, site de W._____, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de :

- syndrome de dépendance à l'alcool et à la cocaïne, actuellement abstinent dans un milieu protégé, depuis 1997 (F10.21 ; F12.21),
- épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, depuis 2011 (F32.19),
- autres troubles anxieux, sans précision, depuis 2008 (F40.9), et
- accentuation de traits de personnalité dépendante (Z73.1).

Les psychiatres ont attesté une totale incapacité de travail dans la profession de chauffeur de taxi dès le 1^{er} mars 2011, tout en précisant que l'assuré avait été hospitalisé à l'Hôpital de W._____ du 15 avril au 3 juin 2011, après qu'il ait exprimé une idéation suicidaire scénarisée. Au titre des limitations fonctionnelles, les médecins ont indiqué que le patient souffrait d'angoisses envahissantes, d'attaques de panique, d'une symptomatologie dépressive invalidante (humeur abaissée, anhédonie, dévalorisation profonde et culpabilisation, idéation suicidaire fluctuante). Ils ont également mis en exergue des difficultés cognitives, dont les plus invalidantes étaient des troubles mnésiques, un discret dysfonctionnement exécutif et un léger défaut d'accès lexical. L'assuré connaissait des crises d'angoisse et des difficultés de concentration en raison de sa symptomatologie anxio-dépressive, qui

l'empêchaient de se rendre au travail et de poursuivre son activité professionnelle. Le pronostic des médecins restait réservé, compte tenu de la gravité du trouble anxieux et des difficultés cognitives. Ils estimaient néanmoins qu'une reprise du travail pouvait être espérée, sans toutefois pouvoir préciser dès quelle date. L'assuré suivait un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré ambulatoire et prenait du Ciprallex 10mg, « 3 mg le matin » (sic) et du Seroquel XR 300 mg le soir, de l'Anxiolit et du Stilnox lui ayant été prescrits en réserve.

Renseignant à leur tour l'OAI dans un rapport du 14 octobre 2011, les Dresses K._____ et X._____, psychiatres à l'Unité de toxicodépendance du J._____ à [...], ont posé les diagnostics invalidants de :

- utilisation nocive d'alcool, actuellement abstinent, depuis l'adolescence (F10.11),
- syndrome de dépendance à la cocaïne, actuellement abstinent (F14.21),
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, depuis 2010 (F33.10),
- anxiété généralisée (F41.1),
- personnalité dépendante (F60.6).

Les psychiatres ont attesté une totale incapacité de travail dans l'activité de chauffeur de taxi indépendant, depuis le 1^{er} juin 2011, estimant que dite activité n'était plus exigible en raison de la persistance de l'état dépressif, avec anxiété et fatigabilité, compte tenu du stress engendré par les contacts avec les clients. Par contre, dans une activité d'entrepreneur de taxi, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50%. Les médecins ont fait état de trois séjours à l'Hôpital de W._____, deux pour sevrage en 2006 et 2008, et une hospitalisation en psychiatrie en 2011. Le traitement consistait en Ciprallex 30 mg/j, Seroquel XR 300 mg/j et Anxiolit, prescrit en réserve.

Dans un rapport du 29 juin 2012 à l'OAI, les Dresses K._____ et X._____ ont fait état d'une péjoration de la symptomatologie

dépressive, survenue après que l'assuré se soit fait retirer son permis de conduire, pour consommation de cocaïne. Affecté par un épisode dépressif d'intensité moyenne, l'intéressé souffrait d'idées noires, d'angoisses, de tristesse, d'un sentiment de dévalorisation et de culpabilité, en rapport avec sa consommation actuelle, de peur de retomber dans la même situation que par le passé avec plus de dettes, et de difficultés à gérer sa responsabilité en tant qu'adulte. L'assuré avait de surcroît rechuté dans sa consommation régulière de cocaïne et d'alcool. Le traitement psychiatrique intégré se poursuivait et la médication restait inchangée.

Compte tenu de ces éléments, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, qu'elle a confiée au Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Aux termes d'un rapport d'expertise du 29 novembre 2012, le Dr M. _____ a retenu les diagnostics suivants, selon la classification DSM-IV-TR :

- « Axe I : Etat dépressif de gravité légère et/ou trouble des émotions lié à la consommation chronique d'alcool et de cocaïne
- Axe II : Personnalité avec fonctionnement du registre état limite, avec des traits d'immatunité
- Axe III : cf. spécialiste concerné
- Axe IV : Difficultés socio-économiques ; retrait de permis (autre ?) »

De l'avis de l'expert, ces atteintes restaient toutefois sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, lequel bénéficiait d'une pleine capacité en tant que chauffeur de taxi, sans diminution de rendement, depuis le 16 octobre 2011. Le psychiatre a par contre reconnu une incapacité de travail à 100% dès le 15 avril 2011, date de son hospitalisation à W. _____, jusqu'au 15 octobre 2011, soit six mois, par analogie au trouble de l'adaptation. Le Dr M. _____ estimait que c'était dans l'activité de chauffeur de taxi que l'assuré pourrait au mieux valoriser sa capacité de travail, mais qu'il pouvait travailler dans toute activité peu qualifiée, adaptée à sa motivation et ses compétences. Au jour de l'expertise, l'assuré prenait trois comprimés de 10 mg de Cipralex le matin et un comprimé de Seroquel 300 XR le soir. Le Dr M. _____ a

constaté une très mauvaise concordance entre les tests psychométriques d'hétéro-évaluation et ceux d'auto-évaluation, les premiers concluant à une symptomatologie dépressive sub-clinique et une anxiété mineure, alors que les seconds évoquaient une symptomatologie dépressive très sévère et une anxiété élevée. Les tests avaient en outre mis en évidence des scores pathologiques s'agissant des traits paranoïaques et psychotiques. Au chapitre de la discussion, l'expert a retenu les éléments suivants :

« D'un point de vue **psychopathologique**, nous nous trouvons face à un sujet relativement nonchalant, très « ennuyé » par son retrait de permis, puisqu'il a perdu son outil de travail. La symptomatologie dépressive est peu conséquente, chez un assuré qui mène sa vie quotidienne sans grandes difficultés, certes sans grandes ambitions non plus, mais cela fait partie de sa personnalité.

Il n'y a pas d'anhédonie, d'aboulie, mais M. U._____ est relativement plaintif et fuyant lorsque l'on aborde la question du travail. L'assuré paraît se réfugier immédiatement derrière ses médecins traitants, sans d'ailleurs pouvoir le justifier, pour annoncer qu'il ne pourrait pas travailler à plus de 50%. Non dénué de ressources, M. U._____ fait travailler un employé sous sa licence de taxi à l'heure actuelle.

On peut évoquer tout au plus un **état dépressif récurrent, de gravité légère, ou un trouble des émotions et des conduites lié à la consommation chronique d'alcool**, comme le témoigne le test de CDT, même si M. U._____ reste dans le déni partiel, et de **cocaïne**, dont il nous dit qu'il arriverait beaucoup mieux à la contrôler à l'heure actuelle. Il n'y a pas d'autres comorbidités psychiatriques.

Le facteur essentiel est l'existence d'une **personnalité** plutôt faible, sans grandes motivations et esprit d'émulation dans l'existence. Prédomine une certaine **immaturité** chez un sujet à **fonctionnement du registre état limite**.

Il paraît relativement clair, vu son histoire personnelle, que le diagnostic de « personnalité dépendante » tel que retenu dans le rapport des Dr. S._____ et H._____ du 11.08.2011 est largement insuffisant pour rendre compte de son profil de personnalité.

CAPACITÉ DE TRAVAIL

Nous ne partageons pas le point de vue de ses médecins traitants, qui semblent expliquer que M. U._____ « reconnaît que sa consommation d'alcool et de cocaïne est prise comme un médicament contre ses angoisses et non par plaisir ». Cette allégation semble relever plus de la projection des thérapeutes qu'à la réalité clinique et peut être interprétée comme une prise de position excusatoire chez un sujet qui paraît un stratège en bénéfices secondaires lorsque les éléments de la réalité - un retrait de permis - lui sont contraires.

Certes, on retient une hérédopathie de la maladie de la dépendance chez son père, une enfance probablement difficile, mais jusqu'aux faits qui nous occupent - à part les conséquences de sa toxicomanie et de son addiction - l'assuré a pu réaliser son activité professionnelle sans grandes difficultés. On sait des conflits à répétition, des dettes auprès d'amis, des réactions anxio-dépressives lors de ruptures qui ont pu entraîner parfois des épisodes d'incapacité de travail partielle ou totale. Actuellement, M. U._____ vit seul et a rapidement retrouvé une certaine stabilité. D'ailleurs, ses décompensations sont surtout le fait de situations extérieures plutôt que d'un conflit intrapsychique.

Il nous paraît dès lors hasardeux et médicalement non justifié de l'exempter de ses obligations et responsabilités, en considérant que sa capacité de travail soit diminuée. Nous pensons qu'au-delà des périodes de décompensation, autrement dit lors de ses hospitalisations du 13.10.2008 et 03.06.2011 - que l'on peut arrondir à 6 mois (soit le 15.10.11) par analogie au trouble de l'adaptation - sa capacité de travail médico-théorique est entière et ceci dans toute activité. C'est d'ailleurs comme chauffeur de taxi qu'il pourra au mieux valoriser sa capacité de travail si l'abstinence est maintenue.

Au niveau médical, il faut bien entendu travailler l'abstinence, ce qui ne sera pas facile chez un sujet qui a priori n'exprime que peu de motivation et fonctionne dans le déni. Par contre, la prise d'antidépresseur (Cipralex et Quétiapine) est conforme à la posologie annoncée (cf. point 3.3 examens paracliniques) et explique aussi la bonne stabilisation de son état psychique à l'heure actuelle.

On ne peut que recommander la poursuite de la prise en charge habituelle ».

Dans un rapport du 7 décembre 2012, le Dr T._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé un état dépressif de gravité légère (F32.0). Il a en outre estimé que le diagnostic de personnalité avec fonctionnement du registre état limite avec traits immatures n'était pas du ressort de l'AI. Hormis une totale incapacité de travail du 1^{er} mars au 30 septembre 2011, l'assuré conservait une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Toujours selon le Dr T._____, la consommation de substances, primaire, sortait du domaine de l'AI, le médecin précisant qu'en dehors des périodes de décompensation (hospitalisations), la capacité de travail restait théoriquement entière, pour autant que l'abstinence soit garantie.

Par projet de décision du 5 mars 2013, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations du 22 juin

2011. Se fondant sur les conclusions des Drs M._____ et T._____, l'office a retenu que l'intéressé disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité. La seule incapacité de travail attestée médicalement, du 1^{er} mars au 3 septembre 2011, avait duré moins d'une année. L'assuré ne subissant aucune perte économique du fait de son état de santé, il n'avait droit ni à une rente, ni à des mesures d'ordre professionnel.

Par décision du 29 avril 2013, l'OAI a confirmé son refus de prestations, dans les mêmes termes que ceux figurant dans le projet de décision du 5 mars 2013. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. Le 29 octobre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, faisant valoir un trouble dépressif récurrent chronique invalidant et un trouble sévère de la personnalité prévalant depuis 2005. Il a également indiqué qu'il se trouvait en totale incapacité de travail depuis le 1^{er} octobre 2014.

Par courrier du 30 octobre 2014, l'OAI a rendu l'assuré attentif que, s'agissant d'une nouvelle demande, il lui appartenait de rendre plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. L'office lui a demandé de produire un rapport médical détaillé précisant, entre autre, le diagnostic, la description de l'aggravation et la date à laquelle elle est survenue, le degré de sa capacité de travail et le pronostic.

Dans un rapport du 20 novembre 2014 à l'OAI, le Dr P._____, nouveau psychiatre traitant depuis janvier 2014, a posé les diagnostics de :

- trouble de la personnalité sévère psychotique aux traits paranoïaques et schizoïdes (F61),
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans symptômes somatiques (F33.10), et
- consommation épisodique de cocaïne (F14.24).

D'agissant du traitement, le psychiatre a indiqué que son patient bénéficiait toujours d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré et qu'il prenait du Cipralax 20mg/j et du Seroquel XR 300 mg/jour. Il a également exposé les éléments suivants :

« (...)

Mon évaluation clinique me fait soutenir la demande AI de M. U._____, car j'observe un patient qui présente une pathologie psychiatrique qui évolue « silencieusement », mais qui est très handicapante au niveau social et professionnel.

Le patient a une vie précaire, avec peu de ressources financières, un isolement social et une totale incapacité de se réinsérer professionnellement. Ces dernières années, la dégradation est progressive et le patient se voit dans l'incapacité de changer sa situation par lui-même. Toutes les mesures entreprises se sont vouées à l'échec en raison de ses difficultés psychiques. La dégradation psychosociale est sévère et probablement irréductible.

Quant à mon observation clinique, M. U._____ est un patient qui fait son âge, amaigri, tenue et hygiène souvent négligées. Orienté aux 4 modes. Partiellement anosognosique. Le discours est pauvre, répétitif et monothématique. Le patient ne présente pas de troubles des perceptions, mais il a un vécu paranoïaque franc, avec un sentiment de méfiance et de persécution permanent, un déni psychotique (déli de consommations qui s'avèrent marginalement positives, déni de sa situation psychosociale et anosognosie). Il présente aussi d'autres symptômes psychotiques dits négatifs comme un certain apragmatisme, retrait et isolement social, aboulie, anhédonie et abrasement des affects. Cette symptomatologie est source d'angoisse qui se manifeste de façon récurrente et sous la forme d'une anxiété permanente.

Le patient présente de façon récurrente une baisse thymique, avec des idées noires et une baisse de l'élan vital. Il a des troubles du sommeil avec des insomnies initiales et fragmentation du sommeil, ainsi qu'un rythme nycthémeral inversé. Les activités sociales sont restreintes et les contacts sociaux sont pauvres et éminemment superficiels (incapacité d'établir des relations proches soutenues).

M. U._____ présente une structure de personnalité franchement psychotique. Ceci se présente à travers un trouble de personnalité sévère aux traits paranoïaques et schizoïdes ainsi que par un trouble dépressif récurrent. A l'heure actuelle, les symptômes dépressifs et anxieux sont d'intensité moyenne grâce à un suivi psychothérapeutique et au traitement médicamenteux antidépresseur et neuroleptique, mais l'équilibre est très fragile.

Il s'agit d'un patient avec un risque psychosocial très élevé. Toute chance de récupérer son permis de conduire a été refusée par le service des automobiles. Il habite une chambre, fournie par l'aide sociale, qu'il doit quitter pour des raisons peu claires (conflictualité?). Il est en bout de course, les idées noires commencent à se présenter plus fréquemment. S'il n'y a pas d'évolution dans sa situation de vie, le risque vital devient une réalité.

C'est pour ces raisons et au vu de la dégradation clinique et sociale progressive que je vous propose de revenir sur la décision de refus d'une rente AI et de réévaluer son dossier à la lumière de ces éléments. »

Dans un avis du SMR du 20 janvier 2015, le Dr R. _____ s'est exprimé en ces termes :

« La question posée est celle de la plausibilité de l'atteinte à la santé.

Nous sommes en fait confrontés à la divergence d'approche diagnostique en pathologie psychiatrique entre :

- d'une part, l'évaluation lors de l'expertise par le Dr M. _____ (RM [rapport médical] du 29.11.2012) qui avait retenu un état dépressif de gravité légère et/ou trouble des émotions lié à la consommation chronique d'alcool et de cocaïne ; une personnalité avec fonctionnement du registre état limite avec des traits d'immaturité. L'analyse des tests psychométriques dont le SCL-90 R (symptom check list) donne des scores pathologiques à sub-pathologiques pour tous les facteurs, à l'exception de la phobie. Par contre, ils sont pathologiques pour traits paranoïaques et traits psychotiques. Il est souligné que l'assuré fonctionne dans le déni de sa situation sociale et son défaut d'abstinence. Le traitement comporte 30mg Ciprex et 1cp Seroquel 300XR sachant que « l'assuré sent une bonne évolution depuis l'introduction de ce traitement. Il déclare le prendre quotidiennement ».
- d'autre part, l'avis du nouveau médecin psychiatre Dr P. _____ qui suit l'assuré depuis le 14.01.2014 et qui déclare un épisode dépressif actuel moyen sans symptômes somatiques (F33.10), une consommation épisodique de cocaïne (F14.24) et un trouble de la personnalité sévère psychotique aux traits paranoïaques et schizoïdes (F61) (RM 24.11.2014).

En fait, il est surtout rapporté une grande détresse sociale, avec un épisode dépressif passé effectivement de léger à moyen actuellement mais qui semble ne pas avoir bénéficié du traitement adéquat, car le traitement semble avoir été réduit (20mg de Ciprex au lieu de 30mg).

Dans ces conditions, il ne nous paraît pas justifié de retenir d'autre diagnostic ni d'aggravation durable. Les conclusions émises dans le RM SMR du 07.12.2012 restent donc valables. »

Par projet de décision du 23 janvier 2015, l'OAI a signifié son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, dès lors qu'il n'avait pas rendue vraisemblable une modification essentielle des conditions de faits depuis la dernière décision. Aux yeux de l'office, l'assuré avait plutôt fait état d'une appréciation différente de l'état de fait existant au moment du précédent refus de prestations.

S'adressant à l'OAI par courrier du 16 février 2015 intitulé « Recours du projet décision AI », le Dr P._____ a admis que le patient ne présentait « pas de nouveau diagnostic ». Il a toutefois soutenu qu'il existait une aggravation significative de la sévérité de son état clinique, qui s'objectivait par l'évaluation clinique et par l'impact sur la vie du patient (précarité psychosociale en aggravation significative). Selon le psychiatre traitant, les traitements médicamenteux avaient été globalement inefficaces, comme c'était généralement le cas en présence de troubles sévères de la personnalité, et seuls étaient susceptibles d'être efficaces la psychothérapie en cours, ainsi que des mesures de réinsertion et un soutien psychosocial.

Dans un courrier du 19 février 2015 à l'OAI, l'assuré a signifié son désaccord face au projet de décision du 23 janvier 2015. Il a indiqué qu'il ne travaillait plus depuis 2012 et que le retrait de son permis de conduire l'empêchait d'exercer son métier de conducteur de taxi. Précisant souffrir de graves troubles du sommeil, d'anxiété et d'angoisses quotidiennes allant jusqu'à lui donner des idées suicidaires, l'assuré a expliqué que depuis son séjour à l'Hôpital de W._____, son état psychique et physique s'était fortement dégradé et ne faisait que de s'aggraver.

Par décision du 8 mai 2015, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 29 octobre 2014, maintenant que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle de sa situation. Dans un courrier du même jour, l'office a expliqué à l'assuré que ni lui, ni son psychiatre traitant, n'avait apporté de nouveaux éléments susceptibles de justifier d'autres diagnostics et une aggravation durable de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 29 avril 2013.

C. Par acte du 1^{er} juin 2015, U._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision rendue par l'OAI le 8 mai 2015, concluant implicitement à sa

réforme, en ce sens qu'il soit entré en matière sur sa nouvelle demande du 29 octobre 2014. Il fait en substance valoir que depuis son séjour à l'Hôpital de W._____, son état de santé s'est fortement dégradé et n'a fait que de s'aggraver, conduisant à la perte de son travail et de son logement. A l'appui de son recours, il a produit un rapport du Dr P._____ du 26 mai 2015.

Dans une réponse du 30 juin 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision contestée. L'OAI a fait valoir qu'après examen des rapports du psychiatre traitant, le SMR avait estimé qu'il n'existait pas de diagnostics autres que ceux prévalant déjà au moment de la décision de refus de prestations d'avril 2013 et qu'aucune aggravation des troubles susceptible de modifier le degré d'invalidité de l'assuré n'avait été rendue plausible. Quant au rapport du Dr P._____ du 26 mai 2015, il était subséquent à la décision contestée, de sorte qu'il n'y avait, selon l'office, pas lieu d'en tenir compte.

Par réplique du 30 juillet 2015, le recourant a produit une communication de la Commission administrative de Service intercommunal des taxis du 26 février 2015 le sommant de déposer d'ici au 5 mars 2015 son autorisation A, en exécution de l'arrêt de la Cour de droit administratif et public du 4 février 2015.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 ; RS 831.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - comme c'est le cas en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let a LAI) - sont sujettes à recours

auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 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 (art. 60 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), 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 (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieux en l'espèce le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 29 octobre 2014.

3. Par sa décision du 8 mai 2015, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, au motif que celui-ci n'a pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait depuis la dernière décision de refus du 29 avril 2013, susceptible de changer son droit aux prestations. De son côté, se fondant sur les rapports de son psychiatre traitant, le recourant conteste le bien-fondé de cette décision, arguant du fait que depuis son séjour à l'Hôpital

de W._____, son état de santé s'est fortement dégradé et continue à s'aggraver, conduisant à la perte de son travail et de son logement. Cela étant, il estime que l'OAI doit entrer en matière sur sa nouvelle demande et procéder à l'instruction de son dossier.

4. a) Aux termes de l'art. 87 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que son invalidité au sens de l'art. 8 LPGA s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies (al. 3), à savoir si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à modifier ses droits. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 125 V 410 consid. 2b ; cf. TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 72 consid. 2b ; AVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, *Rechtprechung des Bundesgerichts zum IVG*, p. 259).

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 ; TF 9C_487/2013 du 21 octobre 2013 consid. 2.1, 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 2, 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. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2, 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2, 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2.). Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge 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 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a).

c) Le moment déterminant pour produire les moyens de preuves pertinent est celui du dépôt de la nouvelle demande ; si l'assuré ne fait que de proposer de les produire, l'administration doit alors lui impartir un délai raisonnable pour les déposer (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_635/2015 du 16 octobre 2015 consid. 2.1). Dans le cadre de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les

circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus de prestation (cf. ATF 130 V 66 consid. 5.2.5 ; cf. TF 9C_789/2012 précité consid. 2.3).

d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 126 V 353 consid. 5b et réf. cit. ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 319 consid. 5a).

5. En l'espèce, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 29 octobre 2014. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois d'octobre 2014, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 8 mai 2015 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision de refus de prestations du 29 avril 2013.

a) A titre préalable, il sied de relever que le rapport du Dr P._____ du 26 mai 2015 ne peut pas être pris en considération dans l'examen de la présente cause. De jurisprudence constante en effet (cf. consid. 4c supra), le juge doit se contenter d'examiner l'état de fait tel

qu'il se présentait à l'OAI au moment où il a statué. Ainsi, ledit rapport, produit en procédure de recours, ne peut être retenu pour déterminer si la reprise de l'instruction du dossier par l'intimé ensuite de la nouvelle demande du 29 octobre 2014 s'imposait.

b) Au cours de l'instruction de sa première demande, le recourant a fait l'objet d'une expertise psychiatrique confiée au Dr M._____. Les conclusions du rapport d'expertise du 29 novembre 2011 ont fondé la décision de l'OAI du 29 avril 2013, entrée en force, aux termes de laquelle l'administration n'a retenu aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité, ni aucune limitation fonctionnelle, estimant que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans toutes activités lucratives.

Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, l'assuré a été invité par l'OAI à produire un rapport médical détaillé, précisant notamment le diagnostic, la description de l'aggravation de son état de santé, la date à laquelle dite aggravation est intervenue, le nouveau degré de sa capacité de travail ainsi que le pronostic (cf. courrier du 30 octobre 2014). Le recourant a produit deux rapports de son nouveau psychiatre traitant. Dans son rapport du 20 novembre 2014, le Dr P._____ a posé les diagnostics de trouble de la personnalité sévère psychotique aux traits paranoïaques et schizoïdes (F61), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans symptômes somatiques (F33.1) et de consommation épisodique de cocaïne (F14.24). Le 16 février 2015, le Dr P._____ a adhéré à l'appréciation du Dr R._____ (cf. avis du SMR du 7 décembre 2012), en ce sens que son patient ne présentait pas de nouveaux diagnostics, appréciation qu'il a confirmée le 26 mai 2015. On peut ainsi retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 4d supra) que le recourant ne souffrait pas, au moment de la décision litigieuse, de pathologies autres que celles prévalant déjà en avril 2013, lors du refus de rente.

Le Dr P._____ soutient cependant que la situation clinique et sociale de son patient s'est progressivement dégradée. Dans son rapport

du 20 novembre 2014, il a mis en avant une « pathologie psychiatrique qui évolue "silencieusement" mais qui est très handicapante au niveau social et professionnel ». Le 16 février 2015, le psychiatre a expliqué que l'état clinique de l'assuré avait subi une aggravation significative, qui s'objectiverait, selon lui, par l'évaluation clinique et par l'impact sur la vie de l'intéressé, caractérisée par une précarité psychosociale en aggravation significative. Force est toutefois de constater que les éléments avancés par le Dr P. _____ ne suffisent pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant, de nature à modifier son droit aux prestations. Il sied tout d'abord de relever que le médecin traitant fait état d'une dégradation prévalant « depuis plusieurs années » (cf. rapport du 20 novembre 2014), alors qu'à l'époque, il suivait l'assuré depuis moins d'un an. De son côté, le recourant affirme que son état de santé s'est dégradé depuis son séjour à W. _____ (cf. courrier du 19 février 2015 à l'OAI et acte de recours). Cependant, cette hospitalisation est intervenue en avril 2011 déjà, soit bien avant l'expertise du Dr M. _____ de novembre 2012 et la décision de refus de prestations d'avril 2013. Ces différentes allégations ne suffisent ainsi pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant depuis le refus de prestations d'avril 2013.

Certes, le psychiatre traitant met en avant un vécu paranoïaque franc, avec un sentiment de méfiance et de persécution permanent, ainsi qu'un déni psychotique, s'agissant de sa consommation d'alcool et de cocaïne, de sa situation psychosociale et de son atteinte à la santé (anosognosie). Le Dr M. _____ avait toutefois déjà mis en exergue des scores pathologiques s'agissant des traits paranoïaques et psychotiques, de sorte que les constatations du Dr P. _____ ne sont pas signes d'une aggravation significative.

Certes également, le Dr P. _____ estime que le trouble dépressif récurrent connaît un épisode d'intensité moyenne, alors que le Dr M. _____ avait retenu un état dépressif léger. Le psychiatre traitant ne précise cependant pas les éléments qui l'ont conduit à cette nouvelle qualification. Il n'indique pas la fréquence et l'intensité des symptômes

constatés. Il ne démontre pas non plus en quoi, ni depuis quand, les symptômes du registre dépressif, qui prévalaient déjà en 2013 sans pour autant affecter la capacité de travail de l'assuré, seraient entretemps devenus invalidants. A noter qu'en 2011 déjà, ses prédécesseurs avaient également plaidé en faveur d'un épisode dépressif de gravité moyenne (cf. rapports des Drs S. _____ et H. _____ du 11 août 2011 et des Dresses K. _____ et X. _____ du 14 octobre 2011), de même qu'à une évolution dans le sens d'une aggravation (cf. rapport des Dresses K. _____ et X. _____ du 29 juin 2012), ce que le Dr M. _____ n'avait pas retenu. Le Dr P. _____ fait en outre preuve de contradiction lorsqu'il affirme d'une part, le 20 novembre 2014, que les symptômes dépressifs et anxieux sont d'intensité moyenne grâce au suivi psychothérapeutique et au traitement médicamenteux antidépresseur et neuroléptique, et d'autre part, le 16 février 2015, que les traitements médicamenteux ont globalement été inefficaces. On remarquera également à cet égard que la diminution de prescription de Cipralex, de 30 mg en 2012 à 20mg en 2014, ne plaide pas non plus en faveur d'une aggravation des troubles dépressifs.

D'une manière générale, les rapports du Dr P. _____ ne sont pas suffisamment précis et documentés pour rendre plausible une dégradation de l'état de santé de son patient susceptible de modifier son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Le psychiatre ne se prononce pas sur l'impact des affections énumérées en termes de capacité de travail, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qu'il ne définit au demeurant pas. Dans la mesure où le Dr P. _____ n'explique pas pourquoi les diagnostics retenus justifieraient désormais une limitation de la capacité de travail de son patient, force est de considérer que son avis constitue uniquement une appréciation différente d'une situation antérieure identique, ou en d'autres termes, une évaluation divergente de la gravité des troubles affectant son patient. Or, cela ne suffit pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé susceptible de contraindre l'intimé à entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré (cf. consid. 4a supra). Ces conclusions s'imposent d'autant plus

que le laps de temps écoulé entre la décision de refus de prestations (avril 2013) et la nouvelle demande (octobre 2014) a été court, ce qui légitimait l'OAI à procéder à l'examen du caractère plausible de l'aggravation avec d'autant plus de sévérité (cf. consid. 4a supra). Dans la mesure où les observations actuelles du médecin traitant ne diffèrent pas substantiellement des constats retenus par le SMR en décembre 2012, l'on ne peut prendre en compte une modification sensible de l'état de santé du recourant.

En définitive, dans le cas du recourant, les problématiques sociales apparaissent au premier plan. Le Dr P._____ insiste lui-même sur ces aspects, relevant que son patient mène une vie précaire, avec peu de ressources financières, dans le contexte d'un isolement social et d'une dégradation psychosociale sévère et probablement irréductible, compte tenu de refus signifiés par le Service des automobiles de lui restituer son permis de conduire et ses conditions précaires de logement. Force est toutefois de constater que la situation sociale et professionnelle était déjà très précaire en 2013 ; l'assuré se trouvait déjà sous le coup d'un retrait de permis depuis mai 2012, pour une durée indéterminée, ce qui l'empêchait d'exercer son activité de chauffeur de taxi. En outre, Taxi Service lui avait déjà laissé entendre qu'il comptait lui retirer sa licence de taxi s'il ne récupérait pas son permis de conduire à brève échéance, retrait qui est finalement intervenu après le dépôt du recours. En tout état de cause, même à retenir une dégradation sociale et professionnelle, on ne pourrait suivre le recourant lorsqu'il affirme que la perte de son travail et de son logement ont été induits par l'aggravation de son état de santé. Si l'assuré s'est retrouvé privé de travail, c'est en raison du retrait de son permis de conduire (puis de sa licence de taxi), provoqué par ses problèmes de dépendance primaire à l'alcool et à la cocaïne (cf. avis SMR du 7 décembre 2012). Bien que ces circonstances ne laissent pas insensible, elles ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité.

5. Dans la mesure où le recourant n'a pas apporté des éléments médicaux permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était

modifié de manière à influencer ses droits, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

6. **a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu cependant, au vu des circonstances du cas d'espèce, il sera exceptionnellement renoncé à la perception de frais de justice.

b) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 8 mai 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- U. _____, à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances social, à Berne,

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 :