

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 novembre 2017

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mme Pasche et M. Piguet, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat  
à Lausanne,

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 ou le recourant), né en [...], de nationalité portugaise, est au bénéfice d'un permis de séjour « B » en Suisse. Il a travaillé en dernier lieu, du 14 juillet 2010 au 21 avril 2011, comme peintre dans le bâtiment pour le compte d'une agence en placement de personnel. Le 11 août 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en faisant état de problèmes cardiaques avec la pose d'un pacemaker le 15 juillet 2011 au CHUV et d'une apnée du sommeil. Il a présenté les incapacités de travail suivantes (dossier communiqué le 26 septembre 2011 par l'assureur perte de gain [...]) :

- 100%, du 28 février au 20 mars 2011 ;
- 50%, du 21 mars au 28 mars 2011 ;
- 100% à partir du 29 mars 2011.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'assuré (rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2011 du Dr C. \_\_\_\_\_, chef de clinique au Centre d' [...] [...] du CHUV, rapport du 27 septembre 2011 du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin traitant depuis le 20 juin 2011, et rapport du 15 novembre 2011 du Dr I. \_\_\_\_\_, chef de clinique et de la référente socio-éducative F. \_\_\_\_\_ du Centre [...] à [...]). Affecté d'un syndrome d'apnées du sommeil traité et de brachycardie idiopathique appareillée par pacemaker, atteintes toutes deux sans incidence sur sa capacité de travail, l'assuré souffrait sur le plan psychiatrique et avec effet incapacitant, de trouble dépressif récurrent (épisode dépressif léger ; F33) et d'un syndrome de dépendance aux opiacés sous substitution par Subutex® (F11.22). Après une hospitalisation sur un mode volontaire à [...], du 29 mars 2011 au 3 juin 2012, la thymie était qualifiée d'améliorée. L'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique intégré auprès des médecins du [...], avec des rendez-vous réguliers (une à deux fois par mois) selon

l'évolution de son état de santé. Pour le Dr I.\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assuré oscillait entre 50 à 100% dans son activité habituelle de peintre en bâtiment compte tenu d'une fragilité psychique et d'une capacité limitée à s'adapter à un niveau élevé de stress.

Afin d'évaluer la capacité de travail de l'assuré en situation professionnelle, l'OAI a pris en charge les frais d'un stage d'observation au sein de l'Atelier [...] de la Fondation [...] au [...], du 16 janvier au 15 mars 2012 (communication du 13 janvier 2012). Cette mesure a dû être interrompue en cours d'exécution, l'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé de sorte qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible (communication du 23 février 2012).

Dans un rapport du 13 mars 2012 au médecin-conseil de l'OAI, le Dr E.\_\_\_\_\_ a fait part d'une situation sans notable évolution. Sur le plan somatique, l'interruption de l'assistance respiratoire décidée par les médecins du [...] depuis environ six mois avait détérioré la qualité du sommeil, et donc la sensation de fatigue. Au point de vue psychiatrique, le médecin traitant renvoyait l'OAI auprès du psychiatre de l'assuré.

Le 10 juillet 2012, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et une assistante sociale du Département de psychiatrie du Centre [...], ont fait part de l'évolution suivante :

"Depuis l'automne dernier, M. A.\_\_\_\_\_ continue à venir régulièrement aux entretiens de suivi dans notre centre et reste abstinent de consommation d'opiacés sous substitution de Subutex. A ce niveau, l'évolution favorable déjà relevée lors du précédent rapport est stable. Le patient bénéficie auprès de notre centre d'un traitement de Subutex 12mg/j et de Ciprallex 10mg/j, ainsi que d'un suivi psychiatrique intégré avec des entretiens réguliers bimensuels avec sa référente, Mme [...] (actuellement en congé maternité et remplacée par Mme [...]), et avec le Dr. O.\_\_\_\_\_ selon l'évolution de son état psychique.

La persistance d'une symptomatologie dépressive modérée nous avait conduits, au mois de mars dernier, à réintroduire un traitement antidépresseur de Ciprallex dont l'efficacité n'a pas pu être observée en raison du manque de compliance du patient pour ce traitement. En plus d'une thymie abaissée, d'une perte d'espoir, d'une baisse de l'élan vital, nous avons relevé chez M. A.\_\_\_\_\_ une fatigabilité importante à mettre sur le compte d'un syndrome d'apnées du

sommeil dont le traitement par CPAP [Continuous Positive Airway Pressure] avait été interrompu depuis plusieurs mois et qui a été réévalué dans le courant du mois de juin au Centre d'[...] du CHUV. Le Dr C. \_\_\_\_\_, dont vous trouverez le rapport en annexe, pose l'indication à une reprise du traitement par CPAP et une prise régulière du traitement de Cipralex. En effet, l'arrêt des antidépresseurs ainsi que le syndrome dépressif lui-même sont des facteurs aggravants le trouble du sommeil.

Compte tenu de la fatigue et des symptômes dépressifs que présente le patient, le pronostic est actuellement réservé, mais à réévaluer à distance de la reprise du traitement par CPAP et la compliance au traitement antidépresseur. Par ailleurs, M. A. \_\_\_\_\_ présente toujours une fragilité psychique compromettant ses capacités d'adaptation à un stress. Son abstinence, la gestion de ses problèmes somatiques, le maintien de ses liens familiaux et sociaux et une stabilité économique sont des facteurs de bon pronostic. Sa capacité de travail n'est aujourd'hui pas envisageable au-dessus de 50%."

Dans un avis du 3 octobre 2012, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en gériatrie, médecin au SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), a résumé comme suit la situation :

"Assuré de 53 ans, séparé, 1 enfant de 12 ans, scolarité ordinaire au Portugal, établissement en Suisse en avril 2005, dernière activité comme peintre dans le bâtiment.

Dans son RM du 15 novembre 2011 le Dr I. \_\_\_\_\_ du centre [...] de Lausanne, nous informe qu'il suit l'assuré depuis juin 2008 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger F33.0 et pour un syndrome de dépendance aux opiacés, sous traitement de substitution existant depuis l'âge de 35 ans, soit 1992, 13 ans avant son établissement dans notre pays. Il n'existe pas de comorbidités antérieures à la dépendance aux opiacés, l'assuré après avoir suivi une scolarité normale a travaillé dans le bâtiment au Portugal, puis a fondé une entreprise. Il n'y a pas de notion de séjour en milieu hospitalier jusqu'en mars 2011. Il s'agit donc de l'avis de [...], psychiatre FMH, d'une toxicomanie primaire au sens de la LAI. La toxicomanie existe depuis 1992.

La cardiopathie justifiant la pose d'un pacemaker le 15 juillet 2011 ne justifie aucune incapacité de travail durable ni limitation fonctionnelle. L'ergométrie du 14 avril 2011 objective une capacité d'effort complète de 9,1METs et l'US cardiaque est normal.

Le SOAS est qualifié de modéré et le traitement par BiPAP est efficace et exigible. Ce problème de santé est sans impact sur la CT [capacité de travail].

L'assuré a été affecté par un épisode dépressif sévère F32.2. Il a été hospitalisé sur un mode volontaire à [...] du 29 mars 2011 au 3 juin 2012. A sa sortie de [...], la thymie est qualifiée d'améliorée.

LM : 21 février 2011.

[...] estime qu'un épisode dépressif léger ne justifie une IT [incapacité de travail] durable.

La capacité de travail est entière dans l'activité habituelle et, ce, dès le 16 novembre 2011.

Le délai de carence n'est pas échu."

Par projet de refus de prestations du 15 octobre 2012, l'OAI a constaté, sur la base de l'avis SMR précité, qu'à l'échéance du délai de carence d'une année depuis le dépôt de sa demande le 11 août 2011, l'assuré ne présentait pas de préjudice économique en raison d'une atteinte à la santé ; il avait présenté une incapacité de travail (et de gain) totale dans toute activité, du 11 août 2011 au 15 novembre 2011. Dès le 16 novembre 2011, sa capacité de travail était à nouveau totale dans son activité usuelle de peintre en bâtiment.

Par décision du 26 novembre 2012, l'Office AI a dénié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures d'ordre professionnel), étant précisé que la contestation du 2 novembre 2012 de l'intéressé à l'encontre du projet du 15 octobre 2012 n'avait pas apporté d'élément nouveau susceptible de modifier la position de l'administration. Cette décision n'a pas été contestée.

**B.** Le 21 mai 2015, l'OAI a été informé par l'Office des curatelles et des tutelles professionnelles (OCTP) d'une curatelle de représentation et de gestion, instituée par la Justice de paix du district de [...] au terme de sa délibération en séance du 23 janvier 2015, avec la nomination d'une assistante sociale de l'OCTP en tant que curatrice de l'assuré.

En date du 24 août 2015, A. \_\_\_\_\_ a déposé une seconde demande de prestations AI pour adultes. Cette démarche était motivée par une maladie psychique (dépression sévère), des problèmes de mémoire, le port d'un pacemaker, un syndrome d'apnée du sommeil, des douleurs physiques (fatigue) et un asthme.

Le 30 septembre 2015, la Dresse U. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et une intervenante socio-éducative du

Département de psychiatrie du Centre [...], ont fait parvenir à l'OAI un rapport daté du même jour, dans lequel elles ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, sévère, sans symptômes psychotiques (F33.11), de syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement sous traitement de substitution (F11.22), de trouble cognitif léger d'origine multifactorielle (F06.7), d'intelligence limite, de bradycardie idiopathique (diagnostiquée en 2011 avec pose d'un pacemaker) et de syndrome d'apnée du sommeil. Le cas de l'assuré était décrit en ces termes :

“L'état de santé psychique de M. A. \_\_\_\_\_ s'est péjoré depuis 2012 lors du diagnostic et l'aggravation de ses problèmes somatiques (cardiaques et respiratoires) qui l'ont empêché de poursuivre son travail en tant que peintre avec la même bonne performance qu'auparavant. En effet, le patient souffre d'un trouble anxio-dépressif récurrent avec un épisode dépressif sévère depuis 2011 pour lequel il a été hospitalisé à deux reprises à l'hôpital de [...] :

- En octobre 2012, il a été hospitalisé dans le cadre d'une aggravation de son état anxio-dépressif avec idées suicidaires.
- En janvier 2014, il a été hospitalisé dans un contexte de syndrome dépressif sévère avec des symptômes psychotiques et idées suicidaires.

A notre demande, différents examens ont été effectués en 2014 et 2015 dont vous trouverez les rapports en annexes :

- Octobre-novembre 2014 : examens psychologiques Rorschach – TAT-Wais IV. Le tableau évoque une triple pathologie : psychiatrique, faible efficacité intellectuelle et atteinte cognitive.
- Décembre 2014 : examens neuropsychologiques. « *Nous retenons, outre les signes d'acquisition scolaire insuffisante, des troubles mnésiques antérogrades se manifestant dans les deux modalités, auxquels s'associent des troubles dysexécutifs, attentionnels du rendement. Ce tableau associé aux données anamnestiques ne permet pas d'exclure des troubles développementaux (touchant notamment les apprentissages, ressources intellectuelles de faible niveau) qui se sont probablement aggravés lors de la consommation de substances puis par l'apparition de troubles de l'humeur concourant à limiter progressivement l'autonomie du patient et sa capacité de travail* ».
- Mars 2015 : IRM cérébral débouchant sur une demande de consultation au Centre de la Mémoire. « *Absence d'atrophie significative pour l'âge. Multiples lésions de la substance blanche à prédominance frontale peu spécifiques mais nécessitant une investigation neurologique dans le contexte* ».
- Juillet et août 2015 : Consultations spécialisées au Centre de la Mémoire.

Diagnostics retenus : trouble cognitif léger d'origine multifactorielle avec composantes :

- Probablement vasculaire (probable hypertension artérielle non traitée et leucoencéphalopathie frontale IRM).

- Probablement thymique (syndrome dépressif chronique).
- Probablement toxique et médicamenteuse (ancienne polytoxicomanie, consommation actuelle de cannabis et benzodiazépines).
- Possiblement hypotoxique (syndrome d'apnée du sommeil appareillé).
- Possiblement développementale (QI mesuré).

Status psychiatrique actuel: le patient est conscient, orienté aux quatre modes et collaborant. Hygiène et aspect préservés. Difficultés attentionnelles et de concentration. Hypomimie. Discours peu spontané mais fluide et globalement cohérent. Pas de symptômes de la lignée psychotique. Humeur déprimé, peu réactif. Hypohedonie avec une hypobulie. Sentiment de tristesse avec une tendance à s'isoler et diminution des activités quotidiennes. Alexitimie. Irritabilité. Sentiment de désespoir et d'incurabilité. Anxiété psycho-physique (dyspnée, douleur thoracique). Sommeil fractionné, des fois avec insomnie globale. Des idées suicidaires récurrentes, pas scénarisées ni structurées. Bon insight."

Selon la Dresse U.\_\_\_\_\_, compte tenu de sa symptomatologie actuelle, l'assuré était totalement incapable de travailler. Au vu de la péjoration et la chronicité des troubles psychiatriques ainsi que de leurs répercussions sur la vie quotidienne de l'intéressé, le pronostic était réservé sur ce plan. En outre, la poursuite d'un suivi psycho-social et un suivi somatique chez le nouveau médecin traitant étaient indiqués en raison de limitations physiques « de plus en plus importantes ».

Etaient joints au rapport du 30 septembre 2015 du Centre [...]:

- un rapport du 12 novembre 2014 faisant suite à un examen psychologique (Rorschach - TAT - WAIS-IV) de l'assuré effectué les 20 octobre et 7 novembre 2014 par une psychologue au Service de psychiatrie générale du CHUV ;
- un rapport du 22 décembre 2014 relatif à un examen neuropsychologique de l'intéressé du 17 décembre 2014 au CHUV qui retient une dysfonction exécutive, mnésique et attentionnelle au premier plan ;

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale du 23 mars 2015 réalisée par les médecins du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV ;

- deux rapports des 22 juillet et 15 septembre 2015 des médecins de la Consultation spécialisée au Centre [...] de la Mémoire du CHUV, consécutifs à des examens de l'assuré des 3 juillet et 18 août 2015. Les psychiatres consultés à ces occasions ont posé les diagnostics suivants :

“Diagnostic retenu

Trouble cognitif léger d'origine multifactorielle avec composantes :

- probablement vasculaire (probable hypertension artérielle non traitée et leucoencéphalopathie frontale à l'IRM)
- probablement thymique (syndrome dépressif chronique)
- probablement toxique et médicamenteuse (ancienne polytoxicomanie, consommation actuelle de cannabis et benzodiazépines)
- possiblement hypoxique (syndrome d'apnée du sommeil appareillé)
- possiblement développementale (QI mesuré à 45)

Diagnostic(s) secondaire(s)

Pose d'un pacemaker pour un bloc atrio-ventriculaire du premier degré et un bloc de branche droit avec insuffisance chronotrope et pause de la conduction atrio-ventriculaire lors de l'ergométrie

Syndrome d'apnées du sommeil appareillé

Syndrome dépressif sévère avec risque auto-agressif et symptômes psychotiques en février 2014

Syndrome de dépendance à l'héroïne, sous substitution par Méthadone du 2008 au 2011 et sous Subutex depuis 2011.”

Ils se sont également prononcés comme suit sur le cas de l'assuré :

“A la suite des examens, nous confirmons l'origine multifactorielle du trouble cognitif léger. Il est remarquable que la venlafaxine soit absente dans le sang, et également son métabolite, ce qui parle en faveur d'un manque d'adhérence du patient par rapport à ce traitement. La persistance de son état anxio-dépressif va dans la même direction. Nous proposons de poursuivre la prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique afin d'optimiser l'état psychique du patient. Etant donné le parcours de vie du patient, nous mettons fortement en doute un QI de 45, mais nous postulons tout de même une origine développementale chez un patient ayant pu présenter des troubles des acquisitions scolaires.

En dehors de l'adaptation médicamenteuse et l'accompagnement social chez un patient très fragile qui risque de perdre son permis de séjour, nous vous recommandons une surveillance stricte des facteurs de risques cardio-vasculaires.

Nous recommandons un bilan à une année afin de clarifier le besoin d'un nouvel examen neuropsychologique."

Interrogé par l'OAI afin de se prononcer sur une aggravation établie par le rapport du 30 septembre 2015 recueilli au dossier depuis la décision de refus de prestations du 26 novembre 2012 qui retenait une toxicomanie primaire de l'assuré, le Dr M. \_\_\_\_\_ s'est positionné comme suit dans un avis SMR du 24 mai 2016 :

"Le courrier du Centre [...] du 15 septembre 2015 objective une non-compliance thérapeutique au traitement antidépresseur et retient un trouble cognitif léger d'origine multifactorielle qui n'est pas de nature à influencer la capacité de travail. Le QI mesuré à 45 ne permettrait pas de vivre seul en dehors d'une institution et nous n'avons aucun élément démontrant une aggravation depuis l'établissement de l'assuré en Suisse en 2005 ; il n'a pas été passé dans la langue maternelle du sujet et l'abstinence de produit psychotrope/stupéfiant n'a pas été contrôlée au moment de l'examen. Les tests TAT et Rorschach passés les 20 octobre et 7 novembre 2014 conduise[nt] l'examineur psychologue à écrire que «sur le plan du fonctionnement de personnalité, le tableau présenté ne montre pas de caractéristiques d'un fonctionnement psychotique». Ces éléments ne démontrent pas d'aggravation psychique depuis la dernière décision AI et ne contredisent pas non plus la persistance d'une toxicomanie active bien au contraire.

La toxicomanie et la dépendance aux substances multiples est acquise depuis l'âge de 36 ans, soit en 1995 ou 10 ans avant son établissement dans notre pays.

Les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision AI ne fournissent aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé. D'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision AI."

Par projet de décision du 27 mai 2016 - intégralement confirmé par décision du 6 juillet 2016 -, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations (rente et mesures professionnelles), au motif que ce dernier n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 26 novembre 2012.

**C.** Par recours déposé le 2 septembre 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, A. \_\_\_\_\_ représenté par Me Jean-Michel Duc, a conclu avec dépens à l'annulation de la décision précitée ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI. Sur la base d'un nouveau rapport du 21 juillet 2016 du Dr Y. \_\_\_\_\_, médecin-psychiatre et de l'intervenant socio-éducatif Z. \_\_\_\_\_ du Centre [...], le recourant soutient que l'importante dégradation de son état de santé justifie que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande de prestations du 24 août 2015. A titre de mesures d'instruction, il a sollicité la production de son dossier en mains de l'OAI et la mise en œuvre d'une expertise ainsi que son audition lors d'une audience publique. Il a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire comprenant la dispense d'avances et des frais judiciaires, ainsi que la nomination comme conseil d'office de Me Duc. Il ressort ce qui suit du rapport du 21 juillet 2016 précité à l'intention du médecin-conseil de l'OAI :

"A la demande de M. A. \_\_\_\_\_, nous vous adressons ce courrier en réponse à votre refus en date du 06 juillet 2016. Nous contestons le fait qu'entre les rapports de 2012 et le dernier en date [de] septembre 2015, il n'existe qu'une appréciation différente d'un même état de fait. Le tableau clinique de M. A. \_\_\_\_\_ s'est dégradé et des éléments cliniques et diagnostics nouveaux ont été mis en évidence. En effet, comme le mentionn[ait] la Dresse U. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 30 septembre 2015, nous relevons les points suivants :

- Premièrement, une péjoration du tableau clinique anxio-dépressif avec notamment deux hospitalisations. La première, en octobre 2012, pour décompensation anxio-dépressive avec idées suicidaires. La deuxième, en janvier 2014, pour une nouvelle décompensation anxio-dépressive, cette fois avec des symptômes psychotiques et des idées suicidaires.
- Deuxièmement, des plaintes mnésiques de plus en plus invalidantes, non mentionnées précédemment. Des tests neuropsychologiques sont réalisés fin 2014 et mettent en évidence : « *outre les signes d'acquisition scolaires insuffisante, des troubles mnésiques antérogrades se manifestant dans les deux modalités, auxquels s'associent des troubles dysexécutifs, attentionnels du rendement* ». En Août 2015, la consultation mémoire pose le trouble cognitif léger d'origine multifactorielle avec composantes :
  - Probablement vasculaire (probable hypertension artérielle non traitée et leucoencéphalopathie frontale IRM).
  - Probablement thymique (syndrome dépressif chronique).

- Probablement toxique et médicamenteuse (ancienne polytoxicomanie, consommation actuelle de cannabis et benzodiazépines).

- Possiblement hypotoxique (syndrome d'apnée du sommeil appareillé).

- Possiblement développementale (QI mesuré).

Ce diagnostic et ces symptômes n'étaient pas connus [en] 2012."

Dans sa réponse du 29 novembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il produit un avis médical SMR du 31 octobre 2016 du Dr M. \_\_\_\_\_ auquel il se rallie. Ce document est libellé en ces termes :

"Le courrier du Centre [...] du 15 septembre 2015 objectivait une non-compliance thérapeutique au traitement antidépresseur et retenait un trouble cognitif léger d'origine multifactorielle qui n'est pas de nature à influencer la capacité de travail. Le trouble dépressif chronique qui a été pris en compte lors de l'instruction initiale (léger à l'époque) s'est aggravé de façon passagère pour atteindre un degré de gravité sévère qui a nécessité 2 séjours en milieu psychiatrique hospitalier (octobre 2012 et janvier 2014). Le QI mesuré à 45 ne permettrait pas de vivre seul en dehors d'une institution, ni d'obtenir un permis de conduire automobile et nous n'avons aucun élément démontrant une aggravation depuis l'établissement de l'assuré en Suisse en 2005; il n'a pas été passé dans la langue maternelle du sujet et l'abstinence de produit psychotrope/stupéfiant n'a pas été exigée/contrôlée au moment de l'examen. Les tests TAT et Rorschach passés les 20 octobre et 7 novembre 2014 conduisent l'examineur psychologue à écrire que «sur le plan du fonctionnement de personnalité, le tableau présenté ne montre pas de caractéristiques d'un fonctionnement psychotique». *Le TAT et le Rorschach 2 tests projectifs: Les méthodes projectives (voir l'introduction aux méthodes projectives) prennent origine dans le cadre théorique de la projection, qui, en psychanalyse, puis par extension en psychologie clinique, est un mécanisme de défense du Moi, permettant de découvrir "l'intérieur" de l'esprit d'un patient, en observant ce qu'il perçoit à l'extérieur. Ce mécanisme est mis en lien avec les processus de Top-down et de bottom-up, classiques en psychologie cognitive. Deux principaux tests en sont les représentants, le test de tâches de Rorschach, et le TAT qui s'adresse davantage aux enfants. Test de Rorschach: C'est le test communément appelé test des tâches d'encre, aussi bien utilisé avec les adultes qu'avec les enfants. On présente une série de 10 tâches d'encre à partir desquelles on demande au sujet « ce que cela pourrait être ». Il n'y a plus de bonnes ou de mauvaises réponses au sens strict du terme. La première tâche est noire avec des nuances plus ou moins prononcées de gris, alors que la dernière est colorée. Les tâches ont des dégradations, qui donnent souvent une impression de peau ou de fourrure. En 1920, Rorschach, psychiatre, invente la première méthode projective avec l'idée qu'elle permettra d'évaluer certaines dimensions de la personnalité de l'individu. L'hypothèse clinique suppose que la manière dont va répondre le sujet informe sur la structure de sa personnalité.*

*Rorschach et ses collègues pensent que lors de l'épreuve, des processus perceptifs et projectifs sont utilisés : cela va avec l'idée que toute perception met en jeu deux éléments : l'objet perçu et le sujet qui perçoit. En face de situations ambiguës, on a tendance à imaginer, et plus l'objet à percevoir est clair, moins le sujet est impliqué dans l'action de perception. Les réponses du sujet peuvent varier selon son état d'esprit. La manière dont est interprété le test de Rorschach relève actuellement de deux courants : L'un français qui va interpréter dans une tradition psychanalytique, avec l'idée que chacune des planches va « réveiller » chez le sujet des problématiques liées en partie à son enfance. On va alors essayer de comprendre comment le sujet va réagir et essayer de se défendre devant les planches. Aucune étude de validation du Rorschach n'a cependant été faite, ce qui différencie ce courant du courant anglo-saxon, qui, lui, a testé des sujets normaux autant que des sujets anormaux. Il considère ce test comme une épreuve nécessitant des capacités de perception et d'adaptation. Le courant s'appuie beaucoup moins sur la psychanalyse, interprétant les réponses données en termes d'indices de dépression, schizophrénie, etc. Le TAT : Dans la même logique que le test de Rorschach, le «Thematic Apperception test» se différencie de celui-ci de par la nature des informations présentées : on a un matériel beaucoup plus concret (par exemple, des photos en noir et blanc) et on demande au sujet d'imaginer une histoire à partir de chaque planche. Là encore, pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seulement des histoires qui vont être sources d'information quant à la personnalité de l'individu et de ses difficultés. On suppose que les planches du TAT vont renvoyer à une situation liée à une problématique de l'enfance (relation père-fils, difficultés à l'école, etc.). Ces éléments ne démontent pas d'aggravation psychique depuis la dernière décision AI et ne contredisent pas non plus la persistance d'une toxicomanie active bien au contraire. L'examinateur précise à la fin de son rapport devant l'hétérogénéité des résultats qu'ils sont «à prendre avec prudence».*

Au total, la gravité de la dépression qui prévalait en 2011 ne s'est aggravée de façon notable que lors des périodes s'étant conclues par un séjour hospitalier en milieu psychiatrique dont les médecins et l'avocat de l'assuré ont omis de nous transmettre les comptes rendus qui contiennent les descriptions des séjours et l'anamnèse des circonstances qui y ont mené. A la sortie de l'hôpital rien n'évoque que le statu quo ante d'usage n'était pas établi. Ces 2 rapports auraient dû être versés au dossier pour documenter l'annonce d'une possible aggravation. Cela n'a pas été fait.

La toxicomanie et la dépendance aux substances multiples est acquise depuis l'âge de 36 ans, soit en 1995 ou 10 ans avant son établissement dans notre pays.

Les conclusions à la fin de l'été 2015 des médecins du Centre [...] de la Mémoire vont dans le sens de troubles cognitifs légers d'origines multifactorielles dans un contexte de non compliance médicamenteuse à la venlafaxine, médicament antidépresseur majeur. Cet élément n'est pas de nature non plus à rendre plausible une aggravation de l'état de santé persistante après mise en place d'un traitement.

Les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision AI ne fournissent aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé. D'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision AI.”

En annexe à sa réplique du 31 mars 2017, le recourant a produit un rapport du 14 février 2017 dans lequel le Dr Q.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et F.\_\_\_\_\_, du Centre [...], reprennent en intégralité la teneur et les explications du rapport du 30 septembre 2015 de la Dresse U.\_\_\_\_\_ ainsi que des pièces médicales annexées déjà au dossier. Le recourant a maintenu ses précédentes conclusions et précisé que l'importante dégradation de son état de santé, à savoir une aggravation de ses problèmes somatiques et « très significative » de sa pathologie psychiatrique entravant la reprise de toute activité professionnelle, justifie que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande du 24 août 2015.

Dans sa duplique du 1<sup>er</sup> mai 2017, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il observe que le dernier rapport produit ne doit pas être pris en compte étant donné qu'il est postérieur à la décision querellée.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 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 des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent, et selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'OAI d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré du 24 août 2015 signifié par décision du 6 juillet 2016. L'objet du litige se résume à déterminer si, dans ses démarches auprès de l'intimé à partir du 24 août 2015, le recourant a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision du 26 novembre 2012 lui déniait le droit à toutes prestations (rente et mesures professionnelles).

**3. a)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence

d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; TFA I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (actuellement art. 87 al. 3 RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2), tel que cela est en l'espèce le cas.

**b)** Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse ; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses

moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002 consid. 4). Il s'ensuit que dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

**4. a)** En l'espèce, le recourant fait valoir que les documents produits à l'appui de sa nouvelle demande de prestations attestent une péjoration de son état de santé somatique (problèmes cardiaques et respiratoires) mais surtout psychiatrique, cela en raison d'un syndrome dépressif sévère avec des symptômes psychotiques et des idées suicidaires ainsi que de multiples lésions de la substance blanche mises en évidence à l'IRM. Il en déduit être en incapacité de travailler à 100%. Il a notamment requis comme moyen de preuve de ses allégations, la mise en œuvre d'une expertise par le tribunal.

**b)** A titre liminaire, il convient de relever que par la décision litigieuse l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, retenant que les documents médicaux recueillis à son dossier ne permettaient pas au service médical régional de déterminer que les éléments étaient suffisants pour admettre une modification de l'état de santé.

Dans la mesure où le Tribunal est saisi d'un recours contre un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, il ne lui appartient pas d'instruire la cause en lieu et place de l'intimé ni de statuer sur le droit

aux prestations. A ce stade, la requête d'expertise judiciaire présentée par le recourant est donc rejetée.

Cela précisé, il convient dès lors de déterminer si ce dernier a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 26 novembre 2012.

**5. a)** Sur le plan somatique, au moment de la décision précitée, l'OAI n'avait pas retenu de diagnostics invalidants, étant d'avis que les troubles respiratoires et cardiaques, traités efficacement, ne justifiaient aucune invalidité permanente ni incapacité de travail importante et de longue durée (cf. avis SMR du 3 octobre 2012).

En seconde écriture, le recourant allègue une péjoration de ses problèmes cardiaques et respiratoires en prenant appui sur le dernier avis du 14 février 2017 des psychiatres du Centre [...]. Force est de constater que les rapports produits par l'intéressé devant l'OAI ne contiennent pas d'argumentaire médical rendant plausible une aggravation de son état de santé somatique intervenue depuis la décision de novembre 2012. En effet, seule la Dresse U.\_\_\_\_\_ du Centre [...] évoque en passant dans son pronostic psychiatrique l'indication de la poursuite d'un suivi psychosocial et un suivi somatique de l'assuré par son nouveau médecin traitant « étant donné les limitations physiques de plus en plus importantes », mais sans plus amples précisions (rapport du 30 septembre 2015, p. 2). Quant au rapport du 14 février 2017 du Dr Q.\_\_\_\_\_, psychiatre, dont le contenu est identique à celui du 30 septembre 2015 de la Dresse U.\_\_\_\_\_, il n'apporte pour sa part aucun indice dans le sens d'une dégradation de l'état de santé somatique de l'intéressé depuis la décision du 26 novembre 2012.

**b)** Sur le plan psychiatrique, la décision du 26 novembre 2012 a refusé au recourant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente) en se fondant sur l'avis SMR du 3 octobre 2012 du Dr M.\_\_\_\_\_ qui concluait à l'absence de maladie psychiatrique incapacitante durable - malgré un épisode dépressif léger

et une toxicomanie primaire existant depuis 1992 – et à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de l'intéressé dès le 16 novembre 2011.

A l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 24 août 2015, le recourant a produit devant l'OAI un rapport du 30 septembre 2015 de la Dresse U.\_\_\_\_\_ du Centre [...] avec une liasse de pièces médicales en annexe. Il ressort de ce rapport qu'en raison d'un trouble anxio-dépressif récurrent sévère avec des idées suicidaires, l'assuré a dû être hospitalisé à deux reprises à l'hôpital de [...], à savoir en octobre 2012 puis en janvier 2014. Lors du second séjour, il a été observé des symptômes psychotiques. Pour la Dresse U.\_\_\_\_\_, les affections psychiques de son patient excluent l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle. La détérioration de la santé psychique de l'assuré est corroborée par le rapport du 12 novembre 2014 dont les examens psychologiques pratiqués en octobre et novembre 2014 ont mis en évidence une triple pathologie (psychiatrique, faible efficacité intellectuelle et atteinte cognitive). L'examen neuropsychologique du 17 décembre 2014 conclut outre des signes d'acquisition scolaire insuffisante, à la présence de troubles mnésiques antérogrades se manifestant dans deux modalités, auxquels s'associent des troubles dysexécutifs, attentionnels et de rendement. L'IRM cérébrale de mars 2015 a pour sa part objectivé de multiples lésions de la substance blanche à prédominance frontale « peu spécifique mais nécessitant une investigation neurologique dans le contexte ». Les consultations spécialisées en juillet et août 2015 au Centre de la Mémoire ont confirmé chez l'assuré l'évolution d'un trouble cognitif léger, d'origine multifactorielle (probablement des troubles développementaux aggravés dans le contexte de consommation de substances, sans sevrage complet), apparu dans un contexte psychosocial difficile depuis environ trois ans (rapport du 22 juillet 2015, p. 3 et rapport du 15 septembre 2015, p. 2). Le tableau clinique actuel, à savoir la péjoration et la chronicité des troubles psychiatriques ainsi que leurs répercussions sur le quotidien de l'assuré malgré le suivi dont celui-ci bénéficie, justifie, selon la Dresse U.\_\_\_\_\_, un pronostic réservé (rapport du 30 septembre 2015, p. 2).

Les rapports produits dans le cadre du recours, soit ceux des 21 juillet 2016 et 14 février 2017, ne font qu'expliquer les avis déjà recueillis au dossier de l'OAI. Les diagnostics sont notamment identiques et il y est fait part des deux hospitalisations non volontaires de l'assuré à [...], en octobre 2012 et janvier 2014, en lien avec un syndrome dépressif sévère avec des idées suicidaires et des symptômes de type psychotique. Les rapports des 21 juillet 2016 et 14 février 2017 des psychiatres du Centre [...] ne peuvent par conséquent pas être écartés pour le seul motif qu'ils ont été produits postérieurement à la décision litigieuse.

L'avis SMR du 24 mai 2016 du Dr M. \_\_\_\_\_ - qui n'est pas psychiatre - est sommaire, n'examine pas la totalité des rapports produits par le recourant à l'appui de l'aggravation alléguée. Le médecin-conseil limite en effet son analyse de la situation à l'aune des seuls éléments et conclusions du second rapport du 15 septembre 2015 des spécialistes du Centre de la Mémoire. L'avis médical du 31 octobre 2016, joint par l'OAI à sa réponse, ne traite pas plus des rapports produits (mais toujours et seulement celui du 15 septembre 2015 du Centre de la Mémoire) ni même du rapport du 21 juillet 2016 qui lui aurait été soumis. Le Dr M. \_\_\_\_\_ lie le trouble cognitif du recourant uniquement à la toxicomanie alors que celui-ci est multifactoriel (probable hypertension artérielle non traitée et leucoencéphalopathie frontale à l'IRM et syndrome dépressif chronique). Il déduit de la présence d'un trouble cognitif léger et d'un manque d'adhérence du recourant à un traitement, l'absence d'une aggravation psychique, alors que les psychiatres consultés évoquent une décompensation anxio-dépressive et un état dépressif sévère avec des symptômes psychotiques et des idées suicidaires. Ces diagnostics et ces symptômes n'étaient pas posés en 2012 et justifient selon les médecins consultés une totale incapacité de travail, ce qui contredit l'hypothèse du Dr M. \_\_\_\_\_ selon laquelle l'état psychique du recourant ne se serait aggravé que durant les séjours hospitaliers faute de comptes rendus. Dans ces circonstances, les avis du SMR ne sont pas convaincants, et partant sans valeur probante dans le cadre de la présente affaire.

**c)** Au vu de ce qui précède, il s'avère qu'avec sa nouvelle demande, le recourant a produit divers rapports de psychiatres et de spécialistes qui font mention d'éléments objectifs nouveaux. On ne saurait partager les avis, au demeurant non probants, du SMR, relatif à l'absence de signes plausibles d'une péjoration de l'état de santé psychique de l'intéressé.

Le rapport du 30 septembre 2015 et ses annexes, comme ceux postérieurs des 21 juillet 2016 et 14 février 2017, sans suffire à établir une telle péjoration au degré de la vraisemblance prépondérante, la rendent suffisamment plausible pour justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande et une véritable instruction de la cause. A ce stade, il n'appartient pas au Tribunal d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement d'ordonner à l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande et d'instruire la cause. Toutefois, compte tenu des atteintes à la santé constatées, on observera qu'un simple avis par un médecin non psychiatre du SMR n'est en tous les cas pas suffisant.

**6.** Le recourant sollicite, à titre de mesures d'instruction, la tenue d'une audience publique en vue de son audition personnelle.

Saisi d'une demande tendant à la mise en œuvre de débats publics, le juge doit en principe y donner suite. Il peut cependant s'abstenir dans les cas prévus par l'art. 6 par. 1 seconde phrase CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales conclue le 4 novembre 1950 ; RS 0.101), lorsque la demande est abusive (chicanière ou dilatoire), lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien fondé ou lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 136 I 279 consid. 1 ; 134 I 331 consid. 2.3 et 122 V 47 consid. 3b ; TF 9C\_220/2016 du 1<sup>er</sup> septembre 2016 consid. 2.1). En l'occurrence, les pièces au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause en faisant entièrement droit aux conclusions du recourant de sorte que son audition personnelle se révèle ainsi superflue, puisqu'elle ne conduirait pas à modifier la conviction du Tribunal et ne

serait par conséquent pas de nature à influencer sur l'issue de la présente cause (cf. TF 8C\_723/2016 du 30 mars 2017 consid. 3).

**7. a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision de refus d'entrer en matière du 6 juillet 2016. Il s'ensuit que la cause doit être renvoyée à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant le 24 août 2015, procède à son instruction et rende une nouvelle décision.

**b)** 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. TVA comprise, au regard de l'importance et des difficultés de la cause, et de les mettre à la charge de l'OAI. Vu que ce montant dépasse l'indemnité à laquelle pourrait prétendre le mandataire du recourant dans le cadre de l'assistance judiciaire, il est renoncé à fixer cette indemnité.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 juillet 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction et nouvelle décision.

**III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :