

VD_FINDINFO AI 202/13 - 88/2014 vom 28. April 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_202_13_-_88_2014

FR: VD_FINDINFO AI 202/13 - 88/2014 du 28 avril 2014

IT: VD_FINDINFO AI 202/13 - 88/2014 del 28 aprile 2014

Regeste

AI{ASSURANCE}, NOUVELLE DEMANDE | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) – selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

E. 2

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; cf. également TF 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 et 8C_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 1.2). Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et ATF 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieux le bien-fondé de la décision rendue le 17 juin 2013 par l'intimé, refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 30 septembre 2011 par le recourant. Il convient ici d'écarter d'entrée de cause les arguments du recourant selon lesquels, dans l'hypothèse où l'on devrait admettre l'absence d'aggravation dûment établie après entrée en matière et instruction de l'affaire, les évaluations neuropsychologiques de novembre 2010 et août 2013 seraient malgré tout constitutives de preuves nouvelles ouvrant la voie de la révision procédurale. En effet, sous peine de sortir du cadre de la présente contestation, il n'appartient pas à la Cour de céans, saisie d'un litige portant sur une décision de refus d'entrer en matière sur

une nouvelle demande, de se prononcer sur les suites éventuelles d'une entrée en matière notamment sous l'angle de la révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Sur ce point, l'argumentation du recourant est donc irrecevable.

E. 3

a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Selon la jurisprudence, l'exigence posée à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI) doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 et TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2). b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2 et 122 V 158 consid. 1a avec les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (jusqu'au 31 décembre 2011 : art. 87 al. 3 RAI). Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient

pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

E. 4

Dans le cas d'espèce, il convient de rappeler que le recourant a déposé le 22 janvier 2009 une première demande de prestations AI pour adultes en invoquant le traumatisme crânien subi en 1983 ainsi que des problèmes métaboliques et cardiaques. Par décision du 25 mai 2010 fondée sur le rapport d'expertise du Centre X._____ du 26 mars 2010, l'intimé a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré, considérant que le préjudice économique de celui-ci s'élevait à 10% et était par conséquent inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à la rente. Aucun recours n'ayant été déposé à l'encontre de cette décision, celle-ci est entrée en force. Le recourant a par la suite introduit une nouvelle demande de prestations le 30 septembre 2011, en raison de troubles neuropsychologiques. Par décision du 17 juin 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, refus faisant l'objet de la présente contestation. Devant la Cour de céans, le recourant soutient plus particulièrement que la décision du 25 mai 2010 ne peut servir de base de comparaison pour se prononcer sur l'évolution de son état de santé, dès lors qu'elle ne repose pas sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents. Il estime également que l'OAI aurait dû analyser l'affaire au fond dans la mesure où l'office est implicitement entré en matière sur la nouvelle demande du 30 septembre 2011. Enfin, il considère que tant l'avis du Dr R._____ du 9 décembre 2011 que les évaluations neuropsychologiques réalisées par le Prof. T._____ en novembre 2010 et août 2013 n'ont pas suffisamment été pris en compte. a) On ne peut rejoindre le recourant lorsqu'il prétend que la décision de refus de rente du 25 mai 2010 ne reposerait « manifestement pas sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents » (cf. réplique du 3 octobre 2013 p. 3) et qu'elle ne pourrait servir de base de comparaison pour se prononcer sur l'évolution de son état de santé. Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (cf. ATF 130 V 71) – actuellement art. 87 al. 2 RAI – que dans celui d'une révision de rente au sens de l'art. 17 LGPA (cf. ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Dans le cas particulier, la décision de l'OAI du 25 mai 2010 répond sans l'ombre d'un doute à l'ensemble de ces réquisits. C'est notamment à tort – voire même avec une certaine témérité – que le recourant prétend le contraire en se prévalant de l'absence d'un examen matériel des faits pertinents, alors même que la décision en question a été rendue sur la base d'une expertise multidisciplinaire au Centre X._____. Si l'assuré entendait émettre des critiques à l'encontre de cette décision, singulièrement de cette expertise, il lui incombait de le faire dans le cadre d'une procédure idoine, à savoir en interjetant recours à l'encontre de la décision du 25 mai 2010. L'intéressé s'est toutefois abstenu d'effectuer de telles démarches,

si bien que cette décision est entrée en force. Or, les motifs d'une décision de rente entrée en force ne peuvent pas faire l'objet d'un réexamen dans le cadre d'une procédure de révision ou de nouvelle demande; il n'y a pas lieu de revenir sur lesdits motifs, à moins que l'on ne soit en présence d'un nouveau cas d'assurance (cf. ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; cf. TF 9C_920/2010 du 18 octobre 2011 consid. 2.2), conditions qui ne sont pas réalisées en l'espèce. Du reste, la thèse défendue par le recourant est incohérente, dès lors qu'il affirme que « l'intimé n'était [...] pas habilité à subordonner son entrée en matière sur la nouvelle demande à l'exigence que [l'assuré] rende plausible une aggravation de son état de santé depuis le 25 mai 2010 » (cf. réplique du 3 octobre 2013 p. 3), mais n'explique pas sur quel autre point de comparaison l'OAI aurait pu fonder son analyse – et pour cause, puisqu'au dépôt de la nouvelle demande le 30 septembre 2011, le droit à la rente de l'assuré n'avait fait l'objet d'aucune autre décision que celle du 25 mai 2010. A cela s'ajoute enfin que le recourant a lui-même adopté une position ambivalente, puisqu'il s'est également référé à la décision du 25 mai 2010 comme étant le point de départ temporel pour l'examen de la nouvelle demande du 30 septembre 2011 (cf. mémoire de recours du 20 août 2013 ch. 6 p. 9) et qu'il s'est de surcroît prévalu des évaluations neuropsychologiques effectuées « [d]epuis la décision du 25 mai 2010 » (cf. réplique du 3 octobre 2013 p. 3). Cela étant, il faut donc admettre que les griefs du recourant sont infondés et que la décision du 25 mai 2010 constitue bien le point de départ temporel pour l'examen de la nouvelle demande du 30 septembre 2011. b) De même, c'est à tort que le recourant soutient que l'intimé serait implicitement entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 30 septembre 2011 et aurait par conséquent dû statuer sur le fond de l'affaire (cf. réplique du 3 octobre 2013 p. 2). Il faut relever ici que l'assuré n'a produit spontanément aucun rapport médical à l'appui de sa nouvelle demande. Aussi l'intimé lui a-t-il imparti un délai – ultérieurement prolongé face au manque de réaction de l'intéressé – pour produire ses moyens de preuve. C'est dans ce contexte qu'a été établi le rapport du Dr R. _____ du 9 décembre 2011. Certes, il est constant qu'après la production de ce rapport qui se référait à un bilan neuropsychologique effectué au Centre hospitalier S. _____, l'OAI – sur l'avis du SMR – a interpellé le Dr R. _____ en vue d'obtenir le compte-rendu de ce bilan, transmis par le médecin traitant le 23 décembre suivant. C'est ensuite sur la base de l'ensemble de cette documentation que le SMR a retenu, le 4 janvier 2012, que les constatations faites lors de l'expertise du Centre X. _____ demeuraient pertinentes, ce qui a amené l'intimé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Cela étant, il apparaît qu'à l'inverse de l'hypothèse dans laquelle des précisions auraient été demandées au médecin traitant suite au dépôt de la nouvelle demande, ce dernier a en l'espèce uniquement été invité à communiquer l'évaluation neuropsychologique dont les conclusions étaient reprises dans son rapport du 9 décembre 2011. En ce sens, on peut difficilement reprocher à l'OAI d'avoir procédé à des investigations supplémentaires (cf. TFA I 522/03 du 4 mai 2004 consid. 3.2) suite au dépôt de la demande de prestations du 30 septembre 2011 puisque cet office a uniquement demandé à avoir accès aux résultats d'examen cités par le médecin traitant. L'intimé n'a en revanche à aucun moment interpellé le Dr R. _____ ou même le Prof. T. _____ afin d'obtenir de plus amples informations. En définitive, l'office s'est contenté de requérir le rapport d'évaluation neuropsychologique du Centre hospitalier S. _____ dans le seul but de pouvoir déterminer en toute connaissance de cause s'il se justifiait ou non d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il suit de là que d'un point de vue procédural, rien ne s'opposait au prononcé d'une décision de non entrée en matière. Sous cet angle, la décision

du 17 juin 2013 échappe donc à la critique. c) L'OAI n'étant pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 30 septembre 2011, il n'y a par conséquent pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de rente entrée en force du 25 mai 2010 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le droit à la prestation s'est produit. Il convient exclusivement de se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de septembre 2011, a établi de façon plausible que la situation s'était modifiée depuis le précédent refus de prestation.

aa) On relèvera à titre préalable que les pièces médicales relatives à l'évaluation neuropsychologique du 5 août 2013 – à savoir le compte-rendu d'examen neuropsychologique du 9 août 2013 du Prof. T. _____ et de la psychologue stagiaire J. _____, ainsi que le rapport du même jour rédigé par le Prof. T. _____ – n'ont pas à être prises en considération dans l'analyse de la présente affaire, dans la mesure où ces documents ont été établis postérieurement au prononcé de la décision litigieuse (cf. consid. 3b supra). La présente procédure ne porte en effet que sur le point de savoir si le recourant a rendu plausible, devant l'OAI, une modification significative de sa situation depuis la décision initiale de refus de rente. bb) La décision de refus de rente du 25 mai 2010 était essentiellement fondée sur le rapport d'expertise du Centre X. _____ du 26 mars 2010, dont il n'appartient pas à la Cour de céans de discuter le bien-fondé (cf. consid. 4a supra). Aux termes de cette expertise, les spécialistes du Centre X. _____ ont relevé, sur le plan somatique, que l'assuré était traité pour une fibrillation auriculaire, du diabète ainsi que des facteurs de risques cardio-vasculaires, n'entraînant pas d'incapacité de travail. Sous l'angle neurologique, les experts ont fait mention de troubles sensitivomoteurs sans substrat somatique évident et ont observé que les éléments à disposition ne permettaient pas de retenir une atteinte neurologique significative justifiant une incapacité de travail. Au niveau psychique, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique a été reconnu, ce diagnostic étant dépourvu d'impact sur la capacité de travail. Enfin, sous l'angle neuropsychologique, les experts ont considéré qu'il n'était pas possible de se prononcer sur les capacités réelles de l'assuré, que l'on pouvait admettre une efficacité intellectuelle assez pauvre mais que le QI n'était pas évaluable et que, dans ces conditions, la capacité de travail était de 100% dans une activité simple et répétitive. Cela étant, les experts du Centre X. _____ ont retenu que l'assuré présentait les atteintes ayant un impact sur la capacité de travail de fibrillation auriculaire traitée et de faible efficacité intellectuelle, qu'il y avait lieu d'éviter les activités physiquement exigeantes, les professions avec des risques de saignements ainsi que les activités requérant une certaine capacité d'apprentissage et de décision, et que dans une activité simple et répétitive respectant ces limitations, la capacité de travail de l'intéressé était entière, sans baisse de rendement. Dans le cadre de la nouvelle demande déposée le 30 septembre 2011, il a été fait référence à une évaluation neuropsychologique au Centre hospitalier S. _____ de novembre 2010 ainsi qu'à un rapport du Dr R. _____ du 9 décembre 2011. L'évaluation neuropsychologique au Centre hospitalier S. _____ a plus précisément eu lieu les 1^{er} et 22 novembre 2010. Selon le rapport non daté y relatif, signé par le Prof. T. _____ et les psychologues Z. _____ et E. _____, il en est résulté que l'assuré, partiellement collaborant, présentait des troubles attentionnels et exécutifs (sur un versant cognitif et comportemental) ainsi qu'une nosognosie insuffisante. Par ailleurs, dans un compte-rendu du 23 novembre 2010, le Prof. T. _____ a confirmé ces diagnostics tout en estimant qu'ils étaient de nature à diminuer la capacité de travail, en ce sens que le taux d'activité exigible semblait proche de 100% mais avec une diminution de rendement atteignant probablement 30 à 50%, une évaluation

pratique étant par ailleurs préconisée vu le versant comportemental des troubles exécutifs. A la lecture de ces documents, on ne décèle toutefois aucun indice objectif dans le sens d'une évolution défavorable de l'état de santé du recourant. Il apparaît au contraire que ces pièces renferment une appréciation différente – plus « empathique », pour reprendre les termes du SMR (cf. avis du 4 janvier 2012) – des troubles neuropsychologiques de l'intéressé. Sur ce point, il faut relever que lors de l'expertise au Centre X._____, l'assuré s'est montré peu collaborant et a adopté des comportements de majoration, attitude évocatrice d'une efficacité intellectuelle pauvre mais rendant impossible l'évaluation neuropsychologique des capacités réelles (cf. rapport d'expertise du 26 mars 2010 p. 11 à 15). En revanche, lors de l'examen au Centre hospitalier S._____, il a partiellement collaboré, ce qui a permis de poser les diagnostics précités. Cela étant, à défaut de signes objectifs plaidant en faveur d'une modification des troubles du recourant, on ne saurait voir dans le bilan neuropsychologique de novembre 2010 la trace d'une évolution significative survenue depuis la décision de refus de prestations du 25 mai 2010. A cela s'ajoute que si le Prof. T._____ s'est fondée sur l'évaluation susdite pour retenir, le 23 novembre 2010, que l'assuré disposait d'une capacité de travail proche de 100% mais avec un rendement diminué de probablement 30 à 50%, cette spécialiste semble toutefois s'être prononcée sans égard au comportement partiellement collaborant adopté par le recourant lors de l'examen neuropsychologique au Centre hospitalier S._____. Cet élément se devait toutefois d'être pris en considération dans l'examen de la capacité résiduelle de travail ; à ce propos, on soulignera que, confrontés à l'attitude rénitente de l'assuré, les experts du Centre X._____ en ont pour leur part dûment tenu compte dans le cadre de leur analyse (cf. rapport d'expertise du 26 mars 2010 p. 15). Au surplus, peu importe que le Prof. T._____ ait nuancé ses conclusions en suggérant une évaluation pratique au vu du versant comportemental des troubles exécutifs, une telle réserve – exprimée sans plus d'explication – témoignant tout au plus des difficultés rencontrées par ce médecin pour se positionner quant à l'exigibilité. En tout état de cause, il demeure que le Prof. T._____ n'a fait mention d'aucun élément objectif nouveau à l'appui de son analyse. Elle a ainsi simplement procédé à une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée, ce qui ne suffit pas pour que les conditions d'une entrée en matière selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI soient réunies (cf. TF 8C_732/2009 du 18 août 2010 consid. 5.3 et TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009 consid. 3.2.2). Ainsi, le bilan neuropsychologique effectué au Centre hospitalier S._____ en novembre 2010 n'est d'aucun secours au recourant dans le cadre de la présente affaire. La même conclusion s'impose pour ce qui est du rapport du Dr R._____ du 9 décembre 2011. Aux termes de son compte-rendu, ce médecin s'est notamment référé à des difficultés d'adaptation, d'évaluation du danger et d'aptitude à l'apprentissage qui se recoupent avec les restrictions évoquées dans son précédent rapport du 16 juin 2009 concernant la concentration, la compréhension, l'adaptation et la résistance. Ces éléments n'ont dès lors rien de nouveau – étant rappelé qu'aux termes de l'expertise du Centre X._____, il a été reconnu qu'il y avait lieu d'éviter les activités demandant une certaine capacité d'apprentissage et de décision (cf. rapport du 26 mars 2010 p. 17). Au demeurant, s'agissant plus particulièrement des difficultés évoquées par le Dr R._____ dans le suivi du traitement prescrit pour la fibrillation auriculaire, on notera qu'à l'occasion de l'expertise pratiquée au Centre X._____, une probable inobservance thérapeutique avait déjà été observée dans ce contexte (cf. rapport d'expertise du 26 mars 2010 p. 6). Dans son rapport du 9 décembre 2011, le Dr R._____ a en outre fait référence à l'ablation d'un lipome suivie d'une évolution favorable, élément dont on peine à comprendre en quoi

il pourrait être révélateur d'une dégradation de l'état de santé du recourant susceptible d'avoir des répercussions sur la capacité de travail et de gain de ce dernier. Par ailleurs, le médecin traitant de l'assuré a repris les conclusions de l'évaluation neuropsychologique effectuée au Centre hospitalier S. _____ en novembre 2010, lesquelles ne témoignent d'aucune évolution importante de la situation depuis la décision du 25 mai 2010 ainsi qu'exposé ci-dessus. C'est finalement en vain que le médecin traitant a signalé une dégradation sur le plan social, pareil facteur n'étant pas déterminant dans le présent contexte. Cela étant, rien dans le rapport du Dr R. _____ du 9 décembre 2011 ne laisse à penser que les conclusions de l'expertise du Centre X. _____ du 26 mars 2010 ne seraient plus d'actualité. Il suit de là que les documents médicaux invoqués en procédure administrative n'apportent aucun nouvel élément dans le sens d'une modification significative de la situation du recourant depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force. cc) Dès lors que le recourant n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 25 mai 2010, c'est à bon droit que l'office intimé a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI n'étaient pas réalisées et a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations AI déposée le 30 septembre 2011.

E. 5

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.