

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 août 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Neu, juge et Mme Rossier, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Tarkan Göksu, avocat à Fribourg,

et

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

Art. 61 let. i LPGA, 87 al. 3 et 4 RAI ; 100 al. 1 let. b LPA-VD

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, travaillait depuis le 21 août 2000 en qualité de collaborateur d'exploitation (tri et manutention de colis) pour C._____. Dès le 13 janvier 2006, il a présenté une incapacité de travail totale et a perçu des indemnités journalières en cas de maladie versées par l'assureur perte de gain. Son contrat de travail a finalement été résilié au 31 janvier 2008.

Dans l'intervalle, soit le 13 novembre 2006, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en indiquant comme genre de l'atteinte : *"fortes céphalées, migraines, état dépressif dû aux douleurs"*.

Dans un rapport médical du 19 janvier 2007, le Dr Q._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de céphalées tensionnelles chroniques, de syndrome vertébral lombaire récidivant sur troubles statiques du rachis et d'état dépressif. Il a souligné les effets délétères des facteurs de stress psychiques et physiques, ajoutant que les traitements médicamenteux avaient échoué et que l'absentéisme professionnel était devenu important. L'assuré a finalement été mis en arrêt total de travail et ce de manière définitive dès le 13 janvier 2006. Les pièces médicales suivantes ont notamment été versées au dossier:

- Un courrier du 17 décembre 1997 de la Dresse X._____, spécialiste en neurologie, retenant un status neurologique normal, notamment s'agissant de la colonne cervicale, de l'auscultation carotido-crânienne, des nerfs crâniens et des voies longues. Elle a observé chez ce "patient plutôt anxieux exaspéré par ses céphalées" un tableau de "céphalées mixtes d'origine migraineuse et tensionnelle survenant dans un contexte de surcharge professionnelle".

- Un rapport du 18 novembre 2004 du Dr N._____, spécialiste en neurologie, retenant un examen neurologique normal, sous réserve d'une sensibilité cervicale et de migraine.

- Des rapports des 15 décembre 2005, 13 février 2006 et 24 avril 2006 du Dr G._____, médecin associé au service de neurologie de l'hôpital M._____, retenant la présence de probable migraine chronique, de céphalées chroniques et d'état dépressif.

- Un rapport du 5 septembre 2006 de la Dresse R._____, cheffe de clinique à l'hôpital A._____ à [...], posant le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et de céphalées, puis relevant notamment que les symptômes dépressifs pouvaient s'expliquer par une surcharge psychogène liée aux troubles somatiques, sans pouvoir écarter la composante psychique des céphalées. Le 11 juillet 2006, cette spécialiste a retenu que l'état dépressif justifiait une incapacité de travail de 100 %.

- Un rapport du 11 septembre 2006 du Dr K._____, spécialiste en médecine interne, selon lequel l'assuré présentait vraisemblablement un trouble somatoforme douloureux chronique, avec une comorbidité psychiatrique sous forme d'état dépressif.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas à son Service médical régional (ci-après: SMR). Par avis médical du 22 août 2007, le SMR a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, afin, compte tenu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux retenu par le Dr K._____, de se prononcer sur l'importance de la comorbidité psychiatrique et sur les critères de gravité selon Meyer-Blaser.

Le 16 janvier 2008, l'assuré a été soumis à un examen effectué par le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie. Dans son rapport d'expertise du 17 janvier 2008, ce dernier a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant possible et de trouble dépressif majeur (état actuel moyen) chronique. Il n'a pas retenu

d'incapacité de travail psychiatrique, en exposant notamment les éléments suivants:

"En conclusion, il y a beaucoup d'arguments pour le syndrome douloureux somatoforme persistant. Le seul doute vient de certains rapports neurologiques qui n'excluent pas formellement les bases organiques, puisqu'il est question de *céphalées mixtes d'origine migraineuse et tensionnelle*.

Il est important de rappeler ici que, pour la CIM-10, les céphalées de tension sont un motif d'exclusion du syndrome douloureux somatoforme persistant. Pour cette raison, le soussigné est contraint de porter le qualificatif de *possible* au trouble somatoforme qui pourrait être retenu ici.

[...]

Dans le cas présent, on a manifestement la tristesse et la perte d'intérêt la plupart du temps tous les jours et depuis de nombreux mois. On a donc les deux critères cardinaux de la dépression.

On a d'autres signes et symptômes. Il s'agit du ralentissement, de la baisse de l'estime de soi, de la fatigue, de la fatigabilité, de la perte d'appétit et de l'insomnie, même si elle est reliée aux douleurs. Bref, on a les critères requis pour un épisode dépressif. Le nombre et l'intensité des symptômes le classe dans la catégorie moyenne. La chose est confirmée par l'échelle de dépression de Hamilton qui cote à 25, le 16.01.2008.

Pour le solde, il n'y a pas d'éléments pour un trouble de la personnalité grave et invalidant. La recherche d'autres troubles de l'axe I (trouble anxieux, abus de substances) est restée vaine. La comorbidité psychiatrique de ce trouble somatoforme est donc un seul trouble dépressif majeur (état actuel moyen) qu'on peut qualifier de chronique, selon DSM-IV-TR, puisqu'il dure vraisemblablement depuis plus de deux ans, sans rémission.

[...]

Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique n'est pas grave. Il s'agit d'un trouble dépressif majeur (état actuel moyen) dont la sévérité n'a pas en soi valeur incapacitante. Une partie de la symptomatologie dépressive est d'ailleurs contaminée par le problème douloureux (insomnie, perte du plaisir, diminution de l'appétit, etc.). On ne peut donc pas lui conférer les critères d'acuité requis par la jurisprudence pour qu'il s'agisse d'une comorbidité à prendre manifestement en compte dans l'évaluation asséculoologique.

Par ailleurs, le réseau social reste consistant. Il y a les amis de travail. Il y a une famille qui tient et qui vient en appui de ce sujet. On ne peut pas dire qu'il y ait perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

On peut admettre que ce sujet a résisté aux traitements effectués selon les règles de l'art. Il y a pourtant des doutes sur l'observance thérapeutique, les taux plasmatiques de Dafalgan (paracétamol) ne correspondant pas à ce qu'on doit attendre de la médication que l'assuré dit avoir prise le jour de l'examen. La demi-vie de ce médicament est de l'ordre de 4-5 heures. Avec une prise régulière et 1 gr à 6 heures, 8 heures et 14 heures le jour du prélèvement effectué vers 16 heures 30, on devait s'attendre à un taux plasmatique de l'ordre de 0.10 à 0.20 mmol/l.

La situation paraît fixée, puisque les choses évoluent maintenant depuis de nombreuses années, les céphalées remontant pour le sujet à 1980.

Dans la mesure où on retient le syndrome douloureux somatoforme persistant, l'évaluation finale est difficile. L'impression est celle d'un sujet qui s'est progressivement fragilisé, devenant de moins en moins apte à répondre aux sollicitations du monde du travail. Il a réagi par des symptômes fonctionnels et des plaintes douloureuses chroniques qui ont quelque part légitimé l'adoption d'un statut d'invalidé, sans qu'il y ait notion de simulation. Il n'est pas exclu que le tout repose sur une problématique personnelle ou relationnelle qui n'a pas été dite jusqu'ici.

Si on applique les critères requis par la jurisprudence, on n'a pas la comorbidité sévère, ni les quatre critères cumulés avec une intensité telle qu'ils justifient l'exception donnant valeur incapacitante à un trouble somatoforme. Pour ce motif, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

Dans une optique d'évaluation globale, il subsiste tout de même un doute puisque les rapports des neurologues n'ont jamais exclu formellement que les céphalées de l'assuré n'aient pas de base organique probante. Le soin est laissé à votre Office d'éventuellement compléter l'instruction du dossier par un avis neurologique se prononçant sur ce point délicat.

Conclusions

En conclusion, on est face à un assuré d'origine [...] dont l'histoire est sans histoire jusqu'au début des années 90, même si des céphalées sont déjà retenues par lui au début des années 80.

Progressivement se sont imposés des troubles fonctionnels et les céphalées parfois qualifiées de mixtes (migraineuses et de tension). Si ces dernières n'ont pas de socle somatique probant, on est alors dans le champ du syndrome douloureux somatoforme persistant.

Dans l'optique d'une évaluation globale, il subsiste tout de même un doute puisque les rapports des neurologues n'ont jamais exclu formellement que les céphalées de l'assuré n'aient pas de base organique probante. Le soin est laissé à votre Office d'éventuellement compléter l'instruction du dossier par un avis neurologique se prononçant sur ce point délicat. Selon la CIM-10, les céphalées de tension sont un des motifs d'exclusion du syndrome douloureux somatoforme persistant.

En examinant les critères requis par la jurisprudence et en les appliquant strictement, il n'y a pas aujourd'hui d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Le soussigné peut être formel sur ce point. On devrait donc pouvoir exiger que l'assuré reprenne son activité antérieure. Dans les faits, la chose apparaît comme peu vraisemblable, au vu de l'adoption durable d'un comportement d'invalidé.

D'un point de vue psychiatrique, le soussigné n'a pas de proposition thérapeutique à faire. Un suivi spécialisé n'a guère de sens. Il a été tenté par des personnes compétentes et n'a pas donné de résultats probants. L'assuré n'en voit d'ailleurs guère l'utilité.

Sur le plan professionnel, la situation apparaît comme dépassée. Le soussigné n'a pas non plus de propositions à faire.

En l'absence d'affection organique curable, on doit par conséquent admettre que cette situation ne va guère se modifier".

Dans un avis médical du 12 février 2008, le médecin du SMR a requis un complément d'information du Dr G._____, afin de déterminer si les céphalées dont se plaignait l'assuré étaient l'expression d'un trouble somatoforme douloureux persistant ou si elles résultaient d'une cause organique, et le cas échéant laquelle.

Le 5 avril 2008, le Dr G._____ a indiqué que l'assuré avait été examiné en 2005 et 2006, la dernière fois le 17 avril 2006, et que le diagnostic de céphalées chroniques dans le cadre d'un état dépressif avait été retenu, précisant qu'une cause organique avait été écartée. Il a ajouté qu'il ne lui était plus possible de procéder à un complément d'expertise, proposant l'établissement d'une expertise par un tiers.

Dans un rapport médical du 5 mai 2008, le Dr H._____ du SMR n'a pas posé de diagnostic du ressort de l'AI et a retenu une capacité de travail exigible de 100 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Se référant à l'expertise du Dr P._____ et au complément apporté par le Dr G._____, il a indiqué en résumé que l'assuré présentait les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif majeur, état actuel moyen. Il a précisé que les plaintes douloureuses n'avaient pas d'explication biomédicale ni psychiatrique spécifique, que la comorbidité psychiatrique n'avait pas en

soi de valeur incapacitante et que les céphalées n'avaient pas de cause organique.

B. Par décision du 5 septembre 2008, confirmant un projet de décision du 9 mai 2008, l'OAI a refusé le droit à la rente, motif pris de l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Se référant à l'expertise du Dr P. _____ et à l'avis du SMR, il a retenu que la comorbidité psychiatrique, dans le cadre du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif majeur, n'avait pas de valeur incapacitante et que les facteurs de gravité n'étaient pas réunis. Il a également retenu que, selon les indications du Dr G. _____ ayant fait suite à l'expertise du Dr P. _____, les céphalées dont souffrait l'assuré n'avaient pas de cause organique.

C. Par acte du 10 octobre 2008, l'assuré a recouru contre cette décision et a conclu, avec suite de dépens, à l'annulation de celle-ci, à l'octroi d'une rente entière et éventuellement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction, en particulier afin d'ordonner une expertise neurologique en vue d'établir si les céphalées avaient une base organique.

Par arrêt du 8 novembre 2010 (AI 508/08 - 36/2011), la Cour des assurances sociales (Casso) a rejeté le recours formé par l'assuré et a confirmé la décision attaquée. La Cour a tout d'abord considéré que les céphalées ne résultaient pas d'une cause organique au vu des différents documents médicaux, notamment ceux établis par le Dr G. _____, raison pour laquelle il n'était pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise neurologique. Enfin, la Cour a retenu que le trouble somatoforme douloureux affectant l'assuré n'avait pas d'incidence sur sa capacité de travail, qui restait donc entière. Au demeurant, le Dr P. _____ s'était fondé sur une anamnèse détaillée (notamment familiale, personnelle et actuelle), la prise en compte des plaintes subjectives, des examens sous forme de tests psychologiques, une appréciation du cas claire et dûment

étayée ainsi que des conclusions motivées et convaincantes, de sorte qu'une pleine valeur probante devait être reconnue à ses conclusions.

Ce jugement est entré en force.

D. Le 22 août 2011, V._____ a déposé une nouvelle demande de rente auprès de l'OAI en raison de " fortes céphalées + dépression ", atteinte qui était existante depuis le 13 janvier 2006. A l'appui de sa demande, l'assuré a produit un rapport du 8 juillet 2011 établi par le Prof. T._____, spécialiste en neurologie. Procédant à un examen complet neurologique en date du 8 août (sic) 2011, le Prof. T._____ a exposé les éléments suivants s'agissant de l'appréciation du cas :

" Le patient présente un état dépressif sévère chronique, des céphalées qui nous paraissent, comme nos précédents collègues avaient diagnostiqué, des céphalées plutôt à composante tensionnel. L'examen neurologique complet ne révèle aucune dysfonction neurologique actuellement.

Ce qui est capital Il n'y a pas un quelconque tableau de fibromyalgie. Rappelons qu'il ne s'agit pas d'une maladie mais d'un syndrome qui se rencontre dans plus de 90 % des cas chez la femme.

En conclusion, il est indéniable que ce patient devrait avoir un soutien psychothérapeutique qui est impensable qu'il puisse reprendre une quelconque activité professionnelle, ce qui est surtout motivé par l'état dépressif sévère chronique ".

Par avis médical du 1^{er} septembre 2011, le Dr H._____ du SMR a estimé que le Prof. T._____ s'était manifestement mal informé sur le dossier de l'assuré en particulier sur l'expertise psychiatrique du Dr P._____ du 17 janvier 2008, dans la mesure où le diagnostic et son incidence sur la capacité de travail mis en exergue par Prof. T._____ ne correspondaient pas à ce que l'on pouvait lire dans l'expertise. Au demeurant, le Dr H._____ a constaté que les plaintes formulées par l'assuré étaient inchangées et que le status neurologique était strictement normal. Le status psychiatrique se résumait à l'observation d'un faciès triste, amimique et adynamique. Ces critères ne suffisaient cependant pas pour retenir un épisode dépressif chronique sévère si l'on s'en tenait à la définition de la CIM-10. Par ailleurs, le Prof. T._____ n'était pas

psychiatre, raison pour laquelle il convenait de privilégier les conclusions de l'expertise détaillée du Dr P._____, plutôt que celles non documentées du Prof. T._____. Le Dr H._____ a toutefois suivi l'avis du Prof. T._____ lequel a écarté le diagnostic de fibromyalgie, le médecin du SMR précisant toutefois que cette pathologie n'avait jamais été retenue, ni même évoquée dans le dossier. Le tableau clinique était en effet celui d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, mentionné en septembre 2006 par le Dr K._____ et confirmé en 2008 par le Dr P._____. Enfin, le Dr H._____ a relevé que l'incapacité de travail alléguée par le Prof. T._____ ne reposait sur aucun élément objectif.

Par projet de décision du 20 septembre 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'assuré n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Il a considéré qu'une autre appréciation d'un état de fait demeuré identique n'était pas envisageable.

Dans ses observations du 25 octobre 2011, l'assuré, désormais représenté par l'avocat Tarkan Göksu, a fait valoir que sa demande de rente avait été déposée sur la base de l'art. 53 al. 1 LPGA, à savoir qu'il s'agissait d'une demande de révision de l'arrêt de la Casso du 8 novembre 2010. En effet, il a allégué que le rapport du Prof. T._____ faisait état de faits nouveaux importants, respectivement de nouveaux moyens de preuve justifiant une révision de la décision.

Par décision du 14 novembre 2011, dont la motivation figure dans un courrier du même jour lequel fait partie intégrante de la décision précitée, l'OAI a tout d'abord constaté que l'assuré avait déposé une demande de prestations en date du 5 août 2011 en remplissant à cette occasion le formulaire intitulé "Demande de prestations AI pour adultes : Mesures professionnelles/Rente" lequel était officiel au sens de l'art. 65 RAI. Il n'était aucunement fait référence dans le cadre de cette nouvelle demande à l'art. 53 al. 3 LPGA, lequel traitait de la révision procédurale. L'OAI a en outre relevé que la décision du 5 septembre 2008, clôturant la précédente demande, avait été confirmée par un jugement du 8 novembre

2010 de la Casso, qui était entré en force. Se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 125 V 368 consid. 2), l'OAI a estimé qu'il ne pouvait plus revenir sur sa décision, dès lors qu'une autorité judiciaire s'était prononcée, sous l'angle matériel, sur la décision précitée. Il appartenait toutefois à l'assuré de déposer une demande de révision en application des règles de droit cantonal (art. 60 let. i LPGA et 100 al. 1 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD]). S'agissant de la demande déposée le 5 août 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 septembre 2011 précisant qu'aucun élément dans le rapport du Prof. T. _____ ne permettait d'affirmer que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré depuis la décision de refus du 5 septembre 2008.

E. Par acte de son mandataire du 3 janvier 2012, V. _____ recourt contre la décision du 14 novembre 2011. Il conclut principalement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur l'aggravation de l'état de santé, et subsidiairement à l'admission de la révision de l'arrêt de la Casso du 8 novembre 2010 et à ce qu'il soit constaté qu'il présente une incapacité totale de travail. Il fait valoir que depuis la dernière décision de refus de prestations, son état de santé s'est aggravé en raison de l'intensification des céphalées, de telle sorte que les troubles dépressifs dont il souffre sont passés du stade moyen au stade sévère, conformément au rapport du Prof. T. _____. Ce dernier a en outre relevé que les céphalées étaient d'origine tensionnelle, ce qui correspondait à des troubles organiques. Cet élément permettait d'exclure le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant auquel s'étaient référés l'intimé et la Casso lors du premier refus de rente d'invalidité. Il allègue également qu'il présente une pelade, affection généralement associée à la présence d'autres maladies organiques. Dans l'hypothèse où aucune aggravation ne serait constatée, il convient à titre subsidiaire de réviser l'arrêt du 8 novembre 2010 de la Casso. En effet, le fait que les céphalées dont il souffre soient d'origine tensionnelle remet totalement en cause l'état de fait à la base de

l'arrêt précité fondé sur le syndrome douloureux somatoforme, diagnostic exclu lors de telles céphalées.

Dans sa réponse du 21 février 2012, l'intimé confirme sa décision de refus d'entrer en matière du 14 novembre 2011, en se référant à l'avis médical du 1^{er} septembre 2011 du SMR.

Dans sa réplique du 24 avril 2012, le recourant produit un certificat médical du 28 mars 2012 du Dr B._____, spécialiste en dermatologie, lequel l'a examiné à quatre reprises entre le 14 septembre 2009 et la dernière fois le 15 janvier 2010. Ce praticien a retenu le diagnostic de pelade et a prescrit un traitement corticoïde local, sans succès. Compte tenu de la faible gêne, aucun autre traitement n'a été entrepris, après discussion avec le patient. Le Dr B._____ a enfin signalé une alopécie androgénétique et un eczéma irritatif des mains.

Dans sa duplique du 14 mai 2012, l'intimé relève que le certificat médical du Dr B._____ ne doit pas être pris en considération dans l'instruction de la présente cause, car il est postérieur à sa décision. A toutes fins utiles, l'intimé produit un avis médical du 4 mai 2012 du SMR, lequel a conclu à l'absence d'élément médical nouveau.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fêtes et répond aux autres conditions de forme

prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le recourant critique en premier lieu la décision de refus d'entrer en matière du 14 novembre 2011 sur sa nouvelle demande de prestations déposée le 22 août 2011. Il se réfère au rapport médical du 8 juillet 2011 du Prof. T. _____, ainsi qu'au certificat médical du 28 mars 2012 du Dr B. _____ qui, selon lui, justifient une entrée en matière sur sa demande. Il fait en outre valoir que si aucune aggravation de son état de santé n'était retenue, il conviendrait à titre subsidiaire de réviser l'arrêt rendu le 8 novembre 2010 par la Casso.

a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 matériellement applicable en l'espèce [désormais art. 87 al. 2 RAI]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsqu'une rente avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force de s'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2; 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2a). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b).

b) Selon la jurisprudence fédérale, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2077 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

3. a) En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 23 août 2007 entrée en force 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, dès lors que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois d'août 2011, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations. En d'autres termes, la présente procédure ne porte que sur le point de savoir si le recourant a rendu plausible, devant l'intimé, une péjoration de son état de santé depuis la décision de refus de rente.

Dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans n'a ainsi ni à mettre en œuvre une expertise ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction, mais seulement à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations – en l'occurrence, le rapport médical du Prof. T. _____ du 8 juillet 2011 – justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

b) Sur le plan neurologique, il sied de constater que le Prof. T. _____ a observé dans son rapport du 8 juillet 2011 des plaintes qui demeurent inchangées, à savoir des céphalées diffuses dans tout le crâne, une impression de tension dans le crâne et de fourmillement au niveau du cuir chevelu. Il a en outre admis que le status neurologique était normal, après avoir procédé à un examen complet. Dans ce contexte, on peine à comprendre que le Prof. T. _____ puisse conclure "*à des céphalées qui nous paraissent, comme nos précédents collègues avaient diagnostiqués, des céphalées plutôt à composante tensionnel (sic)*". En effet, le Prof. T. _____ n'a pas été en mesure d'expliquer sur quels éléments il se fondait pour aboutir à une telle conclusion, si bien que son appréciation ne saurait remettre en cause l'avis du Dr G. _____ quant à

l'absence de cause organique des céphalées (rapport du 5 avril 2008). On rappellera que si la Dresse X._____, neurologue, avait évoqué le diagnostic de céphalées tensionnelles en 1997 (courrier du 17 janvier 1997), diagnostic repris par le Dr Q._____, médecin traitant (rapport médical du 19 janvier 2007), le Dr N._____ neurologue, n'en a jamais fait mention. Quant au Dr G._____, également neurologue, s'il l'a évoqué dans un premier temps (rapport du 13 février 2006), il l'a écarté par la suite (rapport du 24 avril 2006) retenant le diagnostic de céphalée chronique d'origine indéterminée dans un contexte d'état dépressif. Dans son rapport d'expertise du 17 janvier 2008, le Dr P._____ a relevé qu'il y avait beaucoup d'arguments en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Toutefois, il subsistait un doute, dans la mesure où certains rapports neurologiques n'excluaient pas formellement les bases organiques, puisqu'il était question de céphalées mixtes d'origine migraineuse et tensionnelle. Le Dr P._____ avait ainsi conditionné son diagnostic à l'absence de cause organique reconnue pour les céphalées. Invité à se déterminer, le Dr G._____ a confirmé le diagnostic retenu dans son rapport du 24 avril 2006 ajoutant qu'une cause organique avait été écartée (rapport du 5 avril 2008).

Sur le plan psychique, on peut s'étonner que le Prof. T._____, qui n'est pas un spécialiste en psychiatrie, soit en mesure de retenir un épisode dépressif chronique sévère en se limitant à faire état d'un faciès triste, amimique et adynamique, ce qui est manifestement insuffisant pour battre en brèche les conclusions du Dr P._____ quant à l'absence de valeur incapacitante du trouble dépressif présenté par le recourant. Enfin, comme l'a relevé le Dr H._____ du SMR (avis médical du 1^{er} septembre 2011), contrairement à l'opinion du Prof. T._____, le diagnostic de fibromyalgie n'a jamais été retenu, ni même évoqué dans le dossier. Le tableau clinique est en effet celui d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, attesté par le Dr K._____ en 2006 et confirmé en 2008 par le Dr P._____.

On relèvera enfin que le certificat médical du Dr B._____ du 28 mars 2012 n'a pas à être pris en considération dans l'examen de la

présente cause. En effet, ce document n'a été porté à la connaissance de l'intimé qu'au cours de la procédure ouverte céans, soit ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse. Quoiqu'il en soit, la pelade, ainsi que l'alopecie androgénétique (ou calvitie commune) ne sauraient fonder une incapacité de travail (avis médical du 4 mai 2012 du SMR). Quant à l'eczéma irritatif des mains, il peut être prévenu soit en évitant le contact avec les substances irritantes, soit en portant des gants de protection.

c) Au vu ce qui précède, il convient de retenir que le recourant n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé. Dès lors, c'est à juste titre que l'office intimé a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 3 RAI n'étaient pas réalisées et qu'il a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations AI déposée le 22 août 2011.

4. Dans un second moyen, subsidiaire, le recourant demande la révision de l'arrêt de la Casso du 8 novembre 2010, en invoquant pour motif de révision un fait qu'il estime nouveau, à savoir le rapport établi par le Prof. T. _____ le 8 juillet 2011.

a) Le droit cantonal, à l'exclusion de la LPGA détermine les conditions auxquelles une décision finale de l'autorité judiciaire cantonale peut être révisée. Ainsi, selon l'art. 61 let. i LPGA, les jugements des tribunaux cantonaux des assurances sont soumis à révision, "*si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou délit à influencé le jugement*". Cette disposition légale fixe les motifs de révision qu'il est possible de faire valoir en procédure cantonale mais laisse au droit cantonal la compétence de régler la procédure de révision (Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., n. 134 ad art. 61; cf. aussi ATF 111 V 51).

Selon l'art. 100 al. 1 let. b LPA-VD, une décision sur recours ou un jugement entrés en force peuvent être annulés ou modifiés, sur requête, notamment si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première

décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à cette époque. Aux termes de l'art. 101 LPA-VD, la demande de révision doit être déposée dans les nonante jours dès la découverte du moyen de révision (al. 1), le droit de demander la révision se périmant en outre, dans le cas mentionné à l'art. 100 al. 1 let. b LPA-VD, par dix ans dès la notification de la décision ou du jugement visé (al. 2).

b) Selon la jurisprudence, la demande de révision est recevable, notamment, lorsque le requérant a connaissance subséquemment de faits nouveaux importants ou trouve des preuves concluantes qu'il n'avait pas pu invoquer dans la procédure précédente (TFA U 335/05 du 12 septembre 2006, consid. 3.1; TFA H 107/05 du 25 octobre 2005, consid. 1). La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative, de révision d'un jugement cantonal ou de révision d'un arrêt fédéral (TF 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1). Sont "nouveaux" au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 consid. 2.2 p. 671 et les références). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas qu'un médecin ou un expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b p. 358 et

les références; TF 8F_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1; 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1).

c) En l'espèce, il convient d'admettre qu'au plus tard à réception du rapport médical du 8 juillet 2011 du Prof. T._____, le recourant avait connaissance du diagnostic fondant sa demande de révision. Le recourant a daté sa nouvelle demande de rente du 5 août 2011, pour l'adresser le 22 août 2011 à l'intimé en faisant état du rapport médical du Prof. T._____. Ce n'est toutefois qu'à l'occasion de son recours du 3 janvier 2012 qu'il a demandé la révision de l'arrêt rendu le 8 novembre 2010 par la Casso, alors que le délai de l'art. 101 al. 1 LPA-VD était largement échu. Certes, le recourant, par son conseil, a exposé dans ses observations du 25 octobre 2011 à l'intimé qu'il demandait la révision de l'arrêt du 8 novembre 2010 de la Casso. Il ne pouvait néanmoins ignorer qu'une telle demande devait être formée devant l'autorité qui avait statué (cf. art. 102 LPA-VD), à savoir en l'occurrence la Cour de céans. Il apparaît au demeurant qu'à cette date, le délai de l'art. 101 al. 1 LPA-VD était vraisemblablement échu. Ce point souffre de demeurer indécis, dès lors qu'à l'évidence, il n'existe aucun fait "nouveau" permettant de considérer que la décision entreprise comportait des défauts objectifs. En effet, dans son arrêt du 8 novembre 2010, la Cour de céans a nié le droit du recourant à des prestations AI motif pris que le trouble somatoforme douloureux affectant ce dernier n'avait pas d'incidence sur sa capacité de travail, qui restait donc entière, les céphalées ne résultant pas d'une cause organique. Or, le nouveau rapport médical invoqué à l'appui de la demande de révision du Dr T._____ ne sert pas à l'établissement de faits qui se seraient produits jusqu'au moment où, dans la procédure de recours contre la décision du 5 septembre 2008, des allégations de fait étaient encore recevables. Il donne seulement une appréciation différente de celle qui a été retenue par la Cour de céans dans son arrêt du 8 novembre 2010.

5. a) Il s'ensuit que, d'une part, le recours, mal fondé, doit être rejeté, la décision attaquée étant confirmée et que, d'autre part, la

demande de révision doit également être rejetée, pour autant qu'elle soit recevable.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 novembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** La demande de révision est rejetée pour autant qu'elle soit recevable.
- IV.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Tarkan Göksu (pour V. _____), avocat à Fribourg,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :