

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 février 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
 Mme Röthenbacher, juge et M. Monod, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

F._____, à Moudon, recourant, représenté par [...], à Berne,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 8 et 17 LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 21 août 2001, F._____, né en 1973, sans formation, père de cinq enfants nés en [...], [...], [...], [...] et [...], a déposé une demande de reclassement et de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Il a fait état d'une déformation de la colonne vertébrale à la suite d'une chute depuis la cabine d'un camion le 15 septembre 2000. Il n'exerçait plus d'activité professionnelle depuis le mois de novembre 2000.

Le 28 novembre 2000, le Dr M._____, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué des lombosciatalgies droites non déficitaires. Il a indiqué que, depuis un mois environ, le patient souffrait de douleurs irradiant le long de la face latérale de la jambe et de la cuisse droite prenant origine au niveau de la région lombaire basse, ces douleurs s'étant installées lors de la reprise du travail après un accident remontant à deux mois.

Le 5 mars 2001, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué des troubles statiques et dégénératifs rachidiens, des dysbalances musculaires étagées et une probable surcharge facettaire postérieure. Il a estimé l'existence d'un état anxio-dépressif d'accompagnement possible et a prescrit une kinésithérapie. Le 9 avril 2001, ce médecin a noté objectivement un tableau toujours semblable de discordance flagrante entre la gestuelle spontanée et l'examen systématique chez un patient anxieux et présentant des co-contractions systématiques, s'accompagnant de signes de Waddell. Pour le Dr H._____, la capacité de travail était de 50 % dans une activité lourde et entière dans une activité légère.

Le 22 juin 2001, les Drs K._____, spécialiste en psychiatrie, et T._____, médecin-assistant, du [...] (ci-après : [...]), ont posé les diagnostics de syndrome post-traumatique avec manifestation somatoforme, d'état dépressif moyen sans syndrome somatique et de

personnalité à traits psychotiques et paranoïdes, préconisant un traitement à base de Saroten à but sédatif et antalgique.

Le 25 septembre 2001, le Dr L._____, médecin traitant, a diagnostiqué des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs rachidiens, la symptomatologie étant apparue en septembre 2000, le patient étant en arrêt de travail à 100 % depuis octobre 2000. Il a estimé la capacité de travail dans une activité manuelle légère à 50 ou 100 %.

Le 16 août 2002, le Dr M._____ a confirmé son premier rapport après avoir effectué un nouvel examen clinique et un électromyogramme. Il a dit être convaincu qu'il n'y avait aucun problème neurologique.

Un examen psychiatrique a été effectué le 15 septembre 2003 par la Dresse I._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), qui a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi qu'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, en rémission complète. Elle a notamment relevé que, bien que l'ayant retenu dans la rubrique ad hoc, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant était un peu abusif dans cette situation, vu l'absence de sentiment évident de détresse, les traits de personnalité immature et dépendante étant discrets et ne permettant pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Elle a ajouté qu'il y avait une discordance entre l'intensité extrême des plaintes alléguées et les constatations objectives qui étaient modestes, estimant la capacité de travail entière sur le plan psychiatrique.

Le Dr E._____ du SMR a retenu dans son rapport du 23 décembre 2003 comme atteinte principale à la santé des lombalgies chroniques non spécifiques persistantes avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée (pas de travaux lourds, de position du tronc en porte-à-faux, de soulèvement de charges de plus de 20 kg et de position statique prolongée).

Par décision du 2 avril 2004, l'OAI a rejeté la demande de prestations, dès lors que l'assuré avait une capacité de travail entière dans une activité légère et adaptée à son état de santé. Retenant un salaire sans invalidité de 51'590 fr. et de 49'950 fr. en moyenne dans les professions de tourneur-contrôleur, opérateur en galvanisation, ouvrier de production, employé à la presse, employé dans une station de lavage automatique, l'OAI a obtenu, après comparaison de ces revenus, un taux d'invalidité de 3,17 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

L'assuré a fait opposition à cette décision. Il a notamment produit dans ce cadre un rapport du Dr L. _____ du 1^{er} juin 2004 qui diagnostiquait notamment des lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies droites non déficitaires sur troubles statiques dégénératifs rachidiens modérés, ce problème ne devant pas empêcher le patient de travailler dans une activité adaptée, avec un rendement de 100 % ou 50 %, ainsi que des troubles de la personnalité avec amplification des symptômes, ce trouble de la personnalité entravant un reconditionnement physique du patient et l'empêchant de se réinsérer dans le monde du travail.

Par décision sur opposition du 17 février 2005, l'OAI a confirmé son premier prononcé.

B. L'assuré a alors recouru contre cette décision. En cours d'instruction, il a produit un rapport d'expertise psychiatrique du 10 juin 2005 du Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie, qui y a posé les diagnostics sur l'axe I de trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure, avec caractéristiques psychotiques (F32.4) ; diagnostic différentiel : schizophrénie, type paranoïde, phase prodromique (F20.0), de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale (F45.4), de dépendance aux benzodiazépines (F13.2) et de dépendance à la nicotine (F17.2), et, sur l'axe II, de trouble de la personnalité non spécifié (F60.9), de traits borderline et dépendants et de fonctionnement

intellectuel limite (R41.8). Au niveau dépressif, le Dr V._____ a mentionné que l'évaluation sur l'échelle de Hamilton indiquait un score de 13 points, révélateur d'un état dépressif mineur. L'expert ne constatait pas de troubles majeurs de la mémoire ou de la concentration. Il ne mettait pas en évidence de signes florides de la lignée psychotique, notamment pas de délire, troubles perceptifs, troubles formels de la pensée. Il constatait l'absence de logorrhée, de relâchement des associations ou de passages du coq à l'âne. Dans la discussion, l'expert a relevé que *« les limitations fonctionnelles découlent principalement du trouble algique associé à la fatigue, ainsi que de l'explosivité, de l'irritabilité, de l'impatience, du sentiment de dévalorisation, de la labilité de l'humeur, de l'idéation noire occasionnelle ainsi que des troubles mnésiques »*.

S'agissant de l'évaluation du trouble douloureux, le Dr V._____ a noté la présence d'une comorbidité psychiatrique importante, se manifestant, sur l'axe I, par un trouble dépressif majeur bien qu'actuellement en rémission partielle, avec caractéristiques psychotiques, une dépendance aux benzodiazépines et au tabac, ainsi qu'une atteinte psychotique pouvant constituer le point d'entrée dans la schizophrénie. Il a ajouté que la comorbidité était d'une acuité importante et s'était installée progressivement depuis l'accident de septembre 2000. L'expert estimait en outre que la personnalité de l'intéressé présentait des traits prémorbides de type limite-abandonnique et était d'avis que, bien que ne correspondant pas à une classe spécifique d'un trouble de la personnalité, l'ensemble de cette pathologie constituait, une fois décompensée, une atteinte grave et invalidante. L'expert mentionnait encore une perte d'intégration sociale importante de l'assuré, celui-ci disant éviter les relations sociales, craignant de ne pouvoir se contenir et d'avoir un comportement hétéro-agressif, même avec ses proches. Pour le surplus, le Dr V._____ était d'avis que *« l'expertisé présente actuellement un tableau somato-algique fortement invalidant accompagné de symptômes anxio-thymiques, avec un repli sur soi important »*. Il a ajouté que *« le pronostic quant à la possibilité de mettre en place des mesures réhabilitatives est favorable. Les éléments influençant*

positivement le diagnostic sont la motivation de l'assuré, la possibilité de mettre en place un traitement antidépresseur auquel l'assuré se montre ouvert, le cadre familial conservé avec le soutien de sa sœur, le soutien financier des parents sous forme de l'appartement mis à disposition à crédit, la relation suivie auprès du médecin traitant et l'absence de revendication sinistrosique. Les éléments péjorant le pronostic sont la structure de personnalité fruste, la mise en avant de défenses somatoformes algiques très importantes et la légère touche persécutive dans le cadre de l'éventuelle évolution autonome d'un trouble psychotique ». Pour le Dr V._____, l'incapacité de travail était de 70 %, la capacité de travail médico-théorique pouvant atteindre 50 % voire plus en cas d'application de mesures thérapeutiques et professionnelles.

Toujours en cours d'instruction, l'OAI a produit un avis médical du 25 juillet 2005 de la Dresse C._____, spécialiste en psychiatrie, qui a estimé que l'expertise du DrV._____ n'infirmait pas les conclusions du précédent rapport du SMR, considérant que la capacité de travail du recourant était de 100 %. Elle a en particulier relevé que le status décrit dans l'expertise du Dr V._____ ne montrait aucune aggravation de l'état de santé de l'expertisé et que les éléments de nervosité et d'agressivité contre autrui ne correspondaient pas à des symptômes dépressifs qui, par définition, étaient une agressivité contre soi-même. Elle a finalement estimé que les critères de Mosimann chez cet assuré portaient vers un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant qui n'était accompagné d'aucune atteinte psychique à la santé qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail, et que, du point de vue psychiatrique, cet assuré avait une capacité totale de travail.

Par jugement du 6 janvier 2006, le Tribunal des assurances (désormais Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) (cause AIA 73/05 - 67/2006) a rejeté le recours de l'assuré. Aux considérants 6 et 7 de son arrêt, ledit Tribunal a en particulier retenu ce qui suit :

« 6. Sur le plan physique, tous les médecins consultés sont d'accord pour estimer que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée.

7. Sur le plan psychique en revanche, les avis divergent.

a) Le Dr V._____, s'agissant des plaintes de l'assuré, mentionne des dorsalgies, des douleurs à la jambe droite et des céphalées. Sur le plan thymique, il décrit : tristesse fréquente, idéation suicidaire passive, sentiment de dévalorisation, irritabilité, explosivité, nervosité, troubles mnésiques, fatigabilité, perte de la libido, appétit préservé. Sur le plan anxieux, il mentionne : inquiétude constante, palpitations, sudation anormale, sensation de chaud, vertiges et photophobie. Il indique également des hallucinations acoustico-verbales et une sensibilité au regard d'autrui avec impression d'être déprécié par autrui.

L'expert a constaté objectivement que le recourant est bien orienté aux quatre modes. Il n'a pas observé de troubles majeurs de la mémoire ou de la concentration, ni mis en évidence de signes florides de la lignée psychotique, notamment pas de délire, troubles perceptifs, troubles de la pensée. Il a en outre constaté l'absence de logorrhée, de relâchement des associations ou de passages du coq à l'âne.

Ces constatations sont les mêmes que celles émises par les Drs K._____, T._____ et I._____.

Le 22 juin 2001, les Drs K._____ et T._____ diagnostiquent un état dépressif moyen sans syndrome somatique et, le 15 septembre 2003, la Dresse I._____ mentionne un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, en rémission complète. Le Dr V._____ retient le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle d'intensité actuelle mineure, avec caractéristiques psychotiques. Ce diagnostic n'est toutefois pas étayé par des éléments nouveaux figurant dans l'expertise. En effet, les seuls éléments ajoutés sont une insatisfaction mentionnée par le recourant qui s'exprime par des éléments hétéro-agressifs sous forme de disputes conjugales occasionnelles et le fait de ne pas supporter les bruits des enfants que le recourant a parfois frappés. Ces éléments de nervosité et d'agressivité ne correspondent pas, comme le mentionne la Dresse C._____, à des symptômes dépressifs qui sont une agressivité contre soi-même, l'hétéro-agressivité pouvant correspondre à l'expression de l'insatisfaction du recourant face à son sentiment de frustration. En outre, ces éléments sont apparus après le rejet de la demande de prestations par l'OAI, ce qui conforte l'avis de la Dresse C._____ quant à l'insatisfaction et à la frustration du recourant.

b) Le Dr V._____ diagnostique une schizophrénie, type paranoïde, phase prodromique. De son côté, la Dresse C._____ fait valoir que le diagnostic de schizophrénie sans la présence d'un tableau complet de psychose ne peut être posé. Comme tous les spécialistes, y compris le Dr V._____, mentionnent que le recourant ne souffre d'aucun signe de psychose, l'évocation de la schizophrénie reste hypothétique et ne peut être prise en compte.

c) Les médecins psychiatres diagnostiquent un syndrome douloureux somatoforme persistant.[...].

d) En l'espèce, il résulte des différents rapports que le trouble dépressif est réactionnel au trouble somatoforme et ne constitue donc pas une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence. En outre, la schizophrénie, type paranoïde, phase prodromique, diagnostiquée par le Dr V. _____ n'est pas objectivée. La dépendance au tabac n'est pas invalidante. La dépendance aux benzodiazépines correspond à la prise par le recourant de sa dose médicalement prescrite de Tranxilium.

Le Dr V. _____ décrit des traits prémorbides, de type limite abandonnique avec des défenses psychosomatiques dans la personnalité du recourant. Il estime en outre qu'il n'est pas suffisant, dans l'appréciation d'une invalidité psychique lors d'un trouble douloureux, d'évaluer la gravité de l'état dépressif associé, mais qu'il faut en plus tenir compte de la comorbidité de la personnalité et du contexte de la décompensation. Il s'agit là de l'avis personnel de l'expert, mais qui ne trouve pas appui dans la jurisprudence précitée.

Par conséquent, force est de constater que le critère de la comorbidité psychiatrique n'est pas rempli in casu.

e) S'agissant des autres critères, s'il y a bien une affection corporelle chronique, elle n'est pas invalidante puisque le recourant a une capacité de travail entière dans une profession adaptée. Il n'y a pas de retrait social dans tous les actes de la vie. Le couple a eu deux enfants depuis 2000. Le recourant évoque uniquement quelques disputes occasionnelles avec son épouse. Il voit régulièrement ses parents, et ses frères et sœur. Quant à un état psychique cristallisé, il n'est pas démontré. Le Dr V. _____ se limite à observer que la mise en avant des symptômes, notamment algiques, peut constituer un échec et une libération simultanée du processus de résolution du conflit psychique, mais il ne décrit pas ce conflit. En définitive, seul le critère de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art est rempli.

f) Parmi les critères négatifs conduisant à un refus de rente, il résulte du dossier que, tant le Dr M. _____ que le Dr H. _____ ont indiqué une importante discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé. Le Dr H. _____ notamment note le 9 avril 2001 « objectivement un tableau toujours semblable de discordance flagrante entre la gestuelle spontanée et l'examen psychiatrique ». Ces plaintes démonstratives ont laissé insensibles ces praticiens. En outre, l'environnement psychosocial est le même que lorsque le recourant travaillait. Celui-ci a déclaré au Dr V. _____ être ouvert à un stage d'évaluation alors que, dans son recours, il conclut uniquement à l'octroi d'une rente entière. Enfin, il se plaint de dorsalgies, douleurs à la jambe droite et céphalées, se limitant à dire que ces douleurs sont constantes et exacerbées en cas de tension psychique, sans autres précisions.

Au demeurant, la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes chez de jeunes assurés, en l'absence de comorbidité psychiatrique, doit rester exceptionnelle (cf. Meyer-Blaser, op. cit. p. 87). Dans un tel cas, en effet, on doit admettre que la personne n'a

pas épuisé toutes ses ressources psychiques lui permettant de surmonter sa douleur (ATFA du 15 septembre 2004, I 515/03).

Ainsi, le syndrome somatoforme douloureux persistant n'est pas invalidant.

g) En conséquence, les conclusions du Dr V._____ ne sauraient être suivies, mais bien celles de la Dresse I._____ dont le rapport a valeur probante.

Il y a, dès lors, lieu de ne retenir aucune incapacité de travail sur le plan psychique ».

Le Tribunal des assurances a pour le surplus confirmé que le taux d'invalidité de l'assuré s'élevait à 4,09 %, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 50'400 fr., et d'un revenu avec invalidité de 48'334 fr. (avec abattement de 15 %).

C. Par arrêt du 1^{er} mai 2007 (I 525/06), le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assuré contre le jugement du Tribunal des assurances du 6 janvier 2006.

D. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 17 juillet 2009, en produisant un rapport du 29 juin 2009 des Dresses W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J._____, médecin assistante, selon lequel il présentait un trouble mixte de la personnalité avec des traits immatures, impulsifs et pervers, un épisode dépressif actuellement léger et un retard mental. Les Dresses W._____ et J._____ étaient d'avis qu'il faudrait beaucoup de temps à l'assuré pour recouvrer une capacité de travail, et que celle-ci n'atteindrait possiblement plus 100 %. L'assuré a encore produit un rapport du Dr L._____ du 9 juin 2009, qui posait les diagnostics de probable schizophrénie paranoïde, de syndromes douloureux persistants avec lombalgies irradiant dans les membres inférieurs et céphalées chroniques, d'HTA et hypercholestérolémie traitées et de tabagisme. Pour le Dr L._____, qui estimait que la capacité de travail était nulle dans toute activité, le pronostic était mauvais avec une péjoration de l'état psychique avec hallucinations auditives depuis deux ans.

Par avis médical du 28 août 2009, le Dr P._____ du SMR a estimé que les deux rapports produits ne rendaient pas plausible un fait nouveau ou une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision entrée en force, estimant qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Par décision du 22 janvier 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande du 17 juillet 2009.

E. Le 2 août 2011, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations, à l'appui de laquelle il a produit un rapport du 16 mars 2011 de la Dresse J._____, selon lequel il était désormais suivi par son médecin traitant, la dernière consultation avec celui-ci ayant eu lieu le 8 septembre 2010. Depuis lors, la situation restait inchangée. Le rapport du 29 juin 2009 restait d'actualité concernant les diagnostics. La Dresse J._____ indiquait pour le surplus soutenir une évaluation des capacités résiduelles de travail de l'assuré dans un atelier de l'assurance-invalidité. Avec sa nouvelle demande, l'assuré a encore produit un rapport du 8 avril 2011 du Dr N._____, spécialiste en cardiologie, du service de cardiologie du [...], qui précisait qu'il avait séjourné dans le service du 1^{er} au 3 mars 2011, pour une étude électrophysiologique et une thermo-ablation dans un contexte d'épisodes de palpitation. Le Dr N._____ a noté dans ce cadre un status cardiovasculaire sans particularité, et relevé que le patient entendait arrêter de fumer.

Le 18 août 2011, le Dr P._____ du SMR a estimé que l'état de santé et l'exigibilité médicale étaient inchangés depuis la dernière décision.

Par décision du 19 décembre 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande.

F. Le 8 octobre 2013, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations, en mentionnant un état dépressif chronique avec présence de symptômes psychotiques.

Le 9 octobre 2013, l'OAI a invité l'assuré à rendre plausible l'aggravation de son état de santé.

L'assuré a alors produit le 27 octobre 2013 un rapport, rédigé en langue allemande, de son psychiatre traitant depuis septembre 2011, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, selon lequel il souffrait d'un état dépressif chronique avec symptômes psychotiques. Son état ne s'était pas amélioré, malgré le traitement médicamenteux et le suivi psychiatrique mis en place. Pour le Dr R._____, l'état du patient empêchait qu'il retrouve une activité dans l'économie libre, estimant l'incapacité de travail totale, seule une activité en atelier protégé étant envisageable au taux de 50 %, comme c'était le cas de celle entreprise actuellement.

Par avis médical du 10 février 2014, la Dresse D._____ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

Le 2 juin 2014, l'assuré a été informé qu'une expertise serait mise en œuvre auprès du Dr G._____. L'assuré était au domicile invité à s'annoncer suffisamment tôt au médecin s'il avait besoin d'un interprète.

L'assuré a été examiné le 13 octobre 2014 par le Dr G._____, en présence d'un interprète. Dans son rapport du 21 octobre 2014, le Dr G._____ a encore indiqué avoir contacté par téléphone M. [...] maître socioprofessionnel, et M. [...] responsable de [...] Le Dr G._____ n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, il a posé ceux de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant probablement depuis 2000, d'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile et immature (Z73.1) existant depuis l'adolescence, et de trouble névrotique sans précision (F48.0) existant depuis 2006. Le Dr G._____ a pour le surplus relevé ce qui suit :

« Situation actuelle :

Mon examen psychiatrique n'a pas montré d'anxiété généralisée, de trouble panique ni de trouble phobique.

Spontanément, M. F. _____ se plaint d'entendre la voix d'une femme qui lui parle d'une manière gentille et qu'il voit devant lui bouger et lui tenir compagnie, « comme dans un film ». Sans signe d'angoisse ou d'inquiétude, il décrit ce phénomène avec distance et revient régulièrement sur ce sujet. Selon lui, ce phénomène est dû à un problème dans sa tête qu'il semble accepter, sans inquiétude. C'est ainsi qu'il ne cherche pas d'autre explication, comme une force extérieure ou une cause étrange ou bizarre. Il nie également des phénomènes d'influence, comme des pensées imposées ou un vol de la pensée. Acceptant la voix comme une manifestation témoignant de la sévérité de son état, il n'exprime pas d'idée délirante et ne manifeste pas d'autre trouble du contenu de la pensée, comme des idées culturellement inadéquates ni de trouble formel de la pensée. S'exprimant avec un discours fluide en français, il se montre ouvert et à l'aise avec l'interprète ainsi qu'avec l'examineur en interagissant d'une manière joviale et adéquate.

Les observations à l'examen contrastent ainsi avec ses plaintes subjectives concernant des difficultés face aux inconnus. Dans ce contexte, il décrit la crainte que l'autre pourrait avoir des informations quant à son sujet. A l'exploration, cette crainte s'avère pourtant comme une idée floue, sans réelle idée de référence, de divulgation de la pensée ou d'autre signe manifeste de trouble du moi. Au contraire, M. F. _____ nie clairement le phénomène de dépersonnalisation ou de déréalisation. Sans attitude méfiante, il exprime d'une manière authentique son plaisir, par exemple de rencontrer un groupe de 12 personnes à l'atelier ainsi que d'entreprendre des activités, comme des voyages en autocar pendant plus que 20 heures, contrastant avec sa plainte concernant des angoisses face à des groupes de plus de 6 ou 7 personnes.

Comme constaté également à l'hôpital psychiaF. _____ ne montre pas de signe objectivable accompagnant typiquement un trouble psychotique, en dehors d'une tendance à s'isoler de temps en temps. Au cours de ces périodes d'observation, il ne montre pas non plus d'idée délirante, d'interruption et d'altération du cours de la pensée, s'accompagnant par exemple d'un comportement bizarre ou catatonique. Le seul élément en faveur d'un trouble psychotique reste la plainte subjective concernant des hallucinations visuelles et auditives. En parallèle, les démarches thérapeutiques se limitent à une dose insuffisante d'un neuroleptique, restant au-dessous des recommandations pour le traitement d'une psychose, comme en témoigne également le dosage médicamenteux. Par contre, ces démarches contrastent avec l'importance des symptômes décrits par l'expertisé ainsi que le Dr R. _____, qui prescrit pourtant le traitement psychotrope. A l'examen, M. F. _____ frappe par sa capacité d'interagir d'une manière détendue avec ses interlocuteurs et l'absence de symptôme psychotique objectivable, comme lors de 2 séjours de plusieurs jours en milieu psychiatrique, demandés à cause d'une aggravation de l'état psychique, ainsi qu'à l'atelier. En l'absence de signe objectivable, la plainte isolée concernant des

hallucinations ne permet ainsi pas de retenir un trouble psychotique, comme une schizophrénie.

Cependant, ses plaintes dramatiques, mais vagues et peu élaborées à l'exploration, semblent étroitement liées aux croyances de M. F. _____ concernant le mode de comportement d'une personne gravement malade. Plusieurs éléments objectivables de son anamnèse, comme sa capacité d'entreprendre volontiers des voyages annuels dans son pays d'origine pour rencontrer les différents membres de sa famille, ainsi que sa recherche de contacts sociaux à travers une activité, contrastent avec ses plaintes subjectives. Comme déjà observé par le Dr H. _____ en 2001 et lors des séjours en milieu psychiatrique, ces incohérences s'inscrivent dans un conflit asséurologique d'un expertisé restant fixé sur sa lutte pour une compensation financière, d'abord par la Suva, puis par l'Assurance Invalidité. Dans ce contexte, ces incohérences évoquent l'impression d'une production intentionnelle de symptômes psychiques, compatible avec une simulation ou un trouble factice, également discutée dans la lettre de sortie de l'hôpital psychiatrique en 2007. Après une fixation sur des symptômes somatiques, notamment des douleurs, M. F. _____ se plaint de plus en plus de symptômes psychotiques depuis l'expertise du Dr V. _____ en 2005, initiée par son avocat et évoquant pour la 1^{ère} fois l'hypothèse diagnostique d'une schizophrénie. L'impression d'un trouble factice est renforcée par l'absence de diagnostic psychotique définitif par le Dr V. _____ et par les médecins de l'hôpital psychiatrique. Malgré un suivi de plusieurs années la Dresse J. _____, la Dresse [...] et le Dr R. _____ limitent également leur diagnostic à la suspicion d'un trouble psychotique, en retenant seulement un épisode dépressif, voire un état dépressif chronique avec des symptômes psychotiques, n'étant pas un diagnostic de la CIM-10. En même temps, le seul constat de plaintes incohérentes paraît insuffisant pour retenir une simulation, nécessitant une période d'observation plus longue, par exemple dans le cadre d'un stage d'observation organisé par l'Office AI.

Anamnestiquement, la fixation de M. F. _____ sur des plaintes subjectives de caractère psychotique depuis 2005, s'ajoute sur un tableau clinique dominé par des douleurs physiques. M. F. _____ décrit ainsi ses douleurs d'une manière démonstrative et théâtrale, indépendamment d'un épisode dépressif, comme en témoigne les examens de la Dresse I. _____ en 2003 et du Dr V. _____ en 2005, constatant une rémission des symptômes dépressifs. Selon le Dr H. _____ en 2001, le Dr M. _____ en 2002, ainsi que le Dr L. _____ en 2004, ces douleurs ne peuvent pas être expliquées par un processus physiologique. Décrivant des signes de non organicité et d'aggravation, par exemple selon Kummel et Waddell, les spécialistes du domaine somatique confirment le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme, retenu par la Dresse I. _____ en 2003. Depuis, M. F. _____ se plaint de la persistance d'importantes douleurs, dont la sévérité subjective contraste pourtant avec sa thérapie, qui ne contient plus d'antidouleur. En conséquence, son anamnèse et son tableau clinique correspondent à un syndrome douloureux somatoforme persistant, s'accompagnant de plaintes incohérentes concernant des symptômes psychotiques compatibles avec un trouble névrotique.

Malgré sa plainte concernant la persistance d'une tristesse depuis des années, M. F. _____ ne présente pas d'abaissement persistant de l'humeur, mais entre en contact d'une manière joviale en se présentant souriant, lors de l'examen. Il décrit son intérêt pour certaines émissions de TV, son attachement à ses proches ainsi que son plaisir à entreprendre des voyages dans son pays d'origine. En parallèle, il exprime d'une manière authentique sa volonté, par exemple et de poursuivre une activité à son rythme, lui permettant de sortir et de nouer des contacts. Sans diminution de l'énergie, avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante, il participe activement à un entretien d'une durée de 3 heures, avant de maîtriser des tests cognitifs sans signe d'une diminution importante de l'attention ou de la concentration. En parallèle, il nie d'idée de culpabilité ou de dévalorisation, mais se décrit comme victime de ses problèmes de santé. Donnant une description positive de sa personnalité, il garde l'espoir d'une amélioration ultérieure de son état de santé. Il n'exprime pas d'attitude pessimiste face à l'avenir et prend une claire distance d'idées auto-agressives. En l'absence de diminution de l'appétit chez un expertisé souffrant d'une surcharge pondérale, les éléments objectivables de son anamnèse et de l'examen actuel ne permettent pas de retenir un épisode dépressif sévère, susceptible d'expliquer ces symptômes psychotiques. Dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, les symptômes dépressifs réactionnels aux douleurs et les problèmes sociaux associés à ces symptômes, se limitent typiquement à un degré léger à moyen, comme décrit dans le dossier de M. F. _____, et ne justifient pas de diagnostic psychiatrique autonome.

Le syndrome douloureux somatoforme persistant F. _____ s'inscrit dans une structure de personnalité marquée par une labilité et immaturité émotionnelle. Comme décrit par le Dr T. _____ en 2001, il peut ainsi se montrer interprétatif et rigide face à des contrariétés, en restant fixé sur ses revendications, par exemple concernant une compensation pour le tort subi subjectivement. Dans ce contexte, M. F. _____ fait preuve de moyens de défense immatures, comme le clivage et le déni ainsi que de réactions abandonniques face aux contrariétés et des efforts sans récompense immédiate. Malgré cette structure de personnalité, il a été capable de s'intégrer d'une manière stable dans la vie professionnelle en Suisse et de travailler dans différents contextes avec des engagements d'une durée de plusieurs années. En parallèle, il fonde une famille et s'engage dans une relation conjugale, décrite comme positive depuis des années. Privilégiant la vie familiale déjà avant la survenue de ses problèmes de santé en 2000, il décrit un cadre psychosocial stable, marqué par des relations proches au plan familial. Néanmoins, il apprécie également d'autres contacts, par exemple à l'atelier qu'il fréquente volontiers depuis 2 ans, en profitant apparemment de cette occasion afin d'améliorer ses compétences en français. Par conséquent, son anamnèse ne montre pas de déviation extrême sur plusieurs niveaux de fonctionnement, persistant depuis l'adolescence, comme demandé par la CIM-10 pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité. Cependant, les particularités de fonctionnement de M. F. _____ correspondent à l'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile et immature, n'ayant pas de valeur de maladie.

Cette accentuation de traits de personnalité favorise l'adoption d'un rôle d'invalidé face à ses difficultés sociales après 14 ans d'absence du marché du travail et des difficultés non médicales, comme l'absence d'une formation et l'âge. Sans perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, chez un expertisé qui entreprend volontiers des voyages avec sa famille, cette adoption d'un rôle d'invalidé ne correspond pas à un état psychique cristallisé. Mettant en avant des symptômes incohérents, il montre un tableau clinique compatible avec un trouble névrotique, qui reste insuffisamment prononcés pour retenir un diagnostic spécifique. En conséquence, son syndrome douloureux somatoforme persistant ne s'accompagne pas d'une comorbidité psychiatrique incapacitante et sa capacité de travail exigible reste entière au plan psychique, notamment pour une activité manuelle simple, comme celle d'aide-garagiste. Malgré une fixation sur un rôle d'invalidé, l'effort à surmonter ses douleurs ainsi que ses plaintes subjectives afin de reprendre un travail à plein temps reste raisonnablement exigible au plan psychique ».

Compte tenu de ses observations, le Dr G._____ a nié l'existence de limitations dans l'activité habituelle, estimant la capacité de travail entière au plan psychique, sans baisse de rendement.

Le 18 novembre 2014, la Dresse D._____ du SMR a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité adaptée à sa formation et à ses motivations.

Par décision du 16 janvier 2015, l'OAI a refusé le droit aux prestations à l'assuré.

G. Par acte du 19 février 2015, F._____, représenté par [...], a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière. En substance, il fait valoir que de l'avis de la Dresse [...], dans son rapport du 27 octobre 2013, il présente des limitations psychiques et sociales ainsi que de sa capacité de travail, et qu'il conviendrait de le traiter de manière stationnaire et de faire clarifier sa capacité de travail par les autorités de l'assurance-invalidité. Cette médecin a également fait état le 20 décembre 2014 d'une péjoration de l'atteinte psychique, avec une totale incapacité de travail. Il se prévaut également de l'avis du Dr R._____ du 13 février 2015, selon lequel, compte tenu de la différence de diagnostics ainsi que de son processus d'invalidation, il conviendrait de réexaminer la situation,

ce médecin posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques (F33.3). Il ajoute par surabondance qu'il a quitté le monde du travail en 2000, que sa tentative de suivre un stage en atelier n'a pas abouti en raison de son atteinte psychique chronique, que les avis des médecins contredisent les conclusions de l'expert et ont été écartés sans motifs, et qu'il convient de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

Dans sa réponse du 18 juin 2015, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a en outre produit un avis médical du Dr [...] du SMR du 26 mai 2015, selon lequel les rapports des 20 décembre 2014 et 13 février 2015 ne permettaient pas de mettre en doute les conclusions du rapport d'expertise du Dr G._____.

En réplique, le recourant a fait valoir que les médecins-traitants étaient d'avis que son incapacité de travail était totale, et serait de 50 % dans un travail adapté. Il a produit un rapport du 6 juillet 2015 du Dr R._____, selon lequel il présente une intelligence limite (F70), en lien avec une personnalité émotionnellement labile (F60.30), ainsi qu'un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques (F33.3). Pour le Dr R._____, le patient était totalement incapable de travailler, seule une activité à 50 % dans un cadre protégé pouvant être envisagée.

Le 31 juillet 2015, l'OAI a derechef proposé le rejet du recours.

Le 6 octobre 2015, le recourant a produit la traduction en langue française des rapports des 27 octobre 2013, 20 décembre 2014, 13 février 2015 et 6 juillet 2015.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) 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 du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 19 février 2015 contre la décision de l'intimé 16 janvier 2015, a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} mai 2014, à la suite de sa quatrième demande de prestations (présentée le 8 octobre 2013).

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une

infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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 (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du

travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; cf. Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. aussi, entre autres, TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

4. a) Lorsque, comme en l'espèce, 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), il convient de traiter l'affaire au fond et de 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 de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. Selon l'art. 87 al. 2 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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées. 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 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne

constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

5. En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la quatrième demande de prestations AI déposée le 8 octobre 2013. Il convient dès lors d'examiner si un changement notable de circonstances propre à influencer le degré d'invalidité – et partant le droit à la rente – s'est produit depuis la décision de refus de prestations rendue le 17 février 2005, savoir la dernière décision qui repose sur un examen matériel complet du droit à la rente, et la décision litigieuse du 16 janvier 2015.

6. Sur le plan somatique, dans le cadre de son jugement du 6 janvier 2006, confirmé par le Tribunal fédéral, le Tribunal des assurances avait constaté que tous les médecins consultés étaient d'accord pour estimer que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée.

Aucune atteinte au plan somatique n'a été alléguée dans le cadre de la quatrième demande de prestations. Le recourant lui-même ne fait pas valoir qu'il souffrirait à ce niveau. Il y a dès lors lieu de retenir qu'aucune péjoration de l'état de santé n'est intervenue au plan somatique depuis la décision du 17 février 2005.

7. Sur le plan psychique, le recourant a produit avec sa nouvelle demande un rapport du 27 octobre 2013 du Dr R._____, qui a posé le diagnostic d'état dépressif chronique avec symptômes psychotiques et estimé que son patient était incapable de travailler dans toute activité, sinon à raison de 50 % dans un cadre protégé tel que celui dans lequel il œuvrait auprès [...].

A la suite de ce rapport, l'OAI a confié la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique au Dr G._____. Ce dernier n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité

de travail, il a posé ceux de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant probablement depuis 2000, d'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile et immature (Z73.1) existant depuis l'adolescence, et de trouble névrotique sans précision (F48.0) existant depuis 2006.

La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce

diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles

doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (consid. 8 de l'arrêt cité et jurisprudence citée).

Le Dr G._____ ayant conclu, sur la base des anciens critères, que le trouble somatoforme douloureux affectant le recourant ne

présentait aucun caractère incapacitant, il convient d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente.

On relèvera en premier lieu que le Dr G._____ a évoqué des incohérences dans les plaintes de l'assuré, qui sont dramatiques mais vagues, et peu élaborées à l'exploration. Aux yeux de l'expert, ces incohérences évoquent l'impression d'une production intentionnelle de symptômes psychiques, compatibles avec une simulation ou un trouble factice. Toutefois l'expert admet que le seul constat de plaintes incohérentes est insuffisant pour retenir une simulation. Une éventuelle exagération des symptômes ne serait dès lors à priori pas exclue. La question peut néanmoins demeurer ouverte en l'espèce.

En effet, il ressort du rapport d'expertise, plus particulièrement de l'anamnèse, que le recourant a une vie familiale riche. Il partage son appartement avec son épouse et quatre de ses cinq enfants. Déjà avant son accident de 2000, l'assuré décrit une vie axée sur sa famille et sa belle-famille. Il décrit une bonne relation avec ses parents, ainsi qu'avec ses frères et sa sœur. Il voit en particulier sa mère tous les deux jours chez elle, où il se rend à pied pour passer quelque temps vers ses parents en discutant. Il parle au téléphone avec ses frères et sa sœur, qu'il rencontre lors de réunions familiales, ainsi qu'avec sa belle-famille installée en [...]. Il se rend du reste en vacances chaque année, en été, dans ce pays, en autocar, ce qui implique un déplacement de 22 à 25 heures, dans la maison qu'il y possède, avec ses enfants et son épouse. Ses vacances lui font du bien et il passe son temps à faire des promenades et rencontrer sa famille et sa belle-famille. Dans son quotidien, il se fait accompagner et rechercher en voiture par son épouse à l'atelier de [...] où il passe la matinée à travailler dans la mise sous pli, activité interrompue par des pauses pour fumer et boire du café. Le repas de midi est pris en famille, avec son épouse et quatre de ses enfants. Si l'après-midi est souvent passé dans l'appartement à regarder la télévision, la famille prend à nouveau le repas du soir ensemble. Après le repas, l'assuré sort se promener durant une heure à une heure trente avec son épouse.

L'intéressé accompagne sa fille aînée et son épouse lorsqu'elles vont faire les courses. Il a une bonne entente avec les différents membres de sa famille, ainsi qu'avec ses collègues à l'atelier. Si l'assuré ne fait pas état de hobby, il a déclaré n'en avoir jamais eu, même avant ses problèmes, au même titre que des activités physiques (sous réserve des promenades).

Au terme de son examen, le Dr G. _____ n'a pas constaté d'anxiété généralisée, de trouble panique ni de trouble phobique. Certes l'expert a relevé que l'assuré faisait preuve de moyens de défense immatures, comme le clivage et le déni ainsi que de réactions abandonniques face aux contrariétés et aux efforts sans récompense immédiate. Toutefois l'expert a bien relevé que malgré cette structure de personnalité, l'assuré avait été capable de s'intégrer d'une manière stable dans la vie professionnelle en Suisse et de travailler dans différents contextes avec des engagements d'une durée de plusieurs années. En parallèle, il a fondé une famille et s'est engagé dans une relation conjugale décrite comme positive depuis des années. Privilégiant la vie familiale déjà avant la survenue de ses problèmes de santé en 2000, l'assuré a décrit un cadre psychosocial stable, marqué par des relations proches au plan familial, tout en appréciant également d'autres contacts. Son anamnèse ne permet donc pas selon le Dr G. _____, en l'absence de déviation extrême sur plusieurs niveaux de fonctionnement persistant depuis l'adolescence, de poser le diagnostic d'un trouble de la personnalité.

L'expert a au demeurant dûment pris en considération l'appréciation du Dr R. _____ du 27 octobre 2013, qui, comme dans ses appréciations ultérieures, retient que son patient est selon lui incapable de travailler dans l'économie libre en raison de son trouble dépressif chronique avec symptômes psychotiques (F33.3). Or le Dr G. _____ a expliqué avec soin que malgré la plainte de l'assuré concernant la persistance d'une tristesse depuis des années, celui-ci ne présentait pas d'abaissement persistant de l'humeur, entré en contact de manière joviale en se présentait souriant lors de l'examen, et décrivait son intérêt pour certaines émissions de télévision, son attachement à ses proches et

son plaisir à entreprendre des voyages dans son pays d'origine. Il avait du reste participé durant trois heures à l'entretien avec l'expert, sans diminution de l'énergie, avant de maîtriser des tests cognitifs sans signe d'une diminution importante de l'attention ou de la concentration. Il donnait en outre une description positive de sa personnalité et n'exprimait pas d'attitude pessimiste face à l'avenir et il n'y avait pas de diminution de l'appétit. Le DrG._____ en a déduit, sans être contredit, que les éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen actuel ne permettaient pas de retenir un épisode dépressif sévère. Quant à la péjoration alléguée par les psychiatres traitants de l'assuré, elle n'est pas étayée et ne permet pas d'écarter les conclusions du rapport d'expertise du Dr G._____. Dite péjoration a au demeurant été mentionnée à l'appui du rapport de la Dresse [...] du 20 décembre 2014, alors que l'assuré a été examiné le 13 octobre 2014 par le Dr G._____, soit deux mois avant le rapport de décembre 2014 de la Dresse [...], sans qu'un élément spécifique ne soit mentionné dans le rapport de cette dernière propre à établir une soudaine péjoration de l'état de son patient.

L'expert s'est au demeurant déterminé largement sur les raisons l'ayant conduit à ne pas retenir de trouble psychotique : l'assuré ne montre en effet pas de signe objectivable accompagnant typiquement un trouble psychotique, en dehors d'une tendance à s'isoler de temps en temps. Au cours des périodes d'observation, il ne montre pas non plus d'idée délirante, d'interruption et d'altération du cours de la pensée, s'accompagnant par exemple d'un comportement bizarre ou catatonique, le seul élément en faveur d'un trouble psychotique restant la plainte, subjective, concernant des hallucinations visuelles et auditives. Toutefois, l'expert a constaté que les démarches thérapeutiques se limitaient à une dose insuffisante d'un neuroleptique, restant au-dessous des recommandations pour le traitement d'une psychose, ainsi qu'en témoigne le dosage médicamenteux. L'expert a en outre constaté qu'à l'examen, le recourant frappait par sa capacité d'interagir d'une manière détendue avec ses interlocuteurs, et l'absence de symptômes psychotiques objectivables. L'expert a ainsi relevé que plusieurs éléments objectivables contrastaient avec les plaintes subjectives de l'assuré, les

incohérences relevées s'inscrivant dans un conflit asséurologique d'un expertisé restant fixé sur sa lutte pour une compensation financière, d'abord par la CNA, puis par l'assurance-invalidité. Ce constat n'est pas contredit par le Dr R._____, respectivement la Dresse [...], qui se limitent à rapporter les plaintes de leur patient (cf. rapport du 13 février 2015), et fondent également leur appréciation de la capacité de travail sur des éléments tels que l'absence de formation et l'éducation du patient (cf. rapport du 6 juillet 2015). Le seul fait que le recourant ait quitté le monde du travail en 2000 ne justifie pas non plus, en l'absence d'atteinte à la santé invalidante, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Il résulte de ce qui précède que le Dr G._____ a expliqué de façon convaincante que le trouble somatoforme n'était pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère. En outre, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été retenu comme étant sans effet sur la capacité de travail, et le Dr G._____ n'a fait état d'aucune limitation fonctionnelle au plan psychique. Il ne résulte au demeurant pas du rapport d'expertise nombre d'éléments pertinents pour le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Si l'assuré a certes un suivi auprès des Drs R._____ et [...], celui-ci n'a lieu qu'à raison de deux séances par mois. L'expert a au demeurant répondu par l'affirmative à la question de savoir si l'assuré était, en raison de ses troubles psychiques, capable de s'adapter à son environnement professionnel.

En résumé, force est de constater qu'il ne se trouve au dossier aucun élément permettant de douter des conclusions de l'expertise du Dr G._____ du 21 octobre 2014, l'avis de ce spécialiste s'agissant du caractère non incapacitant du trouble somatoforme douloureux remplissant les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante, dès lors qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes du recourant, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation étant claires et les conclusions dûment motivées.

Sur la base de l'avis du Dr G._____, il y a donc lieu de reconnaître à l'assuré une capacité de travail de 100 % dans toute activité.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de nouvelle expertise psychiatrique formulée par le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

9. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse et la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 16 janvier 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. 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 :

- [...] (pour F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :