

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 octobre 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Pasche et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

F._____, à [...], recourant, représenté par Me Mirko Giorgini, avocat à
Lausanne

et

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

Art. 7, 8, 17 al. 1, 43 et 44 LPGA ; 4 al. 1 LAI ; 69 al. 2 et 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, ressortissant de l'ex-Yougoslavie au bénéfice d'un permis d'établissement, a été victime d'un accident le 25 novembre 1997, alors qu'il travaillait comme manœuvre sur un chantier. Il soutient avoir été heurté à la tête par une palette de poutrelles métalliques suspendue à un hélicoptère ; de ce fait, selon lui, il a perdu l'équilibre et a roulé sur une distance de 30 mètres environ en contrebas d'un talus. L'assuré n'ayant souffert que de contusions, la reprise du travail a été initialement prévue pour le 1^{er} décembre suivant. Il n'a toutefois plus repris le travail depuis lors.

L'assuré se plaignant de diverses douleurs et de troubles d'ordre psychique, son médecin traitant généraliste, le Dr D._____, l'a adressé en décembre 1997 au Dr T._____, spécialiste FMH en orthopédie. Dans le courant du même mois, ce dernier médecin a adressé à son tour l'assuré au Dr G._____, spécialiste FMH en neurologie, en lui indiquant que l'assuré lui paraissait ne souffrir que de modestes troubles somatiques sous la forme de lombalgies post-traumatiques mineures, mais qu'il lui semblait présenter des troubles psychologiques post-traumatiques. Dans un rapport du 3 février 1998, le Dr G._____ a notamment indiqué que l'assuré avait été soumis, le 26 janvier 1998, à un CT-scan lombaire, qui n'avait rien révélé de particulier, à part une protrusion postéro-médiane L3-L4 et L4-L5 sans hernie discale vraie. Il a posé les diagnostics de status après traumatisme cranio-cérébral, de syndrome subjectif post-traumatique dominé par des vertiges positionnels et accentué par des facteurs psychogènes, de syndrome radiculaire algique et déficitaire L3-L4 et L4-L5 sur protrusion discale postéro-médiane et d'état anxio-dépressif réactionnel, notant que la reprise du travail dépendait essentiellement de la récupération du syndrome lombo-vertébral et radiculaire. Selon le Dr G._____, il existait une nette discordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, raison pour laquelle l'évolution ultérieure vers une névrose de rente entrait en ligne de compte.

Le 5 février 1998, le Dr S._____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin conseil de la CNA, l'assureur-accidents ayant pris en charge les suites de l'accident de novembre 1997, a procédé à un examen approfondi de l'assuré. Il a noté que seuls les examens subjectifs étaient pathologiques, les indications de l'assuré étant sans substrat organique. Le 18 février suivant, le Dr S._____ a précisé que le comportement de l'assuré rappelait certains traits caractéristiques de l'hystérie.

A la demande du Dr T._____, l'assuré a également été examiné par le Dr B._____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, médecin-chef adjoint à la clinique de [...], qui a conclu, dans un rapport du 14 mai 1998, que du point de vue rhumatologique, le status était plutôt rassurant, mettant en évidence de discrets troubles statiques rachidiens, une mobilité cervicale limitée uniquement en actif et un hémicorps droit diffusément douloureux à la palpation et à la mobilisation articulaire. Il a mentionné que, si une IRM cervicale permettait d'exclure des lésions sévères des ligaments ou des tissus mous, il faudrait alors retenir un diagnostic d'hémisyndrome douloureux sur somatisation. Un état dépressif lui paraissait aussi se trouver au premier plan. Le pronostic semblait défavorable à moyen terme et un traitement médicamenteux était préconisé.

Le 19 octobre 1998, le Dr J._____, professeur associé à la Faculté de médecine à [...], a examiné l'assuré sur le plan neurologique. Il a conclu que le tableau actuel était essentiellement un tableau de somatisation à peu près sans substrat organique et qu'il n'y avait aucune raison de retenir un syndrome radiculaire algique et déficitaire L3-L4 et L4-L5. Une consultation psychiatrique était nécessaire et une évolution vers une invalidation totale était à craindre.

B. Le 24 décembre 1998, F._____ a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-

invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), visant à l'octroi d'une rente.

Il ressort d'un rapport médical établi le 13 avril 1999 à l'intention de l'OAI par les Dresses V._____ et N._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant auprès du secteur psychiatrique de [...], que l'assuré présentait un trouble somatoforme douloureux et que son incapacité de travail était totale depuis le 25 novembre 1997.

En novembre 1999, l'OAI a mandaté le Dr W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, afin d'établir une expertise psychiatrique de l'assuré. Le Dr W._____ a établi son rapport le 10 février 2000, se fondant sur des entretiens avec l'assuré, les documents médicaux le concernant et des consultations avec les Drs D._____ et T._____. L'expert a posé le diagnostic suivant, selon le DSM IV :

axe I : absence de diagnostic (simulation) ;

axe II : personnalité à traits histrioniques et paranoïaques ;

axe III : nihil ;

axe IV : litige asséculo-logique, difficultés psychosociales.

Il a précisé que, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était entière. Il a également mentionné notamment ce qui suit :

« Pour notre part, la lecture attentive du dossier, les entretiens avec les différents spécialistes qui ont vu l'assuré, l'examen clinique et les tests psychométriques nous permettent de retenir les conclusions suivantes.

Le diagnostic différentiel concernant M. F._____ ouvre plusieurs champs :

1° D'une part, celui du stress post-traumatique

2° D'autre part, celui des troubles douloureux.

Concernant le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, dès le départ, ce diagnostic est déjà mis en doute, du fait que la survenue même de l'accident est contestée semble-t-il de façon assez claire par les différents intervenants au moment des faits. Même si celui-ci devait s'être réellement déroulé comme l'annonce l'assuré, il semble relativement bénin et en tous les cas, les lésions physiques consécutives sont mineures voire inexistantes. De plus, le développement des symptômes ne parle pas en faveur de PTSD, en effet l'assuré a présenté essentiellement une symptomatologie somatique atypique avec une faible composante émotionnelle et cognitive. Les cauchemars évoqués par l'assuré semblent pour le moins aussi atypiques. Son discours n'évoque pas celui rencontré

dans les états de stress post-traumatique. On ne note pas en particulier de conduite d'évitement, de flash-back, de sentiment de détachement, liés spécifiquement au soi-disant traumatisme. Pour notre part, nous ne retiendrons pas le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique.

- Qu'en est-il alors du diagnostic du trouble douloureux ?

La symptomatologie présentée par l'assuré est aussi très atypique. Elle consiste essentiellement en une atteinte de l'hémicorps droit et nous ne pouvons dès lors pas retenir le diagnostic de trouble douloureux. De même, elle ne répond pas aux critères habituels de trouble de somatisation qui comprennent la présence de multiples symptômes gastro-intestinaux, douloureux, sexuels, pseudo-neurologiques, ni de trouble somatoforme indifférencié.

L'hypocondrie non plus ne rentre pas en ligne de compte, l'assuré n'ayant pas de cognition dans la crainte d'être atteint d'une maladie grave fondée sur l'interprétation erronée de symptôme physique.

Reste enfin le diagnostic déjà évoqué par d'autres spécialistes de trouble de conversion. Ce diagnostic consiste en la présence de symptômes de déficit touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale. Comme c'est le cas chez l'assuré, les symptômes de conversion ne respectent pas les voies anatomiques connues ni les règles de la physiologie et correspondent plutôt à la conception qu'a le sujet d'une maladie donnée. On pense ici à la présence d'une symptomatologie couvrant l'hémicorps droit y compris l'hémiface droite. La littérature nous apprend que le trouble survient rarement avant l'âge de 10 ans et rarement après 35 ans. Typiquement, le symptôme de conversion est de durée brève. Si le malade est hospitalisé cependant, les symptômes de conversion s'amendent en général après deux semaines. En particulier les paralysies, l'aphonie et la cécité sont de bons pronostics alors que les tremblements et les crises convulsives ne le sont pas. Toutefois, le diagnostic différentiel essentiel du trouble de conversion hystérique est celui du trouble factice ou de la simulation.

C'est donc l'évaluation soigneuse du contexte dans lequel le symptôme se produit qui permet en général de déterminer les bénéfices qu'en tire l'assuré en ce qui concerne d'éventuel avantage extérieur ou le fait de jouer le rôle de malade. Le recours à des sources d'information supplémentaire en dehors des dires du sujet peut être utile comme nous l'avons fait pour ce dossier.

Je rappellerai ici la caractéristique essentielle de la simulation qui est la production intensionnelle de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés motivés par des incitations extérieures telles que : éviter les obligations militaires, éviter de travailler compte tenu de compensations financières, éviter des poursuites judiciaires ou obtenir des drogues. La simulation doit fortement être suspectée quand, 1° il existe un contexte médico-légal, 2° une discordance importante entre la souffrance ou l'incapacité rapportée par le sujet et les résultats objectifs de l'examen, 3° manque de coopération au cours de l'évaluation diagnostic et manque d'observance du traitement médical prescrit, 4° l'existence d'une personnalité antisociale. En particulier, il faut noter ici que la production de symptômes, dans la simulation, est motivée par des incitations extérieures que l'on ne retrouve pas dans le trouble factice. Dans la simulation on obtient

rarement une régression des symptômes par hypnose ou suggestion, contrairement à ce qui se passe dans le trouble de conversion.

Dans ce dossier difficile, nous avons l'intime conviction qu'il s'agit ici, en l'occurrence, d'une simulation et non pas d'un trouble de conversion. En effet, d'une part, bien avant la survenue de l'accident, il semble assez clair que l'assuré avait à de multiples reprises obtenus ou tenté d'obtenir des arrêts de travail pour des maux bénins ce qui avait été rapidement détecté par les médecins traitants. Par la suite, les conditions de l'accident lui-même sont peu claires et il y a de fortes possibilités pour qu'il s'agisse là aussi d'une simulation. L'attitude de simulateur, de démonstrativité a été observée par différents médecins traitants, en particulier le Dr D. _____ et T. _____ qui sont d'ailleurs affirmatifs à ce sujet. L'impossibilité d'obtenir le moindre effet thérapeutique avec les différents traitements entrepris, le recours à différents médecins traitants et un litige avec la SUVA qui aurait aggravé les troubles sont des arguments allant dans ce sens. De plus, pour nous, l'examen clinique, très atypique et la mauvaise impression que nous a fait l'assuré nous conforte dans cette hypothèse diagnostic. Nous ne retenons pas en particulier les conclusions du Dr V. _____ et N. _____ du secteur psychiatrique de [...] qui concluent à un syndrome douloureux somatoforme persistant dont nous avons déjà mentionné que l'assuré ne présentait pas les critères diagnostic. Il nous semble à l'évidence qu'ils n'avaient pas connaissance du dossier médical, et qu'ils n'ont pas cherché à obtenir les renseignements nécessaires auprès des différents intervenants.

En conséquence, pour nous, la capacité de travail de l'assuré est de 100% du point de vue psychiatrique. Il n'y a pas de traitement médical qui puisse améliorer la capacité de travail de l'assuré. »

Par décision du 24 mai 2000, l'OAI, se basant notamment sur cette expertise, a rejeté la demande de rente de l'assuré, au motif que ce dernier ne présentait pas d'atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail.

Après avoir examiné l'assuré à la demande de son médecin traitant, le Dr L. _____, chef de clinique adjoint de la Division de rhumatologie du [...], a posé le 6 juillet 2000 les diagnostics de douleurs hémicorporelles droites et de trouble somatoforme douloureux. Il a notamment préconisé que l'assuré fasse de la gymnastique et qu'il bénéficie d'un traitement antidépresseur et anxiolytique.

L'assuré a interjeté recours contre la décision du 24 mai 2000. Le 30 janvier 2003, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté

ce recours, retenant notamment que l'expertise du Dr W._____ avait pleine valeur probante et que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychique.

C. Le 17 janvier 2007, le Dr P._____, nouveau médecin traitant généraliste de l'assuré, a fait parvenir à l'OAI un courrier qui fait état de ce qui suit :

«Actuellement, le patient présente une hémiparésie sensitivo-motrice droite bien que l'examen neurologique ne mette pas en évidence des lésions organiques. Il marche avec une latéoflexion du corps à droit et le pied droit traîne au sol. Il doit toujours s'appuyer sur quelqu'un pour se déplacer et il présente des vertiges rotatoires lorsqu'il se lève.

Sur le plan psychique, il présente une thymie triste et des troubles du sommeil. Depuis juillet 2005, il est sous traitement antidépresseur.

Nous sommes maintenant à 9 ans de son accident et la symptomatologie clinique reste inchangée. On peut constater que le patient est dépendant de tout le déplacement et il présente un état anxio-dépressif. Dans ce contexte, il me paraît qu'un examen par le service médical de l'Office de l'AI est nécessaire afin de réactualiser la situation. »

Le Dr P._____ a joint à son courrier un rapport du 6 septembre 2006 de la Dresse X._____, spécialiste FMH en neurologie, qui pose les diagnostics suivants :

- hémisyndrome droit douloureux sur troubles somatoformes probables ;
- état anxio-dépressif ;
- hypertension artérielle traitée.

La Dresse X._____ y mentionne également ce qui suit :

« Ce patient présente depuis maintenant plusieurs années suite à un accident du travail apparemment mineur sans lésion traumatique, des douleurs de l'hémicorps droit associées à une hémiparésie, vraisemblablement dans le cadre de troubles somatoformes douloureux puisque l'ensemble des examens effectués, notamment l'IRM cérébrale, cervicale, CT-Scan lombaire, n'ont montré aucune lésion. Le patient est en conflit asséculoologique puisqu'il n'a obtenu aucune rente ni de la CNA ni de l'AI.

L'examen clinique révèle en effet une hémiparésie sensitivo-motrice droite sans asymétrie des réflexes ni altération du tonus chez un patient extrêmement démonstratif qui présente vraisemblablement un état dépressif assez sévère. Je n'ai malheureusement pas

d'autres propositions thérapeutiques que la poursuite du soutien régulier à votre consultation. Il faut discuter de réintroduire éventuellement un anti-dépresseur pour améliorer le sommeil et l'humeur sans beaucoup d'espoir d'améliorer les troubles somatoformes. Si l'IRM cérébrale était normale, il n'y a pas lieu de refaire des examens neuroradiologiques. »

Au courrier du Dr P. _____ était également joint un rapport du 4 juillet 2005 du Dr Z. _____, spécialiste FMH en neurologie, dans lequel on peut lire ce qui suit :

« L'examen clinique montre un hémisyndrome sensitivo-moteur D sans caractère organique. J'ai pratiqué des potentiels évoqués somesthésiques des MS qui sont normaux et symétriques et qui confirment donc l'absence de lésion. L'origine de cette somatisation reste mystérieuse, raison pour laquelle tout traitement reste aléatoire. S'il y a une composante dépressive, je propose d'essayer du Surmontil le soir à doses progressives. »

L'OAI ayant invité l'assuré à rendre plausible l'aggravation de son état de santé, ce dernier a produit un rapport du 12 février 2007 du Dr P. _____, dont le contenu est le suivant :

« Comme j'ai déjà mentionné dans mon courrier du 15 janvier 2007, son état de santé s'est aggravé tant au niveau somatique que au niveau psychologique dès le mois de mai 2005. Sur le plan somatique, il a été vu par le Dr Z. _____, neurologue le 27.06.05 suite à une péjoration de la mobilité de l'hémicorps droit avec douleurs cervicales D. Cet examen a montré un hémisyndrome sensitivo-moteur D sans caractère organique et le Dr Z. _____ a proposé le traitement de Surmontil pour son état dépressif. Comme l'évolution n'est pas favorable, le patient a été vu par la Dresse X. _____, neurologue, le 05.09.06 pour une évaluation. L'examen clinique a révélé une hémiparésie sensitivo-motrice droite sans asymétrie des réflexes ni altération du tonus. La Dresse X. _____ a proposé de continuer le traitement antidépresseur pour son état anxio-dépressif. Nous sommes maintenant à 9 ans de son accident et on peut constater que le patient est dépendant de tout le déplacement et il présente un état anxio-dépressif. Dans ce contexte, il me paraît qu'un examen par le service médical régional de l'AI est nécessaire afin de clarifier la situation. »

Entrant en matière sur l'éventualité d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré et procédant à l'instruction du cas, l'OAI a demandé au Dr P. _____ un rapport, qui lui a été adressé le 4 janvier 2008. Le

Dr P._____ y indique que les examens pratiqués par les Drs Z._____ et X._____ n'ont pas mis en évidence de lésions organiques pouvant expliquer la symptomatologie présentée chez son patient. Il a relevé que sur le plan psychique, celui-ci présentait une thymie triste, son discours étant ralenti et monotone. L'assuré présentait également des troubles du sommeil et des céphalées fréquentes. Il était sous traitement de Surmontil depuis le 19 juillet 2005, à dose progressive.

Le 14 février 2008, la Dresse X._____ a écrit que pour sa part, elle contestait le diagnostic de simulation retenue dans l'expertise psychiatrique. Elle était d'avis qu'il fallait retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'état anxio-dépressif grave et réévaluer sur la base de la comorbidité psychiatrique l'octroi d'une rente AI à 100%.

Le 8 avril 2008, le Dr Y._____, spécialiste FMH en médecine interne auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a établi l'avis suivant :

« L'instruction du Tribunal démontre que contrairement à ses déclarations l'assuré n'a jamais subi un traumatisme crânien par des poutrelles le 25/11/1997.

L'assuré est au bénéfice d'un traitement antidépresseur reposant sur une prescription quotidienne de trimipramine et une séance de psychothérapie de soutien 1 fois/mois. Le suivi médical de ce problème semble effectué par le Dr P._____.

Le Dr X._____ neurologue retient comme diagnostics :

Syndrome douloureux somatoforme persistant (hémiplégie sensitivomotrice droite douloureuse sans base organique) depuis novembre 1997.

Etat anxiodépressif traité.

Ce problème est de dépression est déjà clairement retenu dans l'avis de Clinique [...] 14/05/1998 et le traitement médicamenteux antidépresseur exposé en page 3 du dit rapport.

Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu par le service psychiatrique de [...] dans son rapport d'avril 1999.

L'ensemble de ces troubles psychiques sont déjà retenus par le rapport Suva 15/03/1999 page 4. Ils ont donc bien été pris en compte lors de l'appréciation initiale du médecin de l'OAI en 2000. Il n'y a donc pas de fait nouveau depuis la décision initiale le trouble somatoforme douloureux et l'état dépressif ayant clairement été pris en compte dans la décision AI initiale. »

Dans un rapport établi le 2 mai 2008 à l'intention de l'OAI, le Dr P._____ a posé les diagnostics d'hémisyndrome droit douloureux sur troubles somatoformes probables et d'état dépressif chronique. Il a indiqué que l'état de santé de l'assuré restait stationnaire depuis des années.

Le 19 juin 2008, l'OAI a rendu un projet de décision dans lequel on peut lire que selon le SMR, l'étude des pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision AI ne mettait en évidence aucun fait nouveau. En effet, les rapports des Drs X._____ et Z._____ étaient similaires, la Dresse X._____ (recte : le Dr P._____) qualifiant la situation de stationnaire. Il n'y avait pas lieu de s'écarter de cette appréciation sur le plan somatique. Concernant l'aspect psychique, l'OAI remarquait que le médecin généraliste avait mis en place un traitement antidépresseur et des entretiens de soutien psychologique une fois par mois. La CNA n'avait pas réouvert le dossier de l'assuré, comme il est d'usage en cas de rechute d'un état consolidé. Il n'y avait donc pas de fait nouveau.

L'assuré a formé des objections à l'encontre de ce projet. Il a produit un courrier de son médecin traitant du 17 juillet 2008 indiquant que, sur le plan psychique, son patient présentait une thymie triste, son discours étant ralenti et monotone. Il présentait également des céphalées fréquentes et des troubles du sommeil. L'évolution de son état psychique n'était pas favorable, malgré la mise en place d'un traitement antidépresseur et des entretiens de soutien psychologique.

Le 14 août 2008, le Dr Y._____ a écrit ce qui suit dans un avis du SMR :

« Le jugement du 26 juin 2003 est entré en force. Je renvoie au point 3 page 12 dudit jugement « En l'espèce, F._____ ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychique».

Le rapport SMR du 08/04/2008 reprend l'instruction médicale mise en place suite à la nouvelle demande de février 2007. Ses conclusions intègrent le présent rapport.

Le Dr P. _____ dans son RM de mai 2008 retient un état de santé stationnaire, un hemisyndrome droit douloureux sur troubles somatoformes probables.- Etat dépressif chronique. «Son état de santé reste stationnaire depuis des années. Les investigations radiologiques après l'accident n'ont montré aucune lésion post-traumatique» Dr P. _____ 2 mai 2008. Ces diagnostics ont été pris en compte dans l'instruction initiale du dossier et ne constituent pas des faits nouveaux. Nous ne contestons ni les diagnostics, ni l'état de santé stationnaire bien au contraire. La situation est similaire à celle qui prévalait lors de l'instruction initiale qui a mené à la décision AI 2000. Le Dr P. _____ écrivait-il pas le 17 janvier 2007 «Nous sommes maintenant à 9 ans de son accident et la symptomatologie clinique reste inchangée». Après études des pièces présentes au dossier nous partageons cet avis : la situation est inchangée depuis 9 ans. Le courrier du Dr P. _____ 17/07/2008 adressé à Maître [...] suite à une conversation téléphonique ne contredit pas l'avis antérieur du Dr P. _____.

Depuis la décision AI 2000 et le jugement du 26 juin 2003 aucune pièce médicale versée au dossier n'est convaincante d'une aggravation de l'état de santé ayant pour conséquence une diminution de la capacité de travail exigible. »

Le 28 novembre 2008, l'OAI a rendu une décision semblable au projet du 19 juin 2008. Cette décision était accompagnée d'une lettre selon laquelle le SMR ne contestait ni les diagnostics ni l'état de santé stationnaire de l'assuré, affirmant bien au contraire que la situation médicale était similaire à celle qui prévalait lors de l'instruction initiale qui avait mené à la décision de refus de rente du 24 mai 2000. Le SMR estimait dès lors que, depuis la décision du 24 mai 2000 et l'arrêt du 30 janvier 2003, aucune pièce médicale versée au dossier ne faisait état de manière convaincante d'une aggravation de l'état de santé qui aurait pour conséquence une diminution de la capacité de travail exigible.

D. Par acte du 16 janvier 2009, F. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 28 novembre 2008, concluant avec suite de frais et dépens à sa réforme, dans le sens que le recourant est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. Il affirme que son état de santé s'est péjoré depuis la dernière décision entrée en force et requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour fixer sa capacité de travail. A l'appui de son recours, il a produit un certificat du Dr P. _____ qui reprend en substance les mêmes indications que celles précédemment fournies à l'OAI.

Dans sa réponse du 9 avril 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, au motif que la deuxième demande de rente ne fait pas ressortir de nouveaux éléments. L'OAI relève notamment que la problématique de la dépression était déjà mentionnée à l'époque de la première décision, qui l'avait prise en compte. Il relève également que, s'agissant d'une nouvelle demande, l'entrée en matière était particulièrement généreuse, l'assuré n'ayant manifestement pas rendu plausible une aggravation de son état de santé au sens des articles 87 al. 3 et 4 RAI.

Le 9 juin 2011, le Dr P._____ a fait parvenir à l'OAI deux rapports médicaux rédigés par la Dresse H._____, cheffe de clinique du service de neurologie du [...] :

- un rapport du 13 août 2010, qui mentionne que le recourant souffre de signes de la lignée dépressive, soit d'une grande tristesse, d'une perte de plaisir et de projet, ainsi que de troubles du sommeil ;
- un rapport du 21 avril 2011, qui indique que des consultations de neuropsychiatrie ont eu lieu le 1^{er} février et le 5 avril 2011. Les diagnostics retenus sont des troubles neurologiques fonctionnels avec hémisyndrome sensitivomoteur droit depuis 1997, un état anxio-dépressif et une hypertension traitée. Avant de recommencer une rééducation physique, les troubles de l'humeur et les troubles sommeil devaient être stabilisés.

Dans un avis du 6 juillet 2011, le Dr Y._____ du SMR a indiqué que les pièces susmentionnées ne permettent pas de conclure à un fait nouveau ou à une aggravation de l'état de santé antérieurement à la décision contestée. Le 12 juillet 2011, l'OAI s'est rallié à cet avis.

Interpellé, le conseil du recourant a indiqué que ce dernier confirmait les conclusions prises dans son recours.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 2008 ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté auprès du tribunal compétent dans le délai légal de trente jours, tel que suspendu par les fêtes de l'art. 38 al. 4 let. c LPGA, dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, dans le cadre d'une révision de la décision du 24 mai 2000.

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

incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, anciennement art. 29 al. 1 LAI).

b) 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 l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit 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 130 V 64, consid. 5.2.3 ; 125 V 410, consid. 2b ; 117 V 198, consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371, consid. 2b ; SVR 1996 IV no 70, p. 204, consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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 (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003, consid. 2 ; I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.1). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108, consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004, consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient en effet de traiter 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. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre 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, 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 ; 130 V 71, consid. 3.2).

c) En vertu de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine le cas en prenant d'office les mesures d'instruction nécessaires et en recueillant les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). L'art. 69 al. 2 RAI précise encore que l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé de l'assuré, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L'office AI dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les

renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (ATF 132 V 93).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4 ; 115 V 133, consid. 2 ; 114 V 310, consid. 3c ; 105 V 156, consid. 1 ; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a et les références citées ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

4. a) En l'occurrence, l'intimé est entré en matière (art. 87 al. 3 et 4 RAI) sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Après avoir instruit le cas, l'OAI soutient toutefois que les éléments invoqués par le médecin traitant de l'assuré dans son rapport du 2 mai 2008, ainsi que ceux résultant de l'ensemble des rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de sa demande de révision, ne font pas état de diagnostics nouveaux par rapport à ceux retenus au moment de la décision de mai 2000, telle que confirmée par le jugement de janvier

2003. L'OAI, se ralliant à l'avis du SMR (cf. rapport du Dr Y._____ du 14 août 2008) en conclut que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas aggravé et qu'aucun droit à une rente ne lui est donc ouvert.

b) Sur le plan somatique, il convient de retenir, avec l'intimé, que l'état de santé du recourant n'a guère évolué. Le diagnostic d'hémi-syndrome droit douloureux posé par le Dr Z._____ dans son rapport du 4 juillet 2005 et par la Dresse X._____ dans son rapport du 6 septembre 2006, tel que repris par le Dr P._____ (rapports des 12 février 2007 et 2 mai 2008), avait déjà été posé par le Dr W._____ dans son rapport d'expertise du 10 février 2000, sur lequel s'est basée la dernière décision entrée en force. Le Dr P._____ indique par ailleurs lui-même que la symptomatologie clinique reste inchangée (rapport du 17 janvier 2007).

c) Sur le plan psychique, le recourant a produit plusieurs rapports médicaux mentionnant qu'il souffre d'un état anxio-dépressif, soit ceux du Dr P._____ (17 janvier et 12 février 2007, 2 mai 2008) et ceux de la Dresse X._____ (6 septembre 2006 et 14 février 2008), qui indique également la probabilité de troubles somatoformes. Quant à l'intimé, il se réfère à l'avis du Dr Y._____, qui retient que ces troubles de nature dépressive ont déjà été pris en compte lors de la première décision de l'OAI et qu'il n'y a dès lors aucun fait nouveau à ce propos.

Il est vrai que le diagnostic d'état anxio-dépressif figure dans plusieurs rapports médicaux ayant précédé la première décision de l'OAI, soit le rapport du 3 février 1998 du Dr G._____ et le rapport du 14 mai 1998 du Dr B._____. Le Dr T._____ indique en décembre 1997 que l'assuré lui semble présenter des troubles psychologiques post-traumatiques. Le Dr L._____ préconise, en juillet 2000, que le recourant suive un traitement antidépresseur et anxiolytique. Le Dr J._____ indique quant à lui, dans son rapport du 19 octobre 1998, qu'une consultation psychiatrique est nécessaire. Cependant, pour refuser le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité, l'OAI s'était fondé, à l'époque de la première décision, sur l'expertise du Dr W._____, dont la valeur probante a été reconnue le 30 janvier 2003 par le Tribunal des

assurances. Or ce médecin n'a posé aucun diagnostic d'ordre psychiatrique, puisqu'il a conclu à une simulation. Par conséquent, il ne saurait être valablement soutenu que les troubles d'ordre psychique qu'allègue le recourant ont déjà été pris en compte lors de la décision de 2000 puisque précisément, l'existence de tels troubles était niée. L'intimé ne peut donc prétendre qu'il n'y a pas de faits nouveaux à ce propos. En effet, il n'a pas examiné, comme il lui incombait de le faire au vu de son entrée en matière sur la révision du cas, si des troubles psychiques existent maintenant et cas échéant, s'ils sont tels que le critère de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importante pour qu'on puisse reconnaître le caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux diagnostiqué puisse être réalisé, comme le soutient la Dresse X._____, ou qu'ils puissent entraîner une quelconque incapacité de travail. Une instruction complémentaire reste donc nécessaire sur ce point, sous la forme d'une expertise psychiatrique.

5. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision

ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, le renvoi de la cause à l'OAI est justifié, dès lors que la question à examiner n'a encore fait l'objet d'aucun éclaircissement de la part de l'intimé.

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique. Il sied à cet égard de rendre l'intimé attentif aux nouvelles exigences formulées par le Tribunal fédéral en matière de mise en œuvre d'une expertise par l'administration (ATF 137 V 210).

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

c) Ayant obtenu gain de cause avec l'aide de mandataires professionnels, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 2'500 francs.

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

- I. Le recours déposé le 16 janvier 2009 par F._____ est admis.
- II. La décision rendue le 28 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'Office pour instruction dans le sens des considérants.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV. L'Office versera la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) au recourant à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Mirko Giorgini, avocat (pour F._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :