

VD_FINDINFO AI 262/15 - 124/2016 vom 13. Mai 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-05-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_262_15_-_124_2016

FR: VD_FINDINFO AI 262/15 - 124/2016 du 13 mai 2016

IT: VD_FINDINFO AI 262/15 - 124/2016 del 13 maggio 2016

Regeste

DÉCISION DE RENVOI, REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, AFFECTION PSYCHIQUE, TOXICOMANIE, ALCOOLISME | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.05.2016 AI 262/15 - 124/2016

DÉCISION DE RENVOI, REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, AFFECTION PSYCHIQUE, TOXICOMANIE, ALCOOLISME | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 262/15 - 124/2016 ZD15.040713 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 13 mai 2016 _____ Composition : Mme Dessaux , présidente

Mme Brélaz Braillard, juge et M. Monod, assesseur Greffier : M. Addor *****

Cause pendante entre : S. _____ , à X. _____ , recourant, représenté par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé.

_____ Art. 87 al. 2 et 3 RAI E n f a i t : A. Ressortissant suisse, né en 1972, S. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), est marié et père de deux enfants nés en 2002 et 2004. Sans formation professionnelle, l'assuré a travaillé dès la fin de la scolarité obligatoire dans des emplois temporaires tantôt comme ouvrier dans une entreprise de galvanisation, tantôt comme gardien de piscine alternant avec des périodes de chômage, avant de cesser toute activité lucrative dès 2001. Il émarge depuis lors aux services sociaux de sa commune de domicile. Le 31 mars 2005, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Sollicitant l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, subsidiairement d'une rente, il a fait état de troubles d'origine psychiatrique, sans autre précision. Procédant à l'instruction de la demande, l'office AI a invité la Dresse V. _____ , spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, à lui fournir un rapport médical sur formulaire ad hoc, ce qu'elle a fait en date du 20 septembre 2005. Avec répercussion sur la capacité de travail, elle a posé les diagnostics suivants : état dépressif moyen ; trouble panique, agoraphobie, phobie sociale ; syndrome de dépendance à l'alcool ; syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement sous traitement substitutif de méthadone ; syndrome de dépendance à la cocaïne, actuellement abstiné ; personnalité de type borderline. Sans effet sur la capacité de travail, elle a retenu un syndrome de dépendance au tabac ainsi qu'une hépatite C. Elle a considéré que la capacité de travail était de 50%, en raison de l'étayage important que l'exercice d'une activité professionnelle serait susceptible d'apporter à son patient.

Néanmoins, son absence de formation rendait nécessaire une réorientation. Au vu des renseignements médicaux recueillis, l'office AI a confié à son Service médical régional (ci-après : le SMR) le soin d'effectuer un examen clinique psychiatrique de l'intéressé, qui a eu lieu le 11 juin 2007. Dans son rapport du 19 juin suivant, le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exclu tout diagnostic affectant la capacité de travail. Il a en revanche posé les diagnostics suivants sans répercussion sur cette dernière : · Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 10.25). · Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F 11.22). · Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F 14.20). · Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.2). Du paragraphe conclusif intitulé « appréciation du cas », on extrait ce qui suit : « Lors de notre examen clinique, l'assuré a décrit une première consommation d'héroïne à l'âge de 18 ans, suite à la proposition de son ex-amie, motivé par l'effet de curiosité et dans un contexte de loisir. Malgré une enfance difficile avec le divorce de ses parents et le fait que l'assuré ait grandi partiellement sous la garde de sa grand-mère, on ne retrouve pas d'élément en faveur d'un trouble de personnalité, ni d'un trouble anxieux, ni d'un trouble affectif dans l'anamnèse de l'enfance, de l'adolescence ou de jeune adulte de l'assuré. Par contre, il décrit son évolution jusqu'à l'âge de 18 ans et le temps de sa première consommation d'héroïne comme une période sans problème particulier, notamment à l'école, avec une tendance à s'engager de manière prudente dans les relations stables ; il est d'ailleurs marié depuis plus de 9 ans. En l'absence d'une importante baisse de l'humeur, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, d'une diminution de la concentration et de l'attention, d'idées de culpabilité ou de dévalorisation, d'idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires, ainsi qu'en l'absence d'une diminution de l'appétit, le diagnostic d'un épisode dépressif majeur n'a pas pu être retenu. En l'absence d'attaques de panique, d'une anxiété généralisée persistante avec sentiment permanent d'anxiété et de craintes anticipées, ni le diagnostic d'un trouble de panique ni celui d'une anxiété généralisée ne peuvent être retenus, selon les définitions de la CIM-10. Par contre, l'assuré montre une humeur labile avec des abaissements de l'humeur transitoires, accompagnés de symptômes anxieux avec [des] symptômes neurovégétatifs. L'intensité des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs n'étant pas suffisante pour justifier un diagnostic séparé, nous avons retenu le diagnostic d'un trouble anxieux et dépressif mixte selon les critères de la CIM-10. En conclusion, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, qui est inchangé depuis de nombreuses années, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante, indépendamment des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de substances. Sur la base de notre observation clinique, l'assuré souffre d'une dépendance à diverses substances psycho-actives primaires, ayant commencé par une dépendance à l'héroïne, actuellement sous substitution, puis continué par une dépendance à la cocaïne, actuellement abstinent, et d'une dépendance à l'alcool comme continuation d'une dépendance primaire. En l'absence d'une comorbidité psychiatrique invalidante, les toxicomanies ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. Dans le cas de notre assuré, les toxicomanies ne sont pas la conséquence ni le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une

invalidité, ni à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique, ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif. En conclusion, sur le plan psychiatrique et assécurologique, l'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité. » Au terme de son examen, le Dr G. _____ a ainsi conclu à l'absence de limitation fonctionnelle psychiatrique, si bien que la capacité de travail de l'assuré était entière depuis toujours dans toute activité. Par décision du 30 octobre 2007, l'office AI a dénié le droit de l'assuré à toutes prestations (rente et mesures professionnelles), au motif qu'il présentait une capacité de travail entière dans toute activité, en l'absence d'atteinte à la santé invalidante sur le plan psychiatrique. Demeurée sans recours, cette décision est entrée en force. B. Par l'intermédiaire de son assistante sociale, l'assuré a complété, en date du 4 septembre 2014, un formulaire de détection précoce, faisant état de troubles psychiques. Il a annoncé une incapacité de travail totale antérieure à 2007. Dans un rapport du 30 septembre 2014 dressé dans le cadre de la procédure de détection précoce et faisant suite à un entretien avec l'assuré le 25 septembre précédent, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'office AI a suggéré le dépôt d'une nouvelle demande de prestations AI en vue de l'octroi d'une rente. A l'appui de son point de vue, il a expliqué qu'il convenait d'instruire une nouvelle fois ce cas, dès lors que l'intéressé consultait désormais un médecin psychiatre. En date du 27 octobre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en invoquant comme atteinte à la santé une phobie sociale. Dans un rapport du 5 janvier 2015 complété sur formule officielle à l'intention de l'office AI, la Dresse P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué avoir vu S. _____ à deux reprises en consilium les 16 septembre et 4 novembre 2014, le suivi thérapeutique au long cours étant assuré par la Dresse V. _____. Elle a posé les diagnostics suivants selon la CIM-10 affectant la capacité de travail : agoraphobie avec trouble panique (F 40.01), phobie sociale (F 40.1), état de stress post-traumatique chronique (F 43.1), personnalité émotionnellement labile type impulsif (F 60.30), trouble dépressif récurrent (saisonnier) (F 33.1), dépendance au cannabis (F 12.25), dépendance à l'alcool (consommation contrôlée) (F 10.2), dépendance à l'héroïne en rémission sous traitement substitutif de méthadone (F 11.22). A son avis, l'assuré était dans l'incapacité totale de travailler, son état ne lui permettant pas d'être présent dans un contexte professionnel. Interpellée à son tour, la Dresse V. _____ a fait parvenir son rapport médical à l'office AI en date du 21 janvier 2015. Avec répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu les diagnostics suivants : agoraphobie avec trouble panique (F 40.01), phobie sociale (F 40.1), état de stress post-traumatique chronique (F 43.1), trouble dépressif récurrent saisonnier (F 33.1) et personnalité émotionnellement labile (F 60.30). Elle a en revanche considéré que les diagnostics de dépendance à l'alcool, consommation contrôlée (F 10.2), dépendance au cannabis (F 12.25), dépendance à l'héroïne en rémission sous traitement de substitution à la méthadone (F 11.22), dépendance au tabac et hépatite C guérie n'affectaient pas la capacité de travail de l'assuré. Quant à l'évaluation de la capacité de travail, elle est revenue sur son appréciation antérieure, qu'elle a qualifiée d'erronée. Elle a précisé que l'ensemble des symptômes du registre anxieux présentés par son patient depuis de nombreuses années consolidait les diagnostics initiaux, ce qui excluait toute capacité de travail résiduelle. Prenant position sur les éléments médicaux recueillis, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, s'est exprimé en ces termes dans un avis médical du 8 avril 2015 : « En septembre 2005, la Dresse V. _____ annonçait les diagnostics d'état dépressif moyen, de

trouble panique, agoraphobie et phobie sociale, de dépendance à l'alcool, aux opiacés/sous méthadone, à la cocaïne/actuellement abstinent et de personnalité borderline. L'assuré a été examiné en 2007 par le Dr G._____, psychiatre FMH. Les pratiques toxiques sont primaires et il n'existait pas alors de maladie psychiatrique à même de justifier une incapacité de travail durable. Les empêchements constatés par les médecins de l'assuré s'inscrivaient dans le sillage des pratiques toxiques et alcooliques de l'assuré. Dans son rapport du 21 janvier 2015, la Dresse V._____ retient comme nouveau problème un état de stress post-traumatique F 43.1, se rapportant au séjour en milieu carcéral de l'assuré à l'âge de 19 ans et de la cure qui a suivi. Il ne s'agit donc pas d'un fait nouveau, ni d'une aggravation. Le psychiatre de l'assuré semble intervenir dans la prise en soin depuis septembre 2014 et retient des diagnostics similaires à ceux du médecin de famille. Il n'y a donc là ni fait nouveau ni aggravation depuis la dernière décision AI. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance. Aucune aggravation et/ou fait nouveau n'est rendu plausible depuis la dernière décision AI. » Le 15 avril 2015, l'office AI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 30 octobre 2007. Il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Représenté par le Service juridique d'Intégration Handicap (aujourd'hui : Inclusion Handicap), l'assuré a présenté en date du 15 mai 2015 des objections à l'encontre de ce projet. Il a tout d'abord reproché à l'office AI de s'être contenté de l'avis de son SMR du 8 avril 2015 se bornant à comparer les diagnostics retenus en 2005 par la Dresse V._____ avec ceux posés en 2015 par ce même médecin et la Dresse P._____, ce qui ne saurait selon lui suffire pour conclure à l'absence d'aggravation de son état de santé ou nier l'existence de tout fait nouveau. Il a ensuite mis en exergue qu'en 2005, la Dresse V._____ avait estimé sa capacité de travail à 50%, alors qu'elle considérait désormais, à l'instar de la Dresse P._____, que celle-ci était nulle, ce qui démontrait, selon l'assuré, l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision. Il a enfin relevé que la décision du 30 octobre 2007 reposait sur un examen psychiatrique effectué au SMR au mois de juin précédent, dont les conclusions étaient aujourd'hui contredites par les derniers rapports des Dresses V._____ et P._____. En effet, selon ces dernières, ce ne serait pas la dépendance qui invaliderait désormais totalement l'assuré, mais bien plutôt sa problématique psychique dont la dépendance serait la cause. S'exprimant à propos des arguments avancés par l'assuré, le Dr L._____ a écrit ce qui suit dans un avis médical du 29 mai 2015 : « Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le

moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. Telle est la doctrine. L'examen psychiatrique sur lequel repose la dernière décision AI qui est entrée en force fin 2007, est un travail qui établit de manière convaincante que les pratiques toxiques de l'assuré sont primaires. Au dire même du psychiatre P. _____, son rapport du 5 janvier 2015 repose sur 2 consilium (16 septembre et 4 novembre 2014) et l'abstinence de cannabis et d'alcool ne semble pas requise par le thérapeute. Or, l'alcool et le cannabis sont connus pour leurs effets délétères sur le psychisme des personnes qui en ont l'usage fréquent. Le dernier contrôle/consultation remontait alors au 4 novembre 2014, soit à un peu plus de 60 jours avant la rédaction dudit rapport médical. Il ne s'agit donc pas d'un suivi régulier au sens médical. Et le passage en page 2 du rapport médical rapportant que l'assuré « a acquis une certaine stabilité sur le plan familial et thérapeutique » après avoir décrit l'arrêt de la cocaïne et de l'héroïne et avoir « fortement diminué sa consommation d'alcool », laisse entendre que ces pratiques sont sous le contrôle de la volonté et ne va pas dans le sens d'une aggravation de l'état de santé psychique, bien au contraire. Le courrier daté du 15 mai 2015 que vous nous soumettez est une correspondance classée comme juridique par vos services. Ce courrier de Madame Florence Bourqui établit un scénario hypothétique qui conduit le représentant de l'assuré à des conclusions opposées à celles du psychiatre FMH ayant examiné l'assuré en 2007. Il s'agit d'arguments juridiques qui ne sont pas de nature ni à modifier les conclusions de l'instruction initiale, ni à rendre plausible une aggravation depuis cette dernière d'un point de vue médico-asséculo-logique. » Le 21 août 2015, l'office AI a rendu une décision formelle intitulée « refus » entérinant le rejet de toutes prestations de l'assurance-invalidité, avec une motivation identique à celle de son projet du 15 avril précédent. Une lettre d'accompagnement du même jour prenait position sur les objections soulevées en se référant à l'avis précité du SMR, dont une copie était annexée à ce courrier. C. Par acte du 25 septembre 2015, S. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision. En premier lieu, il constate à la lecture des rapports médicaux au dossier que sa consommation de produits toxiques ne s'est pas péjorée au fil des ans. Elle ne saurait donc être à l'origine de la dégradation constatée par le médecin traitant. Bien plutôt, l'incapacité de travail totale relevée depuis 2012 par la Dresse V. _____ serait due aux troubles psychiques qu'il présente. Ce point de vue est d'ailleurs corroboré par la Dresse P. _____. Même si celle-ci ne suivait pas le recourant lors de sa première demande de prestations, il n'en demeure pas moins qu'elle a attesté une incapacité de travail totale ainsi que le caractère secondaire de sa consommation de produits toxiques. Dans ces conditions, l'office AI ne pouvait se contenter de déclarer primaire la dépendance en se fondant sur un rapport devenu obsolète, mais se devait au contraire d'investiguer de manière complète et neutre ces éléments. De l'avis du recourant, le fait que les Dresses V. _____ et P. _____ revêtaient la qualité de médecins traitants ne suffisaient pas pour écarter sans autre leur appréciation, ce d'autant plus que leurs constatations rejoignaient celles opérées par divers collaborateurs de l'office AI, qui s'étaient avisés du stress et de la panique qui pouvaient s'emparer de lui. Tel est notamment le cas du spécialiste en réinsertion professionnelle lors de l'entretien du 25 septembre 2014. C'est donc à tort que l'administration n'a pas procédé aux investigations qui s'imposaient en se contentant de l'appréciation de son SMR, laquelle, outre qu'elle émane d'un médecin qui n'est pas psychiatre, se fonde sur des faits remontant à une dizaine d'années. En conséquence, le recourant conclut avec suite de frais et dépens à

l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Subsidiairement, il demande la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En annexe à son écriture, le recourant a produit un rapport médical de la Dresse P. _____ daté du 9 septembre 2015 adressé à son conseil, dans lequel elle contestait l'appréciation faite par le SMR dans son avis du 29 mai précédent. Elle y expliquait une nouvelle fois que c'était l'importante comorbidité psychiatrique qui représentait le facteur principal de l'incapacité de travail et de gain de l'assuré. Par décision du 3 novembre 2015, le magistrat instructeur a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 septembre précédent. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Florence Bourqui lui a été désigné. Dans sa réponse du 30 novembre 2015, l'office AI relève à titre liminaire que le libellé de l'acte litigieux est erroné. Il s'agit non pas d'un refus de prestations mais d'un refus d'entrer en matière. Cette précision ayant été apportée, il observe que les Dresses V. _____ et P. _____ mettent en évidence un état de stress post-traumatique lié au séjour en milieu carcéral de l'assuré à l'âge de 19 ans ainsi qu'à la cure de désintoxication en institution spécialisée qui a suivi. Dans ces circonstances, il ne saurait y avoir de péjoration de l'état de santé depuis la décision négative rendue le 30 octobre 2007. Celle-ci n'est pas non plus rendue plausible, dès lors que l'intéressé a acquis une certaine stabilité sur le plan familial et thérapeutique après qu'il a décrit, d'une part, l'arrêt de la cocaïne et de l'héroïne et, d'autre part, une forte diminution de la consommation éthylique, ce qui laisse entendre que l'usage dont il s'agit est contrôlé. A cela s'ajoute que le laps de temps qui s'est écoulé entre la mise en œuvre d'une expertise et la prise de décision ne suffit pas à rendre obsolètes les conclusions des experts. Quant au rapport du 9 septembre 2015 de la Dresse P. _____ produit par le recourant, l'intimé explique qu'il ne peut le prendre en considération dans le cadre de la présente procédure, en tant qu'il est postérieur à la décision entreprise. En l'absence d'éléments médicaux qui prouveraient une aggravation de l'état de santé du recourant et susceptibles d'influer son droit aux prestations, les observations médicales effectuées en 2007 demeurent actuelles à défaut d'avoir été mises en doute. L'intimé estime donc que c'est à juste titre qu'il a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée en 2014 par le recourant, si bien qu'il prévise pour le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. En réplique du 4 janvier 2016, le recourant affirme que c'est à tort que l'intimé a écarté le rapport de la Dresse P. _____ du 9 septembre 2015, dans la mesure où les précisions contenues dans ce document ne pouvaient être adressées à l'administration avant la notification de la décision litigieuse. Ce n'est en effet qu'à ce moment-là que cette praticienne a pu prendre connaissance de l'avis du SMR du 29 mai 2015, puisqu'il était annexé à cette décision. Dans ce sens, ce rapport ne fait pas état d'éléments nouveaux postérieurs à la décision dont est recours mais se borne à préciser divers points figurant dans cette dernière. Cela étant, le recourant répète que la situation médicale a évolué puisque les questions de dépendance se sont améliorées alors que les autres troubles psychiques se sont cristallisés pour aboutir à une incapacité désormais totale de travailler. Dès lors que le recourant estime avoir rendu plausible une modification de son état de santé, l'intimé aurait dû procéder aux mesures d'instruction idoines. Le SMR ne s'est d'ailleurs pas limité à l'examen du caractère plausible de la modification alléguée. Il a en réalité pris position sur l'état de santé actuel en affirmant, sans réelle instruction, que les questions de dépendance restaient au premier plan alors qu'elles s'étaient au contraire sensiblement amendées, ainsi que le souligne la Dresse P. _____, pour qui le caractère primaire de la dépendance n'est

donc plus d'actualité. Partant, le recourant déclare maintenir les conclusions de son recours. Le 11 janvier 2016, une copie de cette écriture a été transmise à la partie intimée, qui n'a pas procédé plus avant. Le magistrat instructeur a informé les parties, le 18 février 2016, que, sous réserve d'un complément d'instruction qui serait ordonné par la Cour, la cause était en état d'être jugée. Le 8 avril 2016, le magistrat instructeur a écrit au conseil du recourant pour lui demander de déposer dans un délai expirant le 18 avril 2016 la liste détaillée de ses opérations et débours et l'informant qu'à défaut, l'indemnité qui lui est due serait fixée équitablement sur la base du dossier. Le 11 avril 2016, Me Bourqui a répondu qu'elle s'en remettait à justice pour la fixation de l'indemnité en sa faveur. E n d r o i t : 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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. En l'occurrence, il sera admis préliminairement que, conformément à la précision fournie par l'intimé dans sa réponse du 30 novembre 2015, la décision litigieuse consiste en un refus d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant en date du 27 octobre 2014. Au demeurant, une simple consultation du SMR pour avis en vue de déterminer si les éléments sont suffisants pour admettre une modification de l'état de santé (cf. le mandat établi le 3 février 2015) et ainsi une entrée en matière, suivie de la note établie le 8 avril 2015 par un médecin de ce service, ne saurait être assimilée à un examen de fond de la demande en question. On précisera encore que l'avis médical du SMR du 8 avril 2015, respectivement celui du 29 mai 2015, constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Cela étant, le litige porte sur le bien-fondé du refus opposé par l'office AI à l'assuré d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 27 octobre 2014, signifié par décision du 21 août 2015. En présence d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA avec refus d'entrée en

matière, l'objet du litige se résume à déterminer si, dans ses démarches auprès de l'intimé à partir du 27 octobre 2014, le recourant a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision du 30 octobre 2007 lui déniait le droit à toutes prestations (rente et mesures professionnelles). 3. Selon l'art. 87 al. 2 RAI, 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 (également dans sa teneur au 1^{er} janvier 2012) 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. Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011. Les exigences qui y sont posées doivent 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. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGa, si entre la dernière décision de refus de rente, 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, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGa), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (jusqu'au 31 décembre 2011 : art. 87 al. 3 RAI ; cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGa depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 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] ; cf. ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité 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_789/2012 précité consid. 2.3 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; cf. TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées). 4. a) D'emblée, il y a lieu de préciser que, conformément à cette dernière jurisprudence, le rapport médical de la Dresse P. _____ du 9 septembre 2015 ne saurait être pris en considération pour examiner l'existence d'une aggravation de l'état de santé telle qu'alléguée par le recourant, en tant qu'il est postérieur à la décision dont est recours. Par ailleurs, en demandant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, le recourant perd de vue que dans le type de procédure de l'art. 87 al. 2 RAI, il n'appartient pas à l'office intimé ou au tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond, mais à lui de rendre vraisemblable une péjoration de son état de santé (cf. ATF 130 V 64 ; cf. TF 9C_660/2012 du 29 janvier 2013 consid. 3.3). Il s'ensuit que la conclusion subsidiaire du recourant doit être rejetée. b) Il convient donc d'examiner si l'assuré a rendu plausible une modification de son invalidité, plus exactement une modification de son état de santé susceptible d'entraîner une invalidité depuis le 30 octobre 2007, et ceci principalement sur la base des avis psychiatriques au dossier dans son état au 21 août 2015. A l'époque de la première demande, la Dresse V. _____ avait posé des diagnostics incapacitants d'état dépressif moyen, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, personnalité de type borderline ainsi que ceux de syndrome de dépendance à l'alcool, aux opiacés sous traitement substitutif de méthadone et à la cocaïne, abstinent. Elle retenait une incapacité de travail de 50%. Le Dr G. _____ a eu connaissance de ces diagnostics et les a discutés sur la base de l'anamnèse et du status de l'assuré à la date de l'examen (11 juin 2007) pour finalement exclure les diagnostics autres que le syndrome de dépendance, ceci au motif que les critères de la CIM-10 n'étaient pas réalisés. De la confrontation du rapport de la Dresse V. _____ avec le rapport d'examen au SMR du 19 juin 2007, il ressort que l'assuré n'a pas évoqué devant le Dr G. _____ l'existence de crises de panique ou de comportements relevant de l'agoraphobie ou de la phobie sociale, pourtant relevés par le médecin traitant. Certes, l'examen au SMR est de près de deux ans postérieur au rapport du médecin traitant et il pourrait en être déduit que les troubles précités avaient disparu dans l'intervalle. Néanmoins, dans cette hypothèse et dans la mesure où ces troubles sont actuellement rapportés par la Dresse P. _____, leur nouvelle survenance pourrait constituer une aggravation de l'état de santé du recourant. Par ailleurs, dans l'hypothèse, plus vraisemblable, où ces troubles avaient toujours existé, l'absence de leur évocation par le recourant devant le Dr G. _____ entraîne pour corollaire que l'appréciation de ce praticien repose sur une anamnèse et un status

incomplets. Ce manque d'exhaustivité paraît au demeurant confirmé par la mention de maltraitance infligée au recourant par ses pairs en milieu scolaire, citée pour la première par la Dresse P. _____, comme par le nouveau diagnostic d'état de stress post-traumatique posé par celle-ci consécutivement aux précisions apportées par le recourant s'agissant de ces conditions de séjour en prison et centre de désintoxication, précisions n'apparaissant pas dans le rapport du Dr G. _____. La Dresse P. _____ a également observé des troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention qui n'apparaissaient pas lors de l'examen clinique par le Dr G. _____ et qu'elle estime probablement en lien avec les troubles anxieux et de l'humeur, l'état de stress post-traumatique et les antécédents de consommation de substances (cf. son rapport du 5 janvier 2015). Dans son avis du 29 mai 2015, le SMR relève que l'acquisition d'une certaine stabilité sur le plan familial et thérapeutique, associée à un arrêt de la cocaïne et de l'héroïne ainsi qu'à une forte diminution de la consommation d'alcool, telle que rapportée par la Dresse P. _____, est évocatrice de pratiques sous le contrôle de la volonté du recourant, d'une part et, d'autre part, va à l'encontre d'une aggravation de l'état de santé psychique. Il n'en demeure pas moins que la Dresse P. _____ paraît plutôt mettre l'incapacité de travail en corrélation avec les handicaps du recourant sur le plan social, en l'occurrence, la phobie sociale et l'agoraphobie avec trouble panique. Cela étant, le rapport de la Dresse P. _____ est 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. Il apparaît néanmoins que, comme relevé ci-dessus, l'examen clinique psychiatrique du 11 juin 2007 pourrait s'avérer fondé sur une anamnèse incomplète, étant rappelé ici l'importance que revêt cette dernière dans la détermination du caractère primaire ou secondaire de la dépendance (cf. par exemple TF 8C_356/2012 du 11 février 2013 consid. 3 et les références). A cela s'ajoute qu'en matière de dépendance à l'alcool, la démarche diagnostique peut se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage ; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et les références). Or, à l'époque de l'examen clinique psychiatrique fondant la première décision, le Dr G. _____ a retenu une utilisation continue d'alcool, alors que la Dresse P. _____ évoque une consommation contrôlée, de telle sorte que pourrait se poser la question d'un tableau clinique rendu plus difficile à appréhender lors de l'examen de 2007. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut ainsi constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (cf. TF 9C_395/2007 précité). c) Au vu de ce qui précède, il s'avère que les éléments médicaux avancés par l'assuré rendent plausible une modification de son état de santé, justifiant une entrée en matière sur la demande de prestations déposée le 27 octobre 2014. En conséquence, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il entre en matière sur cette demande de prestations, libre à lui d'ordonner cas échéant une expertise psychiatrique au sens de l'art. 44 LPG, aux fins d'élucider les questions faisant l'objet du considérant 4b

ci-dessus. 5. En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision de refus d'entrer en matière du 21 août 2015. 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 27 octobre 2014 et procède à son instruction. 6. a) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, à compter du 25 septembre 2015 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'il y a lieu de fixer l'indemnité due au conseil juridique commis d'office, celui-ci peut préalablement produire une liste détaillée de ses opérations et une liste de ses débours (art. 3 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) ; en l'absence de liste détaillée des opérations, le défraiement est fixé équitablement sur la base d'une estimation des opérations nécessaires pour la conduite du procès (al. 2). En l'espèce, bien que requise par le magistrat instructeur de déposer une liste détaillée de ses opérations et débours, Me Bourqui a déclaré par pli du 11 avril 2016 s'en remettre à justice pour la fixation de l'indemnité en sa faveur. b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'une avocate d'Inclusion Handicap, qui peut se voir accorder des dépens, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD et 4 al. 2 TFJDA). Compte tenu de l'allocation de pleins dépens, dont la perception est certaine, il n'est pas dû d'indemnité au conseil d'office (art. 4 al. 1 RAJ, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La Cour de céans n'aurait de toute façon pas fixé d'indemnité plus élevée dans le cadre de l'assistance judiciaire. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 21 août 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée. III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour entrée en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant le 27 octobre 2014. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. V. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap (pour S. _____), ■ 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). Le greffier :