

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 juin 2009

---

Présidence de M. DIND  
Juges : Mmes Lanz Pleines et Röthenbacher  
Greffier : M. Kramer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Melissa Magnenat,  
avocate-stagiaire en l'étude de Me Bernard de Chedid, audit lieu,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-  
après : l'OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 87 al. 3 RAI, 87 al. 4 RAI et 17 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a) aa)** N.\_\_\_\_\_, né en 1973, de nationalité turque, a travaillé en qualité de manœuvre intérimaire pour le compte de l'entreprise Y.\_\_\_\_\_S.A. L'intéressé a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), le 21 juin 2000, tendant à l'octroi d'une rente.

Le 8 novembre 2000, les médecins du département de psychiatrie B.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique, d'évolution vers une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, de trouble hypocondriaque et d'arthralgie et myalgie, status après contusion du membre supérieur droit le 18 novembre 1998. Les médecins retiennent une incapacité de travail de 100% dès le 8 décembre 1998 pour une durée indéterminée.

Mandaté en qualité d'expert par l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport le 4 octobre 2001, dans lequel il retient le diagnostic de trouble de conversion post-traumatique, non observance au traitement, mauvaise compliance (Axe I), de personnalité immature à traits histrioniques (Axe II), de status post accident de travail le 18 novembre 1998 (Axe III) et de mauvaises conditions de travail (Axe IV). Constatant que les plaintes et les symptômes observés renvoient à leur nature hystérique (trouble de conversion), l'expert relève que le trouble de conversion, chez un homme jeune, doit ouvrir le diagnostic différentiel de simulation, voire de sursimulation, ce d'autant plus que l'assuré, qui se plaint de douleurs a priori insupportables, ne prend pas les médicaments qui lui sont prescrits: le dosage sérique des médicaments donne en effet des taux nuls. Procédant à une analyse complète du comportement de l'assuré, basée sur l'anamnèse, l'examen clinique et l'étude du dossier, le Dr X.\_\_\_\_\_ met en évidence l'attitude démonstrative et la tendance à la dramatisation de N.\_\_\_\_\_, le peu d'impact de l'état de ce dernier sur sa vie sociale,

affective et sexuelle, de même que l'absence de grave pathologie psychiatrique. L'expert relève aussi la variabilité dans la description des douleurs qui sont mal systématisées, la disparition de tout ou partie de la symptomatologie – qui est fonction de l'interlocuteur et du moment de l'examen – quand l'assuré ne se sent pas observé, ce qui atteste la contrefaçon d'une grande partie des limitations fonctionnelles. Tous ces éléments amènent l'expert à conclure que la situation du cas d'espèce sort du champ médical et que les troubles présentés par l'intéressé sont fonction de sa volonté, c'est-à-dire feints, et non d'une pathologie avérée. Tout au plus le Dr X. \_\_\_\_\_ peut-il confirmer l'hypothèse de la Clinique E. \_\_\_\_\_ en faveur d'un trouble de l'adaptation post-traumatique avec réaction mixte anxieuse et dépressive, étant précisé que ce trouble n'a pas perduré au-delà du mois de juin 1999. L'expert considère ainsi que la capacité de travail de l'assuré est actuellement entière du point de vue psychologique.

Par décision du 17 juillet 2002, l'OAI a rejeté la demande de rente, au motif que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

**bb)** N. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par acte du 13 septembre 2002 en concluant, avec dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et, principalement, à l'annulation de la décision précitée, soit à sa réforme en ce sens que la demande de prestations est admise et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour nouvelle décision.

Par jugement du 17 juin 2004, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours (ch. I du dispositif) et maintenu la décision attaquée (ch. II du dispositif), entière valoir probante étant reconnue à l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_.

**b)** Faisant état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et d'un trouble somatoforme douloureux persistant s'étant péjorés

depuis 2003, N.\_\_\_\_\_ a rempli une nouvelle demande de prestations de l'AI, le 12 octobre 2004, sollicitant l'octroi d'une rente.

Dans une correspondance datée du 25 novembre 2004, l'OAI a fixé à l'intéressé un délai de 30 jours pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé par des moyens pertinents, en application de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201).

Le 23 décembre 2004, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin au département de psychiatrie B.\_\_\_\_\_, a attesté une péjoration, au moins depuis juillet 2003, de la symptomatologie dépressive et douloureuse présentée par l'intéressé et indiqué que les manifestations dépressives avaient justifié en 2004 trois hospitalisations à l'Hôpital M.\_\_\_\_\_. Il s'agit des premières hospitalisations de l'intéressé en clinique psychiatrique, ce qui atteste une aggravation. N.\_\_\_\_\_ présente clairement un tableau clinique invalidant évoluant de manière chronique. Ce trouble est associé à une perte d'intégration sociale à tous les niveaux, y compris relationnel et affectif. L'état psychique, longtemps stationnaire, se péjore, malgré des traitements adaptés et une compliance médicamenteuse.

Dans un rapport du 19 avril 2005, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'intéressé, retient les diagnostics, affectant la capacité de travail, de status après accident de travail (18.11.1998), d'état de stress post-traumatique, de trouble dépressif avec syndrome somatique, de personnalité à traits psychotiques et persécutés et de canal lombaire étroit. Il indique avoir suivi régulièrement N.\_\_\_\_\_ jusqu'au 19 août 2002 et l'avoir revu ponctuellement en août et septembre 2003. Depuis lors, il n'a plus consulté le Dr S.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 26 mai 2005, le Dr L.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, existant depuis 1998, de syndrome somatoforme douloureux persistant,

présent depuis 1998, et de trouble de personnalité non spécifié (cluster B). Le Dr L.\_\_\_\_\_ estime que l'état de santé de l'assuré s'aggrave, aucune activité n'étant exigible de ce dernier.

Mandaté en qualité d'expert par l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et J.\_\_\_\_\_, psychologue FSP, ont établi un rapport 7 mai 2007, dans lequel ils concluent que l'assuré ne présente aucun diagnostic affectant sa capacité de travail. Quant au diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, ils ne retiennent "rien d'autre (...) qu'un mode de comportement persistant caractérisé par la simulation de symptômes (...)" et mentionnent des troubles factices. A ce jour, N.\_\_\_\_\_ ne souffre d'aucun trouble psychique. Les troubles factices sont susceptibles d'expliquer l'évitement à reprendre une activité professionnelle, mais ils ne correspondent en aucun cas à une pathologie psychiatrique invalidante. Après avoir fait état des comportements, des attitudes et des incohérences qui ont fait douter l'expert dès les premiers instants de l'authenticité des plaintes de l'assuré mais surtout de son honnêteté face au corps médical et asséculoologique, et compte tenu de l'expérience de l'expert de ce type d'attitude en situation d'expertise, le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'identifie rien d'autre, derrière les plaintes asubstantielles de l'assuré et son agressivité, qu'une névrose de rente correspondant à une recherche de bénéfices secondaires pour toute une kyrielle de facteurs qui restent étrangers à l'AI. En conséquence, l'expert estime que la capacité résiduelle de travail de l'assuré est de 100 pour-cent.

Le 10 juillet 2007, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie auprès du Service médical régional AI (ci-après: SMR), estime que le Dr Q.\_\_\_\_\_ démontre très clairement que la symptomatologie présentée par l'assuré ne correspond à aucun diagnostic psychiatrique ayant valeur invalidante, mais à un trouble factice (simulation de symptômes par une motivation externe, ici compensation financière). L'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_ rejoint ainsi celle du Dr X.\_\_\_\_\_, en 2001, qui n'as pas retenu de diagnostic psychiatrique invalidant. Le Dr K.\_\_\_\_\_ estime ainsi que si N.\_\_\_\_\_ ne devait plus

reprendre d'activité lucrative dans le futur, ce serait pour des raisons non médicales. L'assuré ne présente dès lors aucune limitation fonctionnelle et sa capacité de travail est entière.

A la suite du projet de décision du 31 juillet 2007, par lequel l'OAI a refusé à N.\_\_\_\_\_ le droit à des prestations, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin assistant au département de psychiatrie de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_, a indiqué, le 29 août 2007, que la capacité de travail de l'intéressé était nulle, de sorte qu'il appuyait son "recours" contre la décision de l'OAI.

Par décision du 3 octobre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'intéressé ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Cette décision a été communiquée à l'adresse privée de N.\_\_\_\_\_, à Lausanne.

Le 12 novembre 2007, F.\_\_\_\_\_, conseillère de probation de l'intéressé, a informé l'OAI que N.\_\_\_\_\_ se trouvait depuis le 10 septembre 2007 en détention avant jugement à la prison de la Croisée, à Orbe.

**B.**           **a)** N.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 3 octobre 2007, par acte du 23 novembre suivant, en sollicitant la notification d'une nouvelle décision au lieu de son incarcération avec un nouveau délai de recours. Subsidairement, il demande à ce que son courrier soit considéré comme un recours et requiert un délai afin de compléter son argumentation.

Dans sa réponse du 14 janvier 2008, l'intimé conclut, préalablement, à l'irrecevabilité du recours pour cause de tardiveté et, principalement, au rejet du recours.

Dans sa réplique du 28 avril 2008, le recourant, agissant par son conseil, conclut à l'admission du recours, à l'annulation de la décision de l'OAI du 3 octobre 2007 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 12 octobre 2003. Sur le fonds, le recourant fait pour l'essentiel valoir

que, du point de vue physique, il souffre de douleurs persistantes entraînant une gêne fonctionnelle, une boiterie à la marche, une raideur de l'hémicorps droit, ainsi qu'un inconfort en position assise. Sur le plan psychique, N.\_\_\_\_\_ estime que les conclusions de l'expert Q.\_\_\_\_\_ divergent fondamentalement de celles des spécialistes qui l'ont suivi depuis 1999, de sorte que pleine valeur probante ne peut être reconnue à cette expertise. Le recourant requiert ainsi la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, les investigations de l'autorité intimée étant insuffisantes. Pour le surplus, N.\_\_\_\_\_ considère que le trouble somatoforme qu'il présente est accompagné d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, puisqu'il souffre au moins depuis 2000 d'un trouble somatoforme accompagné d'un état dépressif sévère et récurrent, les autres critères pour que le trouble somatoforme soit reconnu comme invalidant étant également réalisés.

A l'appui de sa réplique, le recourant a notamment produit les pièces suivantes:

- un rapport d'expertise psychiatrique établi le 24 janvier 2007 par le Dr C.\_\_\_\_\_ et la Dresse H.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistante au Centre de Psychiatrie A.\_\_\_\_\_, sur mandat du Juge d'instruction de l'arrondissement de Lausanne, afin de déterminer la responsabilité pénale de l'intéressé. Dans leur rapport, les experts font état d'une certaine discordance entre les plaintes de N.\_\_\_\_\_ et les résultats d'examens cliniques et complémentaires. Ils retiennent le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F 32.2), de troubles somatoformes douloureux persistants (F 45.4) et d'utilisation nocive pour la santé d'alcool (F 10.1). Les experts considèrent en outre que la faculté pour N.\_\_\_\_\_ d'apprécier le caractère illicite de son acte et de se déterminer d'après cette appréciation est conservée;

- Un courrier, daté du 17 mars 2008, dans lequel le Dr G.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au département de psychiatrie de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_, indique que N.\_\_\_\_\_ a été hospitalisé à six reprises à

l'Hôpital M.\_\_\_\_\_ et a effectué plusieurs tentamens médicamenteux. Pour le Dr G.\_\_\_\_\_, il est surprenant qu'aucune incapacité de gain n'ait été constatée par l'OAI dans la mesure où l'intéressé présente des troubles psychiatriques lourds et handicapants, qu'il bénéficie de soins et d'une médication psychothérapeutiques depuis 2000 et qu'il a dû être hospitalisé à de nombreuses reprises. N.\_\_\_\_\_ paraît largement handicapé dans son fonctionnement au quotidien. Une rente AI permettrait de contribuer à sa stabilisation et d'envisager une réinsertion sociale, ce qui éviterait peut-être des troubles du comportement, qui sont probablement exacerbés par les situations dans lesquelles il se sent rejeté ou incompris.

Le 9 juin 2008, l'OAI a confirmé ses conclusions, en relevant que l'expertise judiciaire du 24 janvier 2007 du Dr C.\_\_\_\_\_ et de la Dresse H.\_\_\_\_\_ portait sur la responsabilité du recourant par rapport à une agression et non sur sa capacité de travail. L'intimé s'est rallié à un avis médical du 2 juin 2008, dans lequel le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint au SMR, considère que les constatations objectives du Dr C.\_\_\_\_\_ et de la Dresse H.\_\_\_\_\_ concordent parfaitement avec celles des deux expertises précédentes, mais qu'ils n'apportent aucun élément médical objectif en faveur d'une incapacité de travail. S'agissant du courrier du Dr G.\_\_\_\_\_ du 17 mars 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_ relève qu'il ne mentionne pas le status, les limitations fonctionnelles et les diagnostics psychiatriques actuels, ni la capacité de travail, mais se contente de présenter un plaidoyer pour une rente AI à but thérapeutique. Ce rapport ne fait état d'aucun argument médical permettant de revenir sur les conclusions des deux expertises des Drs X.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_.

**b)** Par jugement incident du 29 août 2008 (AI 425/08 inc. - 341/2008), le Tribunal des assurances a déclaré le recours recevable (ch. I du dispositif), considérant que l'assuré avait pris connaissance du contenu de la décision le 23 novembre 2007.

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

**1. a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. a LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]).

**2.** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié de manière à influencer le taux d'invalidité, partant le droit à la rente, depuis la décision du 17 juillet 2002.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** Aux termes de l'art. 87 RAI, 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 (al. 3). 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 (al. 4).

Les conditions de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2, 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI 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 (ATF I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2 et les références).

Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 41 LAI (actuellement art. 17 LPGGA). Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF I 238/03 précité, consid. 2).

Selon l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF I 408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références).

**c)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets,

qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF I 506/02 du 26 mai 2003 consid. 2.1 et les références citées).

Les moyens de preuve ressortant de la procédure menée devant l'assureur social peuvent être considérés comme suffisants par le juge, qui renoncera alors à mettre en oeuvre de nouvelles mesures d'instruction. Toutefois, dans ce cas, l'appréciation anticipée des preuves est soumise à des exigences sévères. En cas de doute sur le caractère pertinent ou complet des rapports médicaux figurant au dossier, le juge doit faire procéder lui-même à une expertise ou renvoyer la cause à l'assureur social pour instruction complémentaire (ATF I 506/02 précité).

**d)** Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confrère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

**4.** En l'espèce, après une première décision de refus de prestations de l'OAI, le recourant a déposé une nouvelle demande en alléguant une péjoration de son état de santé. Il ne ressort toutefois d'aucune pièce au dossier que l'état de santé de l'assuré se serait dégradé sur le plan somatique. Le Dr L.\_\_\_\_\_ indique d'ailleurs avoir suivi régulièrement N.\_\_\_\_\_ jusqu'en août 2002, l'avoir revu ponctuellement au mois d'août et septembre 2003, mais précise que l'intéressé ne l'a plus consulté depuis lors. Il convient ainsi d'admettre que, sur le plan somatique, l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré de manière à influencer le taux d'invalidité depuis la décision du 17 juillet 2002.

Du point de vue psychiatrique, N. \_\_\_\_\_ a été examiné par le Dr Q. \_\_\_\_\_. Or, force est de constater que l'expertise réalisée par ce spécialiste se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées par le recourant et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Elles sont en outre confirmées par le Dr K. \_\_\_\_\_ et concordent avec l'appréciation du Dr X. \_\_\_\_\_, de sorte que pleine valeur probante doit leur être reconnue.

Certes, le recourant fait valoir qu'il existe des contradictions fondamentales entre les conclusions de l'expert Q. \_\_\_\_\_ et celles des spécialistes qui l'ont suivi depuis 1999.

En effet, le Dr L. \_\_\_\_\_ atteste une péjoration, au moins depuis 2003, de la symptomatologie dépressive et douloureuse présentée par l'intéressé. Moins motivée, son opinion ne saurait toutefois remettre en cause les conclusions de l'expert Q. \_\_\_\_\_. Il en va de même de l'avis des Drs Z. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_. En effet, dans son courrier du 29 août 2007, le Dr Z. \_\_\_\_\_ se contente d'affirmer que la capacité de travail de l'assuré est nulle, sans poser de diagnostic. En outre, le Dr G. \_\_\_\_\_, dans son courrier du 17 mars 2008, ne pose aucun diagnostic et n'évalue pas la capacité de travail du recourant.

S'agissant de l'expertise réalisée par le Dr C. \_\_\_\_\_ et la Dresse H. \_\_\_\_\_, leur mandat consistait à déterminer la faculté pour le recourant d'apprécier le caractère illicite de son acte et de se déterminer d'après cette appréciation, de sorte qu'ils ne se sont prononcés que sur une question d'ordre pénal. Leurs conclusions ne peuvent être déterminantes dans la présente cause.

En conséquence, il y a lieu de considérer que l'état de santé psychique du recourant ne s'est pas modifié de manière à influencer son taux d'invalidité depuis la décision du 17 juillet 2002.

**5.** Le dossier du recourant était suffisamment complet pour permettre à l'autorité de céans de trancher. La requête d'expertise, telle que présentée par le recourant en procédure, doit dès lors être rejetée.

**6.** Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**7.** Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 600 fr. et mis à la charge du recourant (art. 61 al. 1bis LAI). Il n'est pas alloué de dépens.

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision attaquée est confirmée.

**III.** Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Melissa Magnenat (pour N. \_\_\_\_\_),
- 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 :