

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 décembre 2018

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Férolles, assesseur  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 87 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, s'est retrouvé en incapacité de travail dans son emploi de chauffeur de taxi à 50 % à partir du 10 avril 2012 puis à 100 % dès le 22 juin 2012. Le 12 mars 2013, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 25 février 2013, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), de syndrome obstructif, d'apnées obstructives du sommeil, d'ancienne tuberculose, de nodule pulmonaire au niveau de la lingula non calcifié et de fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) à la limite inférieure de la norme. Son état général s'aggravait, il présentait une dyspnée au moindre effort et souffrait également de vertiges et vomissements au moindre mouvement.

Dans un rapport médical du 8 mai 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, une BPCO de stade II et des séquelles de tuberculose, et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré léger et un surpoids. Il a estimé que l'assuré pouvait reprendre son travail à 100 %, avec un rendement qui pouvait être réduit.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a précisé, dans un rapport du 9 juillet 2013, qu'il n'y avait pas de restrictions à la capacité de travail de l'assuré sur le plan cardiologique.

Selon un rapport médical du 17 juillet 2013 émanant de la V.\_\_\_\_\_ (ci-après : V.\_\_\_\_\_), établi par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré présentait un épisode dépressif

sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et des difficultés liées à l'entourage familial (Z63), qui justifiaient une prise en charge psychothérapeutique intégrale, comprenant un suivi hebdomadaire et un soutien infirmier à domicile, ainsi qu'un traitement antidépresseur.

Le médecin traitant de l'assuré, le Dr A.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a indiqué dans un rapport du 2 septembre 2013 que la totale incapacité de travail se poursuivait en raison de l'état dépressif récurrent et de la BPCO emphysémateuse.

En date du 10 mars 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé respiratoire de l'assuré était stable et que sur le plan pneumologique, il le considérait apte à réaliser toute activité professionnelle qui ne nécessite pas d'effort physique soutenu ou prolongé.

Dans un rapport médical du 26 mars 2014, la Dresse O.\_\_\_\_\_ et le Dr Q.\_\_\_\_\_ de la V.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), associé à un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), ont attesté une totale incapacité de travail pour toute activité et ont décrit les limitations fonctionnelles comme suit :

« M. Y.\_\_\_\_\_ présente des troubles du sommeil avec cauchemars récurrents sur le thème de la mort, une fatigue importante avec des endormissements diurnes lors d'activités de la vie quotidienne (p. ex faire à manger), une plus grande fatigabilité ainsi qu'une baisse de la concentration et de la mémoire. Le patient souffre également d'aboulie, ce qui l'empêche de pouvoir s'occuper de son administration privée. Il accumule ainsi des dettes et des retards de paiement, ce qui aggrave son état dépressif. M. Y.\_\_\_\_\_ présente également des idées de mort récurrentes. Il reste pour l'instant protégé d'un passage à l'acte par son souci de ses propres enfants ainsi que par sa croyance religieuse. Les vomissements quotidiens l'empêchent d'avoir une activité à l'extérieur, et conséquemment les visites de ses enfants sont brèves. En entretien, les troubles de la concentration, la fatigabilité et les nausées nécessitent d'interrompre et d'abrégé les séances quasi systématiquement. »

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), une expertise psychiatrique a été réalisée par le

Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 21 mai 2015, cet expert a conclu à la présence chez l'assuré d'une dysthymie (F34.1) présente depuis mai 2013 et stable actuellement. Son appréciation contenait entre autres ce qui suit :

« [...] Lors des consultations du 04.05.2013 et 13.05.2015, ce qui m'a le plus marqué sont les différences entre ces deux consultations. Lors de la première, Monsieur Y.\_\_\_\_\_ était légèrement ralenti. Lors de notre deuxième rendez-vous, il se déplaçait dans mon cabinet de manière fluide. L'attention et la concentration ont été conservées lors des deux consultations. D'un point de vue strictement psychiatrique, aucun signe de fatigue n'est observable. Il s'exprime de façon fluide. Il participe activement à la discussion du début à la fin de l'entretien. Aucune augmentation de son état de fatigue lors de nos consultations. De plus, lors des deux consultations, Monsieur Y.\_\_\_\_\_ est toujours resté assis.

Pendant l'entretien (Cf. status psychique - constatations objectives), je n'ai pas relevé d'apparitions en quelques minutes tout au plus d'au moins quatre symptômes physiques d'anxiété, sans raison apparente, correspondant à des attaques de panique, ni de préoccupations excessives pour des problèmes sans importance, caractérisant l'anxiété généralisée. Je n'ai pas non plus relevé de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif, avec des pensées intrusives ou de comportement compulsif, ni de phobie simple. Par sa mimique, sa posture et sa gestuelle, je constate que Monsieur Y.\_\_\_\_\_ ne présente pas non plus de réaction douloureuse. Néanmoins, dans plusieurs rapports médicaux, il est mentionné que l'examen du patient n'a pas pu être effectué correctement en raison de trouble de la concentration et de vomissements fréquents.

En ce qui concerne son affect lors de la première consultation, il est normal et compréhensible que son affect ait été bas[...]. Lors de la deuxième consultation, son affect était tout à fait normal. La thymie, quant à elle, était légèrement dans le versant dépressif lors de notre première consultation. Lors de la deuxième, il était euthymique.

Selon les critères de CIM-10, et au vu de l'évolution de la symptomatologie dépressive auprès de l'expertisé (Anamnèse et documents mis à ma disposition), je constate que Monsieur Y.\_\_\_\_\_ remplit les conditions de CIM-10 pour le diagnostic de dysthymie. La condition du point A.) est rempli[e]. En ce qui concerne le point B.), le Dr. M.\_\_\_\_\_ mentionne dans que l'expertisé présentait un épisode dépressif sévère [sic]. Mais cet épisode dépressif n'a pas duré plus de 2 ans et, Monsieur Y.\_\_\_\_\_ a arrêté la prise en charge psychiatrique de sa propre initiative, car il n'a pas pu observer d'évolution. Selon ses propres dires, le jour où il a mis fin à son suivi psychiatrique, il présentait un état psychique similaire à celui d'aujourd'hui. Concernant la condition du point C.), je peux retenir les éléments suivants : Perte de la confiance en soi et sentiment d'insuffisance, pessimisme envers l'avenir ou ruminations sur [le] passé. Les critères 3, 7 et 9 sont correctement rempli[s]. Maintenant concernant la diminution de son énergie et sa fatigue, je

peux constater que cet état est en grande partie le résultat de son état physique.

Dans le rapport médical du 26.03.2014, du cabinet du Dr. M. \_\_\_\_\_, figure pour la première fois le diagnostic d'un trouble somatoforme indifférencié (PDF page 196, question n°1). Selon les médecins, il existe une discrépance importante entre la limitation fonction[n]elle respiratoire selon le bilan pneumologique et la dyspnée, non explicable médicalement sur le plan somatique. Monsieur Y. \_\_\_\_\_ souffre de troubles gastro-intestinaux (nausées, éructations et vomissements) persistants malgré le traitement par IPP. Il souffre aussi de douleurs thoraciques sans origine somatique claire malgré les investigations effectuées à ce jour. Est aussi mentionné dans le même rapport, des maux de tête de type tensionnels apparaissant de manière concomitante à l'évocation de sa souffrance psychique.

Lors de l'entretien d'aujourd'hui (entretien du 13.05.2015) l'état psychique du patient est stable. La description d'un trouble somatoforme - selon les critères A., B., C. et par déduction, le critère D. - ne correspond à la pathologie de l'expertisé. Les « conditions » d'un tel trouble ne sont pas rempli[es]. En réalité, Monsieur Y. \_\_\_\_\_ présente des [plaintes] somatiques multiples, et variables. Néanmoins, la grande majorité de ces [plaintes] somatiques sont expliqué[e]s par un trouble somatique clairement identifiable. [...]

Dans le rapport médical du 20.06.2013, du cabinet du Dr. M. \_\_\_\_\_, figure comme diagnostic non psychiatrique : difficultés liées à l'entourage immédiat (situation familiale), existant depuis mai 2012.

Actuellement l'expertisé vit seul dans un appartement à [...]. Par contre, il a des contacts presque quotidiens avec sa famille, principalement avec ses enfants ou sa femme. Soit il leur rend visite, soit ce sont eux qui viennent le voir. Au vu de ce qui précède, ce diagnostic n'est pas retenu. Le(s) problème(s) que présentait Monsieur Y. \_\_\_\_\_ ne sont plus d'actualité.

Les résultats de la prise de sang d[u] 13.05.2015 montrent que le dosage d'antidépresseur est largement en dessous de valeur de référence. (Cf. copie en annexe)

En conclusion, l'état de santé psychique que Monsieur Y. \_\_\_\_\_ présente ne l'empêche pas de d'exercer son travail ni dans l'activité exercée jusqu[e] là, ni dans une activité adaptée. Sur le plan strictement psychiatrique, il présente ses pleines capacités. »

Dans un avis médical du 10 juin 2015, le SMR a considéré que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle de chauffeur de taxi que dans une activité adaptée à la fatigabilité rapportée.

Par décision du 25 août 2015, l'OAI a refusé d'allouer à l'assuré des prestations AI au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. Aucun recours n'a été interjeté contre cette décision.

**B.** Le 1<sup>er</sup> juin 2017, le Centre P.\_\_\_\_\_ a déposé auprès de l'OAI un formulaire de détection précoce au sujet de l'assuré. Lors de l'entretien du 20 juin 2017 avec des collaborateurs de l'OAI, l'assuré et sa psychiatre traitant, la Dresse D.\_\_\_\_\_, ont indiqué que la situation médicale était chronique et stationnaire depuis 2013.

En l'absence d'éléments permettant de démontrer une modification notable de la situation depuis la dernière décision, l'OAI a considéré que le dépôt d'une demande AI n'était pas indiqué.

**C.** Le 16 novembre 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant souffrir de dépression, d'asthme, ainsi que de problèmes de poumons et d'estomac.

Par courrier du 17 novembre 2017, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de 30 jours pour rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité en produisant un rapport médical détaillé ou en apportant tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Par projet de décision du 11 janvier 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'entendait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

Le 2 février 2018, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse X.\_\_\_\_\_ du Centre P.\_\_\_\_\_ ont adressé à l'OAI un rapport médical dans lequel ils ont posé les diagnostics d'autre trouble dépressif récurrent (F33.8), de trouble de la personnalité anxieuse (F60.6), de trouble de l'alimentation, sans précision (F50.9) avec comme diagnostic différentiel une dépression mélancolique. Ils ont estimé que l'assuré était en totale incapacité de travail et ont exposé les éléments suivants :

« M. Y.\_\_\_\_\_ est suivi au Centre P.\_\_\_\_\_ de [...] depuis le 30 novembre 2016. Le patient nous a été adressé par son médecin traitant, le Dr A.\_\_\_\_\_ pour un suivi psychiatrique en raison de l'aggravation de sa situation psychique.

M. Y.\_\_\_\_\_ souffre depuis plusieurs années d'un syndrome dépressif chronique, associé à un trouble de la personnalité.

Son état dépressif est caractérisé par des angoisses, une myasthénie, une fatigabilité, une fatigue, des algies, des insomnies, un contenu négatif de la pensée avec une vision négative de soi, du monde extérieur et du futur. Nous remarquons un ralentissement psychomoteur, une bradypsychie, une perte de l'élan vital, des pensées suicidaires, une anhédonie, une anesthésie affective, une culpabilité très importante avec un sentiment de dévalorisation avec du pessimisme (incurabilité et un réveil matinal précoce). Nous remarquons beaucoup plus une symptomatologie qui est davantage marquée le matin, avec une amélioration progressive vespérale. Tout comme on remarque une anorexie importante liée à un trouble alimentaire. Le patient présente aussi des idées délirantes mélancoliques à thèmes de dévalorisation, ruine, culpabilité excessive et perte de la libido.

Nous constatons que le patient présente une asthénie matinale, ainsi qu'une insomnie beaucoup plus marquée dans la journée.

Le trouble dépressif chronique présenté par le patient s'est compliqué au fil du temps, avec un début très progressif et insidieux, marqué par des modifications de l'humeur et du comportement. Selon les dires du patient, ce dernier exprime un malaise général avec des moments d'irritabilité, d'isolement, qui se sont davantage renforcés suite à un traumatisme affectif (deuil, abandon, échec professionnel). On observe aussi des manifestations psycho organiques de type confusionnelle, cognitive. Cette affection psychiatrique a également contribué à renforcer sa maladie somatique, à savoir son insuffisance pulmonaire, ses apnées du sommeil appareillées ainsi que son insuffisance cardiaque chez un patient qui est connu pour un tabagisme chronique.

Nous constatons que l'évolution est chronique et que certains traits de caractère et du comportement s'accroissent et modifient aussi des traits pré morbides chez M. Y.\_\_\_\_\_ (incurie par moment, méfiance, une incontinence affective, inversion du rythme du sommeil, plaintes hypochondriaques). A ce jour, M. Y.\_\_\_\_\_ a pu adhérer aux différentes propositions de soins.

Nous objectivons une conscience morbide par rapport à sa situation, le traitement pharmacologique n'a pas tout à fait été optimisé (réintroduction de tricyclique) en raison des antécédents médicaux, y compris cardiovasculaires du patient. De ce fait, nos constatations sont des arguments de mauvais pronostic. »

Dans un avis médical du 17 février 2018, le SMR s'est prononcé comme suit sur ce rapport médical :

« [...] *Sur le plan psychiatrique*, le courrier des P.\_\_\_\_\_ d'un médecin généraliste contresigné par un psychiatre affirmerait la présence de diverses pathologies dont une myasthénie, ce qui est une maladie grave, et nécessite un suivi neurologique avec traitement adapté (néostigmine), ce qui n'est pas le cas au vu de la p2. Il est même avancé des troubles psychoorganiques sans ex. neuropsychologique, ni IRM cérébrale ou investigations biologiques (toxiques etc...endocrinologie), ce qui n'est pas possible. Il est fait mention aussi d'un trouble de la personnalité, ce qui n'est pas plausible non plus, du fait de l'expertise précédente. En effet suite à l'expertise psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_, il n'est pas possible de voir apparaître à post[er]iori un trouble dans ce type de pathologie, puisqu'il se constitue lors de l'adolescence ou lors de l'âge jeune adulte. Ainsi la lettre des P.\_\_\_\_\_ ne peut rendre crédible un F60 dans la mesure où il y a déjà eu 1 expertise qui ne retenait pas de diagnostic incapacitant, celui-ci ne pouvant naître de novo. Il en est de même pour la « dépression chronique », voire un syndrome (ensemble de signes), dont la nature exacte n'est pas précisée, et encore moins les critères majeurs, dit[s] critères A. Il faut rappeler aussi aux P.\_\_\_\_\_, qu'une mélancolie est une urgence thérapeutique, et que nous ne comprenons pas bien déontologiquement pourquoi alors cet assuré n'est pas placé en PLAFA en hospitalisation....ni même qu'il ne soit pas déclaré inapte à la conduite tout court et aussi professionnelle au SAN...et encore moins un monitoring vu que cet assuré serait suivi depuis 2016...sans amélioration. Ainsi, les affirmations des P.\_\_\_\_\_ n'apparaissent donc, ni plausibles, ni convaincantes en l'état au vu de tout le dossier. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures chez cet homme de 57 ans, apte au travail.

*Au total*, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. Nous n'entrons pas en matière pour quelque raison que ce soit. »

Par décision du 28 février 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré.

**D.** Par acte du 20 mars 2018, Y.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et faisant valoir une dégradation de son état de santé, comme attesté par le rapport médical du Centre P.\_\_\_\_\_.

Par décision incidente du 3 mai 2018, le Juge instructeur a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 avril 2018, limitée à l'exonération d'avances et de frais judiciaires. Le 4 juin 2018, le recourant a recouru contre cette décision auprès du Tribunal

fédéral en tant qu'elle refusait de nommer un avocat d'office pour l'assister. A sa requête, le Juge instructeur a suspendu la présente procédure. Celle-ci a été reprise le 30 juillet 2018, après que le Tribunal fédéral a déclaré le recours de l'assuré irrecevable par arrêt du 10 juillet 2018.

Invité par le Juge instructeur à déposer une éventuelle détermination, le recourant n'a pas procédé dans le délai qui lui a été imparti.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). Compte tenu de sa régularisation en date du 27 mars 2018, il respecte en outre les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant le 16 novembre 2017, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible, devant l'OAI, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force.

**3.** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence permet 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 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3100 p. 840 s.). 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. On précisera encore que le fait que l'office prenne conseil auprès du SMR ne relève pas de la mesure d'instruction médicale et ne signifie pas que l'autorité entre en matière (TF 9C\_789/2012 précité consid. 3.2).

**4.** En l'occurrence, la première demande de prestations déposée par le recourant a été rejetée par décision du 25 août 2015, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé. Sur le plan somatique, les Drs F.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ avaient conclu à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité qui ne nécessite pas d'effort physique soutenu ou prolongé, telle que celle de chauffeur de taxi. Au niveau psychique, les Drs M.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ avaient posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et de difficultés liées à l'entourage familial. Dans son expertise, le Dr G.\_\_\_\_\_ avait finalement conclu à la présence d'une dysthymie, non incapacitante, et réfuté les autres diagnostics posés, de manière motivée et convaincante.

Dans leur rapport du 2 février 2018, les Drs X.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ font état d'une aggravation de la situation psychique du recourant, sans toutefois préciser en quoi exactement cette aggravation a consisté. Force est de constater que leur rapport est en grande partie similaire à celui établi le 26 mars 2014 par les Drs Q.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_. Tous deux concluent à la présence d'un syndrome dépressif chronique. L'asthénie, la fatigabilité et les troubles du sommeil constituaient déjà des symptômes dont se plaignait le recourant à l'époque de la première demande de prestations et n'avaient pas été jugés invalidants. Il en va de même de la baisse de la concentration et de la mémoire (cf. également le rapport du Dr A.\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2013). Selon les rapports émanant de la V.\_\_\_\_\_, le recourant présentait, déjà en 2013, des idées de mort récurrentes. Lors de l'expertise psychiatrique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a tenu compte des éléments précités et a établi son rapport en pleine connaissance du dossier de l'assuré. L'expert a pris en considération les plaintes de l'assuré relatives, notamment, à une fatigabilité depuis plusieurs années, à des vomissements, à des difficultés de concentration ainsi qu'à des angoisses avec une douleur au niveau du thorax. Au final, l'expert a fortement relativisé les plaintes de l'assuré au terme des deux examens cliniques effectués et n'a pas retenu le diagnostic de trouble dépressif, mais uniquement celui de dysthymie, étant donné notamment

la perte de confiance en soi, le sentiment d'insuffisance, le pessimisme envers l'avenir et les ruminations sur le passé dont le recourant faisait preuve (cf. rapport d'expertise p. 14-15). Ces éléments, qu'on retrouve dans le rapport des Drs X.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ (contenu négatif de la pensée avec une vision négative de soi, du monde extérieur et du futur, sentiment de dévalorisation avec du pessimisme, etc.), ne sont par conséquent pas nouveaux et ont déjà été pris en considération.

Comme l'a soulevé le SMR, l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ a permis d'écarter un éventuel trouble de la personnalité, de sorte qu'il n'est pas possible de conclure ultérieurement à une atteinte de cet ordre puisque celle-ci apparaît à l'adolescence ou au plus tard au début de l'âge adulte. Le diagnostic de trouble de la personnalité anxieuse posé par les médecins du Centre P.\_\_\_\_\_, au demeurant non motivé, n'apparaît donc pas plausible. Il en va de même de celui de dépression mélancolique, que le SMR conteste de manière convaincante dans son avis médical du 17 février 2018.

En outre, il faut rappeler qu'un trouble somatoforme indifférencié avait à l'époque été évoqué par les Drs O.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, mais réfuté par l'expert psychiatre. Les Drs S.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ mentionnent désormais différents diagnostics d'ordre somatique, telles que des myalgies et manifestations psycho-organiques, qui ne sont toutefois étayés par aucune demande d'examen spécialisé. Cela nuit fortement à la valeur probante de leurs constatations. De même, alors que l'assuré faisait déjà état de fréquents vomissements à l'époque du premier refus de prestations, le Dr G.\_\_\_\_\_ n'avait pas constaté de symptômes indiquant un quelconque trouble alimentaire (rapport d'expertise p. 13). Les Drs S.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ mentionnent désormais une anorexie importante liée à un trouble alimentaire, sans faire aucunement état d'une perte de poids ni étayer le diagnostic par d'autres constatations cliniques. Ils ne rendent ainsi pas plausible une péjoration de l'état de santé de l'assuré de ce point de vue.

En définitive, rien n'indique que la situation ait notablement changé depuis la précédente décision de l'OAI, d'autant que lors de l'entretien de détection précoce du 20 juin 2017, l'assuré et sa psychiatre traitant ont clairement indiqué à l'OAI que la situation était chronique et stationnaire depuis 2013. L'assuré a précisé qu'il souffrait des mêmes problèmes que par le passé et qu'il n'avait pas voulu, à l'époque, entrer dans les démarches administratives d'un recours. Or, en l'absence de modification plausible de l'état de santé influençant le degré d'invalidité, la procédure de nouvelle demande ne permet pas le réexamen d'une décision de refus de prestations entrée en force. C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré.

**5. a)** En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 28 février 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- M. Y. \_\_\_\_\_,
- 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 :