

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 avril 2013

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : M. Métral, juge et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat au Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), d'origine kurde, né en 1956, marié, trois enfants (nés en [...],[...] et [...]), tisserand de formation, est arrivé en Suisse en septembre 1989. Son épouse et leurs deux fils l'ont rejoint en 1999.

Le 16 décembre 2004, le prénommé 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) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une "atteinte morale".

Dans un rapport médical du 7 février 2005 à l'OAI, le Dr H._____, médecin généraliste, a posé les diagnostics d'état dépressif, de marginalité sociale, de trouble psychotique et de personnalité limite, ainsi que de douleurs multiples du squelette, tous ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Il a attesté une incapacité totale de travail présente depuis 1996. Ce praticien a en outre précisé que toute forme de prise en charge était quasiment impossible, que le contact était minimal, une fois tous les mois ou tous les deux mois, mentionnant qu'une *"coercition ne ferait qu'ajouter un problème supplémentaire à un problème psychiatrique, marginal et culturel déjà grave"*.

Au vu des éléments précités, l'OAI a mis en œuvre une expertise médicale.

Dans un rapport de synthèse du 3 janvier 2006 faisant suite à un séjour de l'assuré du 19 au 20 décembre 2005 à la Clinique S._____ à [...], le Dr M._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie à la Clinique S._____, a mentionné que le Dr H._____ lui avait fournis divers documents médicaux dont il ressortait notamment que l'assuré avait consulté le département de psychiatrie B._____ de l'hôpital Q._____) lequel avait retenu les diagnostics d'épisode dépressif majeur et de syndrome douloureux somatoforme. En 2005, lors d'une

hospitalisation pour précordialgies, les diagnostics d'épisode dépressif sévère et de probable trouble de la personnalité paranoïde avaient été évoqués lors d'une consultation psychiatrique. En 2005, l'assuré a en outre souffert d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), la situation s'étant toutefois améliorée suite au traitement administré. Enfin, le 18 août 2005, l'assuré avait subi une coronarographie avec angioplastie (stenting direct). Après avoir examiné l'ensemble du dossier et procédé à un examen clinique et psychiatrique de l'assuré (rapport d'expertise du 21 décembre 2005 de la Dresse D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), le Dr M._____ n'a retenu aucune atteinte à la santé physique ou psychique, susceptible de retentir sur la capacité de travail de l'assuré dans ses dernières activités professionnelles rémunérées. L'expert a en outre exposé ce qui suit s'agissant de l'appréciation du cas :

"La trajectoire existentielle de V._____ est marquée de séparations, d'exils et de frustrations. C'est lui-même qui tire un parallèle entre les vexations subies respectivement dans son pays d'origine et sa patrie d'adoption : emprisonnement et tortures physiques d'un côté, obstacles continus à l'intégration et à la participation professionnelle aboutissant à l'enfermement social et à la déréliction de l'autre. Son statut de réfugié et son origine turque ont participé à l'échec du processus d'acculturation. Loin de le combler, la venue en Suisse de l'épouse et des enfants a encore creusé le fossé culturel et exacerbé les idées d'insuffisance et la position de victime.

A ces difficultés culturelles à l'intégration s'ajoute la personnalité singulière de M. V._____ qui adopte maintenant une attitude de fuite, renonçant à priori à toute proposition d'activité, et une attitude violente à l'égard de ses proches, obligés de chercher refuge auprès de divers services de protection. Un tel comportement participe à l'exclusion de l'intéressé, l'amenant à rendre des comptes auprès de l'autorité judiciaire et à subir des expertises, l'ensemble étant vécu comme des contraintes supplémentaires.

Dans ce contexte, les plaintes d'allure somatique, notamment les plaintes douloureuses, paraissent sans substance. Elles sont migrantes, intermittentes, sans rythme. Elles ne nécessitent que la prise très sporadique de paracétamol. Elles intéressent aussi bien l'appareil locomoteur que la tête ou les viscères. L'assuré lui-même en reconnaît les dimensions émotionnelles et psychoaffectives. Dans une perspective professionnelle, l'atteinte cardiaque constitue un épiphénomène, s'étant manifestée cliniquement à une seule reprise plusieurs années après respectivement la mise en incapacité et le dépôt de la demande AI. Elle est correctement prise en charge et paraît stabilisée sous traitement.

Au cours de l'examen physique, on est frappé par un certain déconditionnement chez cet ancien travailleur manuel de petit gabarit, déconditionnement caractérisé par un relâchement de la sangle abdominale, par un faible développement musculaire et par une maladresse pour des activités simples (saut monopodal). La fréquence cardiaque, relativement basse, traduit l'observance au traitement bêtabloquant. Il n'y a toutefois aucune limitation de l'appareil locomoteur ni altération significative des fonctions cardiaques ou respiratoires.

Conformément à l'attente chez ce sujet qui développe une force de préhension dérisoire, l'évaluation des capacités fonctionnelles ne fournit aucune indication fiable quant au niveau réel de performance. A en croire les réponses qu'il fournit au questionnaire PACT, l'assuré ne pourrait même pas développer l'effort nécessaire à une activité sédentaire. Les tests sont systématiquement perturbés par un phénomène d'autolimitation, M. V. _____ interrompant la tâche proposée avant qu'on puisse détecter chez lui les signes physiques d'un effort maximal. Cette volonté manifestement insuffisante de donner le maximum au cours d'une épreuve à effectuer sur ordre avait curieusement déjà été relevée en-dehors du contexte de l'expertise : le Dr L. _____ avait taxé de "psychologique" la limitation extravagante exprimée au cours d'une ergométrie (effort de 25 Watt à peine); l'assuré avait alors allégué une fatigue extrême des jambes et non pas une limitation cardio-respiratoire, la fréquence cardiaque atteignant 58 % de la maximale théorique.

Des résultats d'une telle incohérence soulèvent évidemment la question de troubles psychiques susceptibles d'expliquer un renoncement à priori. Un trouble somatoforme douloureux peut d'emblée être écarté, la douleur n'occupant pas le centre du tableau et servant d'accessoire à l'ensemble des plaintes. Du reste, au cours de l'examen, M. V. _____ n'exprime aucune douleur et il n'y a pas de véritable hiatus entre les doléances et les constatations objectives; on soulignera le faible recours aux soins, dont témoigne l'absence d'investigations sans justification clinique.

Actuellement, l'expert psychiatre exclut un état dépressif, les épisodes dépressifs majeurs relevés en 2003 et à l'été 2005 s'étant amendés. La déception et des idées d'insuffisance que l'assuré a développées face à un système et à des institutions "qui ne l'ont pas aidé" sont à intégrer à une dysthymie dans le cadre de difficultés existentielles. On soulignera l'absence de ralentissement psychomoteur, d'angoisse et d'idées suicidaires.

Des difficultés de communication, la marginalité sociale et le comportement agressif à l'égard des proches ont fondé, pour le médecin traitant, l'hypothèse d'un grave trouble de la personnalité, hypothèse qui a trouvé un certain écho lors d'un bilan psychiatrique récent réalisé dans une situation d'urgence. Pour la Dresse D. _____ toutefois, l'assuré se révèle calme et collaborant au cours de l'entretien, et il s'exprime sans réticence ni méfiance. Aussi, on ne peut pas retenir une organisation paranoïaque, même s'il s'agit d'une personnalité fruste, rigide, organisée autour du caractère, avec sa réactivité potentielle".

Le Dr M. _____ a enfin constaté que la participation professionnelle de l'assuré n'avait été qu'épisodique depuis dix ans, soit bien avant la demande de prestations. Le recours aux soins ne s'était accentué que récemment mais restait faible. Le recours à un diagnostic psychiatrique pour expliquer la mauvaise intégration sociale et professionnelle, pour confortable qu'il pouvait paraître, ne se justifiait pas, le retrait professionnel et le refus de mobiliser des ressources pourtant disponibles incombant essentiellement à des facteurs sortant du champ médical.

Dans un rapport d'examen du 3 mai 2006, la Dresse T. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée en exposant notamment ce qui suit :

"L'expertise effectuée par la Clinique S. _____ n'a pas mis en évidence de pathologie psychiatrique avec une répercussion sur la CT [capacité de travail], en particulier pas de signes de dépression ni d'angoisse, il n'y avait pas de trouble suspect de la lignée psychotique. Le diagnostic retenu était celui de dysthymie. Du point de vue somatique, l'atteinte cardiaque, qui ne s'est manifestée qu'à une seule occasion, est stabilisée sous traitement. On note un déconditionnement physique. Le niveau réel de performance ne peut pas être évalué de manière fiable en raison d'une volonté manifestement insuffisante de donner le maximum au cours d'une épreuve, ce qui avait déjà été constaté par le Dr L. _____, lors d'un autre examen. Un trouble somatoforme douloureux est également écarté, la douleur n'occupant pas le centre du tableau. On note le faible recours aux soins.

En conclusion les experts estiment que le retrait professionnel et le refus de mobiliser des ressources pourtant disponibles incombent essentiellement à des facteurs sortant du champ médical".

Par décision du 10 mai 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente déposée par l'assuré, considérant que ce dernier ne présentait aucune atteinte à la santé pouvant être invalidante en vertu de la loi sur l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assuré a produit un rapport médical du 27 juillet 2006 établi à l'intention du Dr H. _____ par le Dr J. _____ et Madame P. _____, psychologue assistante au département de psychiatrie B. _____, lesquels ont posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié, de dysthémie et de probable intelligence limite. Retenant un pronostic extrêmement réservé quant à l'activité professionnelle, ils ne se sont pas prononcés quant à la capacité de travail de l'assuré.

Par décision sur opposition du 19 décembre 2007, l'OAI a confirmé sa décision du 10 mai 2006 pour les motifs suivants :

"(...)

S'agissant du rapport de consultation du département de psychiatrie B. _____, fourni à l'appui de votre opposition, il fournit une appréciation divergente de celle de la Clinique S. _____, qui ne touche cependant pas tant les diagnostics retenus que l'influence des atteintes à la santé sur votre capacité de travail résiduelle. Le département de psychiatrie B. _____ semble en effet admettre, tout en réservant son pronostic, que votre incapacité de travail restera entière. Or, à la lecture de ce rapport, il apparaît que les facteurs d'ordre socioprofessionnels et psychosociaux occupent une place prépondérante dans votre symptomatologie et dans votre incapacité de travail, facteurs qui ne sont cependant pas invalidants au sens de l'AI, comme cela a été mentionnée ci-avant. D'autre part, les autres affections diagnostiquées n'atteignent pas une sévérité telle qu'elles puissent être considérées comme incapacitantes. Compte tenu de ce qui précède, force est d'admettre que vous disposez des ressources nécessaires, moyennant un effort de volonté raisonnable de votre part, pour réintégrer le monde du travail.

En conclusion, les arguments que vous faites valoir dans votre opposition ne peuvent être suivis et la décision querellée doit être intégralement confirmée".

Cette décision est entrée en force.

B. Le 28 octobre 2011, V. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison de troubles psychiques, lombalgie, asthme et mal au cœur. Il a produit plusieurs certificats médicaux établis par le Dr H. _____ et attestant une totale incapacité de

travail du 1^{er} au 30 septembre 2010, du 1^{er} mars au 31 mai 2011, ainsi que du 1^{er} septembre au 31 octobre 2011.

Par courrier du 23 novembre 2011 à l'OAI, le Dr H._____ a posé les diagnostics d'asthme pulmonaire, de trouble de la personnalité avec psychose probable et d'angor cardiaque traité, tout en précisant que l'aggravation de l'état de santé de son patient touchait essentiellement la sphère psychique. Il sollicitait un délai de trois mois afin que son patient puisse bénéficier d'un bilan d'un point de vue psychique, cardiologique et pulmonaire.

Dans un rapport médical du 19 mars 2012, le Dr H._____ a confirmé les diagnostics posés dans son courrier précédent. Il a attesté une incapacité totale de travail depuis 2005, tout en qualifiant l'état de santé de l'assuré de stationnaire.

Par avis médical du 21 juin 2012, le Dr F._____ du SMR a constaté que le rapport du Dr H._____ ne contenait aucun élément susceptible de confirmer une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la décision sur opposition de 2007. Les diagnostics étaient inchangés, alors que le traitement n'était pas mentionné. En outre, il n'y avait pas de description du statut clinique. Enfin, l'incapacité totale de travail était attestée depuis 2005.

Par décision du 18 septembre 2012 confirmant un projet de décision du 2 juillet 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'assuré n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Il a considéré qu'une autre appréciation d'un état de fait demeuré identique n'était pas envisageable.

C. Par acte du 17 octobre 2012, V._____ interjette recours contre la décision précitée et conclut à l'annulation de la décision attaquée, principalement au renvoi de cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité conforme au taux d'invalidité attesté dans un

rapport ultérieur de l'hôpital Q._____. Il précise avoir consulté à une reprise la Dresse R._____, psychiatre à l'hôpital Q._____, laquelle a encore besoin de trois consultations avant de pouvoir établir un rapport médical. Le recourant soutient que ce document contredira probablement l'expertise de la Clinique S._____ du 3 janvier 2006, ainsi que l'avis médical du 21 juin 2012 du SMR.

Dans ses observations du 20 décembre 2012, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il rappelle que le moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinent est le dépôt de la nouvelle demande. Dans ce contexte, si le recourant produit ultérieurement des éléments de nature à rendre plausible une aggravation significative de la situation depuis fin 2007, l'intimé considérera qu'il y a une nouvelle demande et procédera aux investigations nécessaires à son examen.

Dans sa réplique du 28 janvier 2013, le recourant, désormais représenté par Me Philippe Graf, avocat au Service juridique d'Intégration Handicap, transmet un rapport du 3 février 2012 établi par le département de psychiatrie B._____ à la demande du Dr H._____. Il est fait état d'un trouble de la personnalité paranoïaque, d'un trouble somatoforme indifférencié, d'une dysthymie et d'une intelligence limite probable. Au chapitre de la discussion, ledit rapport expose les éléments suivants :

"Sur le plan diagnostique, nous retenons un trouble de la personnalité paranoïaque. Le patient pense sans raison suffisante que les autres (par exemple la Suisse) le trompent ou l'exploitent. Il discerne des significations cachées dans des événements anodins. Il garde rancune (envers l'Etat suisse par exemple). Finalement il perçoit des attaques contre sa personne et réagit avec colère. Ce diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque a été corroboré par l'examen psychologique détaillé ci-dessous.

D'autre part nous confirmons les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié et de dysthymie déjà cités dans le précédent rapport de juillet 2006 et sur lesquels nous ne revenons pas et qui continuent de provoquer une souffrance marquée ainsi qu'une altération du fonctionnement familial chez ce patient fragile dont les ressources psychiques et intellectuelles sont modestes. Cela se répercute automatiquement sur sa capacité de travail.

Nous avons également remarqué une intelligence limite confirmée par les tests psychologiques et qui l'empêchent de s'adapter à de

nouvelles situations. Par extension cela aboutit à de l'inactivité ou de la violence.

En conséquence, compte tenu de ce qui précède, nous ne pouvons que constater que les difficultés connues par le patient s'inscrivent dans une chronicité de longue date. Le pronostic quant à l'activité professionnelle est mauvais d'autant que son intégration familiale et sociale est perdue. A ceci s'ajoute une personnalité paranoïaque et rigide rendant l'accessibilité à un suivi psychiatrique difficile. A la lumière de ces propos nous estimons qu'une reprise de travail est impossible. Quant à une nouvelle appréciation de l'AI, elle n'a aucune chance d'aboutir sur la base des diagnostics de trouble somatoforme indifférencié et de dysthymie au regard de la nouvelle révision de l'AI. Par contre le trouble de la personnalité paranoïaque qui n'est pas mentionné dans notre précédent rapport peut motiver à notre avis une nouvelle appréciation. Concernant la question de la thérapie, nous ne préconisons pas une approche médicamenteuse mais plutôt la poursuite d'une écoute attentive.

Finalement nous avons complété l'investigation par un examen psychologique au cours duquel le patient s'est cantonné dans une attitude oppositionnelle caricaturale. On y relève le phénomène de l'illusion de similitudes dans le matériel projectif, pathognomonique de la pensée paranoïaque. Le tableau présenté évoque donc au premier plan un fonctionnement de personnalité marqué par la méfiance. En outre l'attitude oppositionnelle et l'irritabilité peuvent être mises sur le compte du peu de capacité de mentalisation et de représentation d'un patient qui présente par ailleurs une efficience intellectuelle déficitaire".

Dans sa duplique du 21 février 2013, l'intimé constate que le rapport du 3 février 2012 n'a pas été porté à sa connaissance auparavant. Or, en cas de litige, l'examen du juge est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Tel n'est pas le cas pour le rapport précité, dont les éléments seront examinés dans le cadre d'une possible nouvelle demande, ultérieure à la date de la décision faisant l'objet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des

décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

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 (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. En l'espèce, le recourant a déposé une première demande de prestations le 16 décembre 2004 en raison d'une atteinte "morale". Par décision sur opposition du 19 décembre 2007, entrée en force, l'intimé a rejeté la demande de rente déposée par l'assuré, considérant que ce dernier ne présentait aucune atteinte à la santé pouvant être invalidante en vertu de la loi sur l'assurance-invalidité.

Dans la présente procédure, le recourant conteste le refus de l'intimé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande déposée le 28 octobre 2011. L'intimé, s'appuyant sur l'avis médical du 21 juin 2012 du SMR, a considéré qu'il n'y avait pas d'éléments plaidant en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Dans ces circonstances, il convient uniquement de déterminer si le recourant a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA,

est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

L'art. 6 al. 1 LPGA définit la notion d'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. L'art. 6 al. 2 LPGA précisant qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

b) Selon l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 4

RAI prévoit que lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. L'exigence ressortant de l'art. 87 al. 3 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). Ainsi, 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

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 193 consid. 2, 122 V 157 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 LPGA) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 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 du 18 avril 1999, RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de

révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence 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).

4. a) En l'occurrence, dans le cadre du dépôt de sa deuxième demande de prestations, le recourant a produit un courrier du 23 novembre 2011 du Dr H._____, complété par un rapport médical du 19 mars 2012 établi par ce même praticien à la demande de l'intimé. Le recourant n'ignorait pas qu'il lui incombait de rendre plausible que son invalidité s'était modifiée, dès lors que son médecin traitant indiquait dans son courrier du 23 novembre 2011 que l'aggravation de l'état de santé de son patient touchait essentiellement la sphère psychique. Il ne sera donc pas tenu compte du rapport établi le 3 février 2012 par le département de psychiatrie B._____ à la demande du Dr H._____ et produit postérieurement à la décision litigieuse dans la présente procédure de recours. En effet, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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. Son examen est ainsi 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 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

Malgré l'invitation qui lui a été faite en ce sens (le 3 novembre 2011), il convient de constater que le recourant n'a pas apporté les éléments médicaux permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était modifié. Ainsi, il sied de constater que tant dans son

courrier du 23 novembre 2011 que dans son rapport du 19 mars 2012, le Dr H. _____ ne s'est pas explicitement exprimé sur la capacité de travail du recourant, se limitant à confirmer une totale incapacité de travail depuis 2005, période correspondant au dépôt de la première demande de rente. Il n'a en outre pas décrit de manière détaillée la nature des atteintes à la santé justifiant une totale incapacité de travail, les diagnostics posés étant déjà présents en 2006, excepté l'asthme qui a été indiqué comme traité. S'agissant de l'angor cardiaque qualifié de "traité mais sans effet", le Dr H. _____ n'a pas expliqué en quoi ce trouble cardiaque pourrait avoir une influence déterminante sur la capacité de travail du recourant. Enfin, si le Dr H. _____ admet que l'aggravation de l'état de santé de son patient touche essentiellement la sphère psychique, sous forme d'un trouble de la personnalité d'origine indéterminée, il a dans le même temps qualifié l'état de santé de stationnaire, ce qui est pour le moins contradictoire. Cet élément démontre, si besoin est, que les rapports médicaux déposés à l'appui de la nouvelle demande constituent une appréciation de la même situation médicale, ce qui est insuffisant pour que les conditions d'une entrée en matière selon l'art. 87 al. 3 RAI soient réunies (voir TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009, consid. 3.2.2). En tout état de cause, on ne saurait retenir une atteinte psychique invalidante du seul fait que le recourant est suivi depuis le 7 octobre 2012 par la Dresse R. _____, faute d'un avis médical dûment étayé sur ce point. On rappellera que l'aspect psychiatrique avait déjà été évalué lors d'une hospitalisation en 2005 à la Clinique S. _____ par la Dresse D. _____ et avait donc été pris en considération dans la décision initiale de refus de rente.

b) Il demeure néanmoins loisible au recourant de saisir en tout temps l'administration d'une nouvelle demande de prestations, s'il estime que les conditions réglementaires devaient être remplies par une véritable modification de son état de santé compte tenu de la jurisprudence (cf. art. 87 al. 3 et 4 RAI). La requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise par l'intimé doit par conséquent également être rejetée (cf. consid. 3b supra).

5. **a)** Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de prestations AI déposée le 28 octobre 2011, dès lors que le recourant n'a pas rendu plausible que son état de santé s'était aggravé dans une mesure propre à entraîner une modification de son degré d'invalidité tel que reconnu par la décision du 19 décembre 2007. La décision attaquée doit par conséquent être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 septembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Graf, avocat au Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, 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 :