

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 août 2015

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Röthenbacher, juge et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

Q._____, à Vevey, recourant, représenté par M. Othman Bouslimi, à Berne,

et

E._____, à Vevey, intimé.

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, travaillait en qualité de maçon depuis le 1^{er} avril 2005 pour le compte de l'entreprise R. _____ à [...].

Le 4 décembre 2006, il a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'il était au volant de la camionnette de l'entreprise, il est entré en collision avec un camion à béton qui n'avait pas respecté les règles de la priorité. Il n'a pas été hospitalisé, mais dans les heures qui ont suivi, l'assuré s'est plaint de douleurs à la nuque, au thorax, au dos et jusque dans les pieds.

Le Dr Y. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé, dans un rapport du 18 décembre 2006 adressé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), le diagnostic de contusion cervicale, des examens par radiographies n'ayant par ailleurs révélé aucun signe de fracture. Il a également relevé une arthrose susceptible d'influencer défavorablement le cours de la guérison. La CNA a pris en charge les suites du cas.

Dans un rapport du 20 janvier 2007, le Dr Y. _____ a fait état d'un traumatisme psychique susceptible d'entraîner un dommage permanent.

Dans un rapport établi le 6 juin 2007, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatisme de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a observé ce qui suit :

« Les plaintes subjectives [...] sont tout à fait atypiques, elles sont diffuses et mal systématisées. L'examen clinique est marqué par des signes florides de non-organicité avec quelques discordances (notamment entre les mouvements spontanés et l'absence de posture antalgique) observées lors de l'entretien, contrastant avec les hyper-réactions et la rigidité affichée par l'assuré lors de l'examen clinique.

Nous noterons également que cet assuré nous a paru parfaitement orienté, ne démontrant aucun signe de ralentissement dans

l'expression verbale. Il s'est montré capable de décrire de façon précise les circonstances de l'accident. Son attitude dégage cependant un certain catastrophisme chez un assuré se déclarant persuadé que l'accident a bouleversé sa vie.

Sur le plan organique nous relèverons que le bilan radiologique de la colonne cervicale et dorsale pratiqué après l'accident est tout à fait superposable à celui qui avait été pratiqué 6 mois au préalable par le Dr Y._____. Les radiographies pratiquées en juin 2006 témoignent notamment de séquelles de troubles dystrophiques de croissance vertébrale au niveau dorsal, d'une cervicarthrose postérieure étagée débutante. Les radiographies du segment lombaire documentent une spondylarthrose L5-S1 évoluée.

En résumé, sur le plan strictement somatique, cet assuré a vraisemblablement tout au plus présenté, suite à son accident, une contusion cervicale simple, si l'on se base sur le rapport initial du Dr Y._____.

Si l'on se base sur ses seules conséquences somatiques nous devons considérer que 6 mois après l'accident ou au plus tard à ce jour, l'accident a entièrement et largement cessé de déployer ses effets.

[...]

En conclusion : Les troubles de la sphère non-organique constituent l'essentiel du tableau clinique actuel. Ces troubles qui semblent s'être greffés sur l'accident font actuellement l'objet d'un traitement antidépresseur par le Dr Y._____ qui évoque de son côté un « traumatisme psychique ». Ils n'ont pas permis à cet assuré de reprendre le travail jusqu'ici ».

Par décision sur opposition du 19 juillet 2007 confirmant une décision du 11 juin 2007, la CNA a mis fin au versement des prestations d'assurance au 6 juin 2007, au motif que les troubles présentés par l'assuré au-delà de cette date n'engageaient plus l'assureur-accidents.

b) Dans le cadre de l'examen du dossier de l'assuré par l'assurance d'indemnités journalières, B._____ (ci-après : B._____), le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P._____, psychologue, ont été mandatés pour effectuer une expertise psychiatrique, Ils ont rendu leur rapport le 7 décembre 2007, concluant à l'existence, tout au plus, d'un « trouble somatoforme indifférencié avec amplification des plaintes » ou d'une forme « d'hystérisation secondaire » et à une capacité de travail entière de l'assuré, au plus tard 6 mois après l'accident.

Se fondant sur cette expertise, B._____ a, par décision du 27 décembre 2007, mis un terme à ses prestations avec effet immédiat (soit

au 30 novembre 2007), confirmée par décision sur opposition du 7 octobre 2008.

c) Dans l'intervalle, soit le 25 février 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), tendant à l'octroi d'un reclassement professionnel (« éventuellement, selon état de santé »), subsidiairement d'une rente, en raison de douleurs à la colonne vertébrale, à la tête et aux pieds, de problèmes psychiques et d'hypertension artérielle, présents depuis le jour de l'accident.

Dans un rapport du 7 mars 2008 à l'OAI faisant suite à une consultation de l'assuré le 15 février 2008, la Dresse S._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a relevé les diagnostics consécutifs à l'accident et avec effet sur la capacité de travail de syndrome de stress post-traumatique, de trouble dépressif et anxieux généralisé et de rachialgies diffuses avec sciatgie gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec séquelles de maladies de Scheuermann et dysbalances musculaires. Elle a jugé nulle la capacité de travail de son patient dans son activité habituelle dès le 4 décembre 2006 et pour une durée prolongée.

Dans un rapport du 20 mars 2008 à l'OAI, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant l'assuré depuis le 1^{er} janvier 2008, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes somatiques (F32.2) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). Il a également relevé les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de trouble somatoforme douloureux persistant et d'hypertension artérielle. Il a jugé nulle la capacité de travail de son patient du 4 décembre 2006 au 4 juin 2007, ainsi que dès le 28 janvier 2008, pour une durée indéterminée, et a émis un pronostic plutôt réservé.

Le 26 mars 2008, l'assuré s'est présenté auprès de l'OAI pour un entretien d'évaluation, duquel il est ressorti qu'il ne s'estimait pas en

état de travailler, ni d'entreprendre des mesures d'intervention précoce en raison de son état de santé.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 28 mai 2008, R._____ a indiqué que l'assuré avait fait une tentative de reprise du travail le 26 novembre 2007, qui s'était soldée par un échec. Il n'avait pas repris son activité depuis le jour de l'accident.

Par communication du 18 juillet 2008, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation n'étaient pour l'heure pas possibles, en raison de son état de santé, et que son droit à une éventuelle rente serait examiné.

Par avis médical du 18 novembre 2008, le Dr H._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), constatant les contradictions existant entre l'appréciation du Dr Z._____ et celle du Dr D._____, ainsi que la présence d'un trouble somatoforme, a relevé la nécessité de la mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique au centre d'expertise médicale G._____ (ci- après : G._____). Le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, la Dresse V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que Mme F._____, neuropsychologue FSP, du G._____, ont rendu leur rapport le 15 juin 2009, suite à une expertise multidisciplinaire réalisée les 16 décembre 2008 et 26 mai 2009. Ces médecins ont estimé que le diagnostic de lombosciatalgies droites sans syndrome radiculaire déficitaire sur discopathie importante L5-S1 (existant depuis 2006) avait des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé, alors que tel n'était pas le cas pour le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ils ont exposé ce qui suit dans leur appréciation consensuelle du cas :

« Sur le plan somatique, les constatations objectives sont pauvres, les facteurs d'exagération manifestes, il reste tout au plus des images radiologiques, notamment une discopathie dégénérative L5-S1 relativement importante. Considérant celles-ci, une adaptation du poste de travail serait souhaitable, soit une limitation dans le soulevé des poids : pas plus de 15 kg non répétitif, les bras proches du corps, qui accepterait de fréquents changements de positions, qui ne

l'obligerait ni aux flexions répétées et importantes du tronc, ni aux accroupissements, ni aux positions inconfortables. Dans le respect de ces limitations, la capacité de travail serait complète avec un rendement de 100%.

Nous ne connaissons pas la définition du dernier poste de travail de chef d'équipe, mais on peut supposer que cette activité était adaptée.

Sur le plan psychique, l'expertisé se présente comme une personnalité évitante et fruste, avec peu de ressources intrapsychiques, figée dans une position de victime. Aucun traitement n'a permis un changement.

[...]

Dans le cadre de l'expertise présente, le rhumatologue mentionne la présence de nombreux signes de non organicité selon Waddell et de non collaboration manifeste.

Les taux sanguins de Carbamazépine et Tramadol ne sont pas très élevés pour quelqu'un qui se plaint beaucoup de douleurs. Par ailleurs dans le cadre d'un épisode dépressif décrit comme sévère par le psychiatre traitant, ainsi que d'un état de stress post-traumatique, on s'attendrait à une médication un peu plus conséquente que seulement 10 mg de Citalopram, surtout chez un obèse présentant un BMI à 40. On peut aussi se poser la question d'une hospitalisation lors d'un diagnostic de dépression d'une telle sévérité.

[...]

Lors des tests neuropsychologiques, l'assuré a surtout montré un comportement démonstratif et une collaboration très restreinte, mais aucun signe anxieux, par contre de nombreux soupirs et un ralentissement habituellement pas observé dans ce type de situation. Par ailleurs on relève des incohérences dans les résultats qui ne peuvent qu'être mis en relation avec des facteurs d'exagération et de mauvaise collaboration.

En cours d'examen, nous n'avons pas observé de crise anxieuse, aucune attaque de panique, aucun signe neurovégétatif, l'assuré était loquace et cherchait à convaincre de l'importance de ses symptômes.

Les plaintes subjectives ne peuvent ainsi pas être validées par l'observation. Cette constatation est concordante avec les observations précédentes.

De la même manière, nous ne pouvons pas étayer le diagnostic d'état de stress post-traumatique qui est essentiellement anamnestique. Par ailleurs, il est inhabituel que ce type de syndrome se développe après un accident de gravité faible à moyenne, de surcroît avec un stress unique et ponctuel comme un accident de la route, et [qui] plus est lorsqu'il y a eu évanouissement.

Le diagnostic de trouble somatoforme a été précédemment posé, nous retenons également celui-ci. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique sévère associée, les relations sociales sont essentiellement familiales, mais présentes. Associé à ce trouble il y a par contre une tendance nette à l'amplification.

En conclusion, nous n'avons aucun élément objectif qui permettrait de reconnaître une incapacité de travail partielle ou totale, ou même de diminution de rendement ».

Dans un rapport SMR du 9 juillet 2009, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait sien le diagnostic de lombosciatalgies droites sans syndrome radiculaire déficitaire sur discopathie importante L5-S1 depuis 2006 et a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 6 décembre 2006, respectivement une capacité de travail pleine et entière dans toute activité adaptée à l'état de santé de l'intéressé, soit ne nécessitant ni position du tronc tenue en porte-à-faux, ni flexions-rotations répétées du tronc, ni accroupissement, et permettant d'alterner les positions. S'agissant de l'exigibilité de l'activité habituelle, le Dr H._____ a précisé que le SMR s'écartait des conclusions du G._____ au motif que la profession de maçon dans une entreprise de construction et/ou de travaux publics n'était pas adaptable au sens entendu par les experts.

L'OAI souhaitant déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle de l'assuré, ce dernier a été invité à suivre un stage de trois mois au Centre de formation professionnelle O._____ à [...] dès le 4 janvier 2010. A l'occasion d'un bilan intermédiaire effectué le 7 janvier 2010, le centre O._____ a informé l'OAI du fait que l'assuré s'était plaint de douleurs et de dépression dès le premier jour de stage. Suite à la réception de deux certificats médicaux établis les 7 et 8 janvier 2010, l'un par le Dr L._____, médecin traitant de l'assuré depuis le mois de décembre 2007, l'autre par le Dr D._____, attestant une incapacité de travail totale de leur patient de trois mois dès janvier 2010, l'OAI a mis un terme à la mesure et relevé la nécessité de réinterroger les médecins traitants de l'assuré, afin de faire réévaluer la situation médicale par le SMR (rapport intermédiaire du 14 janvier 2010).

Dans un rapport du 1^{er} février 2010 à l'OAI, le Dr D._____ a conclu que le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) dont souffrait l'assuré avait un effet sur sa capacité de travail. Il a émis un pronostic défavorable et évalué l'incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} décembre 2006 et pour une durée indéterminée. Il a précisé qu'une réadaptation professionnelle était contre-indiquée. Il a renvoyé à un rapport du 15 janvier 2010 rendu dans le cadre d'un litige avec B._____

dont la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois avait été saisie entre-temps. Il y avait précisé que l'intéressé présentait tous les éléments d'un état dépressif important, notamment un affect triste, des crises d'angoisse, un manque de confiance en soi, des idées de ruine, une baisse de la libido, des troubles du sommeil, des manifestations somatiques (palpitations, oppressions, mictions fréquentes et ballonnements) ainsi que des ruminations sur sa mort, qu'il continuait par ailleurs à avoir des rêves répétitifs concernant l'événement accidentel du 4 décembre 2006, ainsi que des flashes. Il avait relevé que le syndrome douloureux était très prononcé, le recourant ayant « énormément de peine à se déplacer ». S'agissant des remarques figurant dans le rapport établi le 15 juin 2009 par le G._____, le Dr D._____ a répondu qu'il estimait que le traitement entrepris était tout à fait adéquat - le fait que l'intéressé fût obèse, ce qui n'était d'ailleurs pas tout à fait le cas, ne changeant à son sens pas grand-chose au dosage de la médication - et qu'une hospitalisation n'était pas indiquée, l'assuré étant bien entouré à domicile. Selon le psychiatre traitant, les experts avaient sous-estimé l'importance de la symptomatologie, et n'avaient en outre pas pris en considération le fait que les critères de Foerster étaient largement réalisés, puisqu'il s'agissait d'une situation chronique, sans évolution depuis plusieurs années, et que l'intéressé vivait en vase clos, pratiquement coupé de toute relation sociale.

Dans un rapport du 7 février 2010, le Dr L._____ a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif, de fibromyalgie, de psoriasis et d'insomnie. Concernant l'activité habituelle de l'assuré, il a fait état d'une « restriction totale physique et psychique en raison des graves problèmes de santé ».

Dans un courrier adressé à la K._____ le 3 mars 2010, le Service de Médecine de l'Hôpital [...], a expliqué - en référence aux remarques formulées par le Dr Z._____ dans son rapport du 7 décembre 2007 et par le G._____ dans son expertise concernant les taux sériques des médicaments pris par l'assuré - que la prise concomitante de [...] (Carbamazépine) pouvait abaisser les concentrations plasmatiques de

certaines médicaments, en particulier le Tramadol, le Citalopram ([...]) et l'Alprazolam ([...]), ce qui pouvait expliquer le caractère non détectable des taux sériques en cause.

Par avis médical du 27 avril 2010, le Dr H._____ du SMR a estimé que le rapport médical du Dr D._____ du 1^{er} février 2010 ne faisait pas état de fait nouveau depuis 2006 sur le plan psychiatrique et qu'il n'y avait donc pas lieu de modifier les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible mentionnées dans le rapport d'examen du SMR du 9 juillet 2009.

d) Par arrêt du 2 juin 2010 (AM 75/08 - 22/2010), la Cour des assurances des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a retenu, dans le cadre du litige opposant l'assuré à B._____, portant sur le droit à des indemnités journalières pour perte de gain au-delà du 30 novembre 2007, sur la base de l'expertise du G._____ du 15 juin 2009, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ceci sur le plan somatique (consid. 4a et b). Sur le plan psychiatrique, la Cour a considéré ce qui suit (consid. 4c) :

« On observera que cette solution s'impose également au regard de l'incapacité de travail résultant des troubles psychiques présentés par le recourant. En effet, l'instruction de la cause a tout d'abord permis de répondre au grief de l'intimée tenant au constat de l'absence de prise en charge de l'assuré par des spécialistes avant que soit consulté le médecin psychiatre traitant D._____, en janvier 2008. Ainsi, la thérapeute familiale [...] a attesté avoir pris l'assuré en consultation en septembre 2007 dans le cadre du soutien offert en application de la LAVI et, à défaut d'amélioration de l'état de santé, respectivement de diminution des symptômes de stress post-traumatique, avoir renvoyé l'intéressé à la consultation d'un médecin psychiatre, soit en l'occurrence le Dr D._____, lequel retiendra et motivera à plusieurs reprises une incapacité totale de travail sur le plan psychiatrique durant la période litigieuse, suivi à cet égard dans ses conclusions par la Dresse S._____. L'autre grief de l'intimée, tenant au constat de l'absence de traitement médicamenteux par le Dr Z._____, a quant à lui trouvé réponse dans les explications produites le 29 mars 2010 par le Service de médecine de l'Hôpital [...], expliquant le caractère non détectable de la concentration plasmique de médicaments psychotropes par la prise concomitante de carbamazépine ».

La Cour a dès lors estimé que l'assuré avait droit à des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail au-delà du 30 novembre 2007 et jusqu'à l'échéance contractuelle prévue, soit durant 720 jours dans une période de 900 jours sous déduction des prestations déjà versées.

e) Par décision du 23 mars 2011 confirmant un projet de décision du 24 juin 2010, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré, se fondant sur le rapport d'expertise du G._____ du 15 juin 2009. Pour déterminer le préjudice économique et le degré d'invalidité de l'assuré, l'OAI a retenu que ce dernier aurait pu obtenir un revenu de 69'800 fr. en poursuivant son activité de maçon. Comparé au salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, selon les enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique - qui, adapté à 2007, se portait à 59'197 fr. - et compte tenu d'un abattement de 10%, il en est résulté un revenu d'invalidé de 54'130 fr. Le degré d'invalidité s'élevait ainsi à 22%, ce qui ne donnait pas droit à une rente.

A la suite du recours déposé par l'assuré le 21 avril 2011, une expertise judiciaire psychiatrique a été confiée au Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Du rapport produit le 14 novembre 2011 par cet expert, on extrait ce qui suit :

« Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble anxieux et dépressif mixte* et une *majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques*.

• *Trouble anxieux et dépressif mixte*

La CIM-10 définit une catégorie diagnostique de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) pour la situation clinique où il y a à la fois des symptômes anxieux et dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Il s'agit par conséquent de situations où les éléments anxieux et dépressifs sont tout au plus légers.

Pour qu'on puisse poser ce diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, le tableau clinique doit encore être associé à des symptômes neurovégétatifs (tremblements, gêne épigastrique, palpitations, sécheresse buccale, etc.).

Dans le cas présent, l'assuré rapporte des symptômes dépressifs, sachant aussi qu'il répond ordinairement de façon positive au registre

de plaintes qui lui sont proposées. Il est dès lors difficile de trier le bon grain de l'ivraie. Le clinicien doit en fait se référer plus à ce qui est observé qu'à ce qui est rapporté par l'intéressé.

Dans les faits, M. Q. _____ n'apparaît pas comme manifestement déprimé. Il n'a pas les stigmates somatiques objectifs (ralentissement, diminution de l'activité psychomotrice) de dépression. S'il se plaint de troubles attentionnels et mnésiques, il se montre remarquablement efficace dans les deux entretiens. Il connaît extrêmement bien son dossier. Il se souvient des détails de certains rapports médicaux et les amène à propos le moment voulu. Il n'y a objectivement aucun trouble attentionnel ou mnésique tant par rapport aux faits passés qu'à ceux qui étaient directement en rapport avec l'évaluation et ses circonstances.

Considérant ces éléments et ce qu'il a pu lire au dossier, le soussigné admet des symptômes dépressifs de peu de sévérité, sans plus. Il admet des éléments anxieux qui n'ont pas la gravité d'un trouble anxieux spécifique. Il prend aussi acte de plaintes du registre neurovégétatif (instabilité, vertiges, palpitations, sudations, entre autres choses).

Au vu de ce qui précède, il est justifié de retenir ici un trouble anxieux et dépressif mixte, conformément à la définition qu'en donne la CIM-10.

• *Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques*

Sous le code F68.0, la CIM-10 décrit une entité diagnostique appelée *majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques* qu'elle classe dans le chapitre général des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte et dans le même sous-chapitre que les troubles factices. Le trouble est assimilé à l'ancienne terminologie de *névrose de compensation*.

Les critères diagnostiques du trouble impliquent un point de départ corporel. Il s'agit d'un trouble, d'une maladie ou d'une incapacité du domaine somatique. Les symptômes physiques sont par la suite amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble somatique initial. Cette majoration survient dans le contexte de facteurs psychologiques identifiables. La CIM-10 en désigne trois :

- la crainte manifeste de handicap ou de la mort
- la possibilité d'une compensation financière
- la déception par rapport à la qualité des soins médicaux

Plusieurs auteurs ont étendu la notion de compensation aux aspects relationnels des symptômes, en interprétant la demande de réparation ou de reconnaissance comme un moyen de communiquer autre chose que la simple recherche d'une compensation financière. Cette interprétation des plaintes veut intégrer l'aspect relationnel et interactif du comportement de ces patients difficiles. Elle veut ouvrir des voies de prise en soins pluridisciplinaires incluant des approches, non seulement médicales, mais encore sociales et professionnelles.

Dans le cas présent, on a effectivement la situation d'un point de départ corporel, sachant qu'on peut admettre la contusion cervicale et, tout au départ, les douleurs ordinaires, transitoires et parfois généralisées qu'on observe fréquemment après certains accidents de circulation et qui disparaissent dans les jours qui suivent.

Ces symptômes physiques ont été ici amplifiés et excessivement prolongés par rapport au traumatisme initial. Ils sont manifestement en discordance avec les bases organiques objectives.

[...]

Actuellement, le comportement de l'assuré semble essentiellement fondé par un besoin de reconnaissance et de compensation. M. Q. _____ dit qu'il veut que ses droits soient respectés. Il dit qu'il veut redevenir comme avant.

Le tableau clinique actuel correspond à ce qu'on appelait la névrose de rente, de revendication ou de compensation dans la terminologie des années 1980. Ce tableau clinique est aujourd'hui répertorié dans la CIM-10 sous l'entité de majoration de symptômes pour physiques [sic] pour des raisons psychologiques. Pour le soussigné, elle décrit mieux la présentation de l'assuré que des entités cliniques du chapitre des troubles somatoformes.

[...]

- *Exclusion d'un épisode dépressif*

En étant quelque peu critique par rapport aux plaintes émises par l'assuré, il n'y a pas les critères d'un véritable épisode dépressif. Les symptômes cardinaux (tristesse, fatigue, perte d'intérêt) n'ont finalement pas de caractère permanent, si le questionnement est repris avec soin. Il n'y a pas les critères de sévérité que seraient des idées suicidaires récurrentes, la culpabilité pathologique et des éléments psychotiques. Il n'y a pas des signes objectifs de dépression tels que le ralentissement et la diminution de l'activité psychomotrice.

Il n'est pas exclu que l'assuré ait présenté de temps à autre un abaissement thymique qui a rejoint les critères d'un épisode dépressif. Le soussigné est pourtant persuadé que le trouble n'a jamais été sévère sur la durée. On en retrouve d'ailleurs pas des traces objectives au dossier.

- *Exclusion d'un état de stress post-traumatique*

L'état de stress post traumatique est un trouble psychiatrique qui survient après un facteur de stress habituellement sévère et qui a un caractère exceptionnel. Il a une présentation clinique typique faite d'intrusions continuelles, de conduites d'évitement et d'hyperactivation neurovégétative.

Dans le cas présent, le facteur de stress ne peut certainement pas être qualifié de sévère et d'exceptionnel. Il s'agit d'un accident de peu de gravité. Le rapport de police ne relate pas de blessés. L'accident n'a rien eu de spectaculaire. Le caractère exceptionnel du facteur de stress ne saurait dès lors être admis.

Pour le reste, la recherche minutieuse d'intrusions continuelles (cauchemars, flash back) n'a pas été contributive. Il n'y a pas de conduites d'évitement en rapport avec l'accident. Il n'y a pas d'hyperactivation neurovégétative. La présentation clinique générale de M. Q. _____ n'est d'ailleurs pas celle d'un état de stress post-traumatique. Le soussigné est formel sur ce point.

- *Exclusion d'un trouble somatoforme*

Dans la mesure où l'assuré a des plaintes d'allure somatique sans base organique probante, on peut envisager ici un diagnostic de trouble somatoforme. On pourrait par exemple noter un syndrome douloureux

somatoforme persistant, sachant que les douleurs dominent tout de même le tableau clinique. On pourrait noter le trouble somatoforme indifférencié, à l'instar de l'expert Z. _____, sachant que les douleurs ne sont pas les seules plaintes somatoformes de l'assuré.

Le soussigné admet que le diagnostic différentiel entre trouble somatoforme et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est ouvert dans ce cas. Il a pourtant préféré retenir la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques pour souligner les éléments de recherche de compensation et de reconnaissance de l'intéressé, sachant qu'ils sont ici particulièrement marqués.

La détresse ordinairement requise pour un diagnostic de trouble somatoforme n'est par ailleurs pas manifeste ici. Le tableau clinique de l'assuré n'a pas des caractéristiques qui font qu'il touche véritablement l'examineur, même s'il y a une souffrance indéniable.

• *Exclusion d'un trouble de la personnalité*

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence.

L'assuré a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque-là. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit de récuser une telle pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

[...]

Sachant qu'un trouble anxieux et dépressif mixte est, par définition, en-dessous du seuil d'un trouble anxieux spécifique et d'un épisode dépressif typique, il est bien évident qu'on ne saurait le corrélérer à de quelconques limitations psychiatriques significatives et à une incapacité de travail en conséquence.

[...]

Alors qu'on admet que dans l'hystérie et les troubles somatoformes, la production de symptômes serait involontaire et inconsciente, la chose est moins bien établie dans la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les symptômes visent à obtenir une reconnaissance et une compensation. Ils relèvent d'un certain contrôle conscient, bien qu'on ne soit pas vraiment dans le champ de ce que désigne la simulation.

[...]

Pour tous ces motifs, la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne saurait être associée à une incapacité de travail significative. Rien n'indique que le cas de M. Q. _____ soit une exception à cette règle.

Pour le cas où l'on voudrait tout de même retenir un trouble somatoforme, quel qu'il soit, il faudrait prendre en compte le fait qu'il n'y aurait pas ici de comorbidité psychiatrique grave et incapacitante en soi compte tenu de ce qui a été rapporté pour le trouble anxieux et dépressif mixte.

L'assuré n'est pour le reste pas isolé. Il garde des liens dans sa communauté religieuse. Il conserve des liens avec ses enfants et ses

petits-enfants. Il garde de bonnes capacités relationnelles. Il communique tout à fait normalement. On ne saurait dès lors admettre qu'il y ait perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

On pourrait aussi admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de M. Q. _____ durent maintenant depuis des années. On pourrait aussi admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, l'expertisé bénéficiant des soins adéquats compte tenu du type de trouble qu'il présente. Pour le soussigné, la présentation clinique de l'assuré relève néanmoins bien plus d'un comportement anormal de malade que d'une maladie stricto sensu.

La présentation de l'assuré Q. _____ vaut indiscutablement pour une certaine chronicité. Le soussigné n'admet pourtant pas que l'état de l'intéressé soit fixé et cristallisé. M. Q. _____ a des ressources. Il gère sa situation actuelle. Il sait anticiper ce qui se passerait, s'il n'avait pas droit à des prestations. Il a su modérer sa relation avec l'expert tout au cours des deux consultations. Pour le soussigné, l'expertisé Q. _____ n'a pas la présentation clinique des troubles somatoformes gravissimes dont on sait que rien ne change quoi qu'il se passe. L'intéressé garde des ressources conséquentes et les a montrées en consultation.

[...]

Pour des motifs qu'il a développés plus haut et en considérant également ce qui doit l'être lors de trouble somatoforme ou de trouble apparenté et d'un point de vue strictement psychiatrique, le soussigné n'est pas légitimé à retenir ici une quelconque incapacité de travail.

Sur le plan médico-théorique, l'assuré devrait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à ce que décrit la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein.

Actuellement, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer de plus dans ce cas.

Sur le plan professionnel on ne voit pas ce qui pourrait être suggéré pour un assuré qui se vit comme totalement incapable de travailler et qui n'a aucune demande à réintégrer le monde ordinaire du travail.

Sur le plan psychiatrique, la pathologie est finalement mineure et le pronostic pour ce qui relève de troubles mentaux stricto sensu n'est pas nécessairement mauvais ».

Par arrêt du 18 janvier 2013 (AI 121/11 - 11/2013), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a rejeté le recours formé par l'assuré.

Par jugement du 17 septembre 2013 (9C_158/2013), le Tribunal fédéral a rejeté le recours formé par l'assuré considérant notamment ce qui suit:

« **3.5.** Les premiers juges pouvaient, sans arbitraire, se rallier au résultat de l'expertise du 15 juin 2009 en ce qui concerne les atteintes sur le plan somatique et leur incidence sur la capacité de travail du recourant. Dans leur appréciation, les médecins du G._____ ont noté que sur ce plan-là les constatations objectives étaient pauvres, que les facteurs d'exagération étaient manifestes, qu'il restait tout au plus des images radiologiques, notamment une discopathie dégénérative L5-S1 relativement importante, et que dans le respect des limitations fonctionnelles la capacité de travail serait complète avec un rendement de 100%. La doctoresse S._____, dont les conclusions en ce qui concerne la capacité de travail de l'assuré et l'exigibilité ne sont pas dûment motivées (supra, consid. 3.2) et dont les rapport et questionnaire du 7 mars 2008 ne remplissent donc pas les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître à un rapport médical pleine valeur probante (ATF 134 V 231 consid. 5.1 p. 232, 133 V 450 consid. 11.1.3 p. 469, 125 V 351 consid. 3a p. 352), n'a fait état dans ces documents d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise du 15 juin 2009. Sur le vu de ce qui précède, les affirmations du recourant (supra, consid. 3.3) ne permettent pas de considérer que la juridiction cantonale, en retenant une capacité de travail entière sur le plan somatique dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, a établi les faits de façon manifestement inexacte ou en violation du droit. Le recours est également mal fondé sur ce point.

3.6. Il n'est pas démontré par une argumentation répondant aux exigences de l'art. 42 al. 2, respectivement de l'art. 106 al. 2 LTF, que les premiers juges, en retenant que le recourant présentait une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique, ont établi les faits de façon manifestement inexacte ou en violation du droit. Ainsi qu'on l'a vu (supra, consid. 3.2), la juridiction cantonale a pris en compte le risque de décompensation mentionné par le docteur D._____ dans sa prise de position du 13 janvier 2012. Elle pouvait, sans arbitraire, se rallier au résultat de l'expertise du docteur N._____ du 14 novembre 2011, singulièrement à la conclusion de ce médecin selon laquelle le recourant devait être à même de surmonter les symptômes présentés et de réintégrer le monde du travail (en plein) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le recours est mal fondé ».

B. Le 10 septembre 2014, l'assuré, par son conseil, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI (ci-après également : l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente entière. Il a précisé quant au genre de l'atteinte à la santé: « syndrome de stress post-traumatique, fibromyalgie et arthralgie diffuse, cervico-dorsalgies sur discopathie protusive, gonarthrose, coxarthrose, psoriasis, HTA, syndrome d'apnée du sommeil, surdité mixte, rhinite allergique, prostatisme ». A l'appui de sa demande, l'assuré a produit plusieurs documents, à savoir :

- un rapport radiologique du 11 mars 2014 faisant suite à une IRM cervicale, dorsale et lombaire, du Dr X._____, spécialiste en radiologie, lequel a pris les conclusions suivantes :

« Ce bilan à l'étage cervical dorsal et lombaire démontre des altérations de discarthrose modérée sur le segment cervical, des séquelles de maladie de Scheuermann à l'étage dorsal et lombaire avec une discopathie dorsale en D6-D7 où le disque est en protusion postérieure médiane et paramédiane droite.

Sur le segment lombaire, il existe des protusions à plusieurs niveaux et une discopathie déjà évoluée en L5-S1.

Il n'y a par contre pas de franc conflit disco-radiculaire ou de canal rachidien étroit mis en évidence.

Pas d'image de tassement vertébral frais » ;

- une attestation médicale du 15 mars 2014 du Dr L._____, lequel a établi une liste de diagnostics et conclu que l'assuré était « en mauvaise santé en raison de pathologies sévères et chroniques, dont le pronostic est relativement mauvais et est responsable d'une invalidité très élevée sur le plan physique et psychique » ;
- un certificat médical du 15 mai 2014 du Dr A._____, spécialiste en chirurgie, lequel a mentionné que l'assuré était suivi dans son cabinet « de façon régulière pour des troubles somatiques douloureux persistants avec des épisodes dépressifs sévères et des rachialgies diffuses chroniques ainsi qu'un état de stress post-traumatique permanent avec des insomnies fréquentes en rapport avec son accident. Survenu le 04.01.2006 ». Par ailleurs, l'assuré présente une sinusite chronique, une dermatose psoriasique, un épisode de gastrite, une HTA et un prostatisme. Ce praticien a considéré que « tout ceci lui motive un état de souffrance permanente chez ce patient déjà fragile » ;
- un courrier du 28 mai 2014 de la Dresse A._____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle a établi une liste de diagnostics démontrant « qu'une reprise d'un travail est difficile à envisager, car le patient souffre toujours des douleurs corporelles qui l'obligent à marcher avec deux béquilles et reste anxieux ».
- un courrier du 2 juin 2014 au Dr L._____, du Dr J._____, spécialiste en rhumatologie et traitement interventionnel de la douleur, lequel a exposé les éléments suivants dans le cadre de son appréciation:

« Monsieur Q. _____ présente des douleurs musculo-squelettiques diffuses, d'une part rachidienne cervico-thoraco-lombaire dans le contexte de trouble dégénératif de cervico-discarthrose, séquelle de maladie de Scheuermann thoracique et discopathie dorsale D6-D7 et spondylose lombaire avec discopathie sévère lombosacrée et réaction modic des plateaux vertébraux L5-S1 et de douleurs périarticulaires des hanches et ostéoarticulaires des genoux sur gonarthrose fémoro-patellaire modérée ainsi que des douleurs ligamentaires de la cheville droite. L'ensemble de ces douleurs est aggravé par le déconditionnement musculaire et l'obésité et surtout du fait du trouble somatoforme douloureux persistant associé au syndrome de stress post-traumatique. Il faut aussi noter l'aggravation anamnestique des lésions de psoriasis cutané avec l'apparition d'une atteinte unguéale, mais sans éléments déterminant d'une arthrite psoriasique ou d'une spondyloarthropathie psoriasique.

Sur le plan thérapeutique, les options sont limitées, en effet la kinésiophobie ne permet pas d'envisager un programme de thérapie physique active de reconditionnement rachidien et de tonification des membres inférieurs. Les traitements médicamenteux antalgique et psychotrope sont d'ores et déjà appliqués en collaboration avec le Docteur D. _____, psychiatre traitant.

Sur le plan professionnel, il est bien évident que les atteintes musculo-squelettiques notamment rachidiennes entraînent des restrictions physiques et donc des limitations de la capacité de travail de surcroît il faut tenir compte des restrictions psychiques liées au syndrome de stress post-traumatique, aux troubles somatoformes douloureux persistant et à l'état dépressif récurrent. Dans ces conditions, la capacité de travail résiduelle paraît d'évidence faible [recte : faible] n'excédant pas 30% selon une évaluation globale et ce, même dans une activité légère adaptée.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : position debout statique, en porte-à-faux du dos, flexion et torsion du rachis. Limitation des marches répétées. Impossibilité d'effectuer des déplacements en hauteur et sur des échafaudages. Port de charge limité à moins de 7 kg.

Le suivi de médecine générale par tes soins est à maintenir ainsi qu'une prise en charge psychothérapeutique de soutien par le Docteur D. _____ ».

Par avis médical du 27 octobre 2014, le Dr [...] du SMR, après examen des rapports précités, a exposé ce qui suit:

«(...).

Discussion: En comparaison avec les éléments au dossier, nous constatons que:

Les nouveaux diagnostics rapportés (ronchopathie sévère, rhinite allergique, toux chronique, insuffisance rénale légère, prostatisme) ne sont pas détaillés d'un point de vue anamnestique, clinique ou paraclinique, et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail ne sont pas décrites. Selon toute vraisemblance, il ne présente pas de caractère durablement incapacitant.

D'un point de vue rhumatologique, la description anamnestique, clinique et paraclinique faite par le Dr J._____ est sensiblement similaire à la description faite dans l'expertise G._____ (15.06.09) ou par la Dresse S._____ (27.02.08). Absence d'éléments objectifs d'aggravation. De plus, nous relevons que les limitations fonctionnelles somatiques retenues par le spécialiste en rhumatologie ne rendent pas l'exercice d'une activité adaptée impossible et sont sensiblement comparables à celle[s] retenues par le SMR dans son rapport du 09.07.09.

D'un point de vue psychiatrique, l'assuré a bénéficié lors de la première instruction de deux expertises psychiatriques concordantes en termes d'appréciation de la capacité de travail, et sur lesquelles l'OAI s'est basé pour rendre sa décision de refus, décision confirmée par le TCA et le TFA. Force est de constater [que] les différents intervenants se content[ent] de reprendre les diagnostics évoqués (et non confirmés) lors de la première instruction sans les décrire ni les justifier. Ils n'amènent pas d'élément objectif permettant de rendre plausible une aggravation de l'atteinte psychiatrique.

Conclusion : Au vu de ce qui précède, une aggravation objective de l'état de santé n'est pas rendue plausible par les nouveaux éléments au dossier ».

Par projet de décision du 29 octobre 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Il a estimé qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 23 mars 2011 confirmée par arrêt du Tribunal fédéral du 17 septembre 2013 et qu'il ne s'agissait que d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Le 19 novembre 2014, l'assuré a contesté le projet de décision. Il a allégué que l'ensemble des praticiens était d'avis que sa capacité résiduelle avait subi un changement plus important que par le passé. Il a à cet effet rappelé la jurisprudence du TF (ATF 130 V 343) selon laquelle la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Il a produit un certificat médical du 29 octobre 2014 de la Dresse A._____.

Par décision du 18 février 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision de non entrée en matière.

C. Par acte de son conseil du 25 mars 2015, Q._____ recourt contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours et à l'annulation de la décision attaquée, à la mise en oeuvre d'une contre-expertise et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité. Il se plaint d'un défaut de motivation lequel constitue une violation du droit d'être entendu, en ce sens que la décision attaquée se limite sommairement et très schématiquement à préciser en quoi elle retient les conclusions du SMR. Il produit un courrier du 6 mars 2015 de la Dresse A._____ à son conseil, laquelle a relevé que c'était surtout le syndrome post-traumatique avec des douleurs chroniques suite à l'accident qui influençait la capacité de travail d'une façon importante, le reste des diagnostics s'ajoutant encore mais limitant moins sa capacité physique et mentale. Elle priait les médecins du SMR de l'examiner, se référant pour le surplus aux rapports des spécialistes.

Dans sa réponse du 26 mai 2015, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de sa décision se référant à l'avis médical du SMR du 27 octobre 2014. Il relève que dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations faisant suite à une décision de refus, il appartient à l'assuré d'apporter à l'administration les éléments médicaux probants, le moment déterminant pour produire les moyens de preuve pertinents étant le dépôt de la nouvelle demande. En cas de litige, l'examen du juge des assurances 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. Dans ce contexte, l'intimé a estimé qu'il n'y avait pas lieu d'examiner d'éventuelles nouvelles pièces produites durant la procédure de recours.

Dans sa réplique du 15 juin 2014 [recte : 2015], le recourant produit deux rapports médicaux, à savoir d'une part du 16 janvier 2013 du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a conclu que l'expertise du Dr N._____ avait été bien conduite et qu'elle était complète, mais qu'il divergeait quant aux conclusions de l'expert relatives à la capacité de travail de l'assuré, et d'autre part, du 28 mai 2015 du Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a retenu le

diagnostic d'état de stress post-traumatique avec modification durable de la personnalité non attribué à une maladie ou lésion cérébrale, précisant que le patient était durablement inapte à travailler dans une activité lucrative et que l'insertion sociale posait également des problèmes.

Le 22 juin 2015, le recourant a transmis un courrier du 8 juin 2015 à la Dresse A. _____ du Dr [...], spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, lequel a retenu des douleurs rachidiennes diffuses à insérer dans un contexte de trouble dégénératif avec discopathie sévère L5-S1, associées à des douleurs ubiquitaires mal systématisées ainsi qu'un syndrome polyinsertionnel modeste associé à des signes de non organicités manifestes faisant évoquer la présence d'un trouble somatoforme douloureux, diagnostic qui ne peut être posé que par un psychiatre en relation avec les troubles psychiques et psychiatriques sous-jacents.

Dans sa duplique du 8 juillet 2015, l'intimé confirme ses précédentes écritures.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 10 septembre 2014. Préalablement, il convient toutefois de se prononcer sur le grief d'ordre formel soulevé par le recourant à l'encontre de la teneur de la décision litigieuse.

3. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF [Tribunal fédéral] 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

a) Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; ATF 125 II 369 consid. 2c). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des

conséquences de sa décision (TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; 136 V 351 consid. 4.2 et les références citées ; TF 5A_13/2011 du 8 février 2011 consid. 3.1). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3).

b) En l'espèce, il faut concéder que la motivation de la décision du 18 février 2015, reprenant à l'identique le texte du projet de décision du 29 octobre 2014, est pour le moins succincte. L'OAI s'est en effet limité à exposer que le recourant n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 23 mars 2011 confirmée par arrêt du Tribunal fédéral du 17 septembre 2013, si bien qu'il y avait lieu de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Par courrier d'accompagnement de la décision litigieuse, l'intimé a toutefois repris les éléments décrits dans l'avis médical du SMR du 27 octobre 2014 pour constater que les différents intervenants se contentaient de reprendre les diagnostics évoqués (et non confirmés) lors de la première instruction sans les décrire ni les justifier. Ils n'apportaient par conséquent aucun élément objectif permettant de rendre plausible une aggravation de l'atteinte psychiatrique. A cela s'ajoute que le recourant a été parfaitement en mesure d'identifier les bases médicales à l'origine de la décision du 18 février 2015. En effet, à l'occasion de la procédure d'audition, par écriture du 19 novembre 2014, il a fait valoir ses griefs. Il a réitéré et complété ses arguments dans le cadre de la présente procédure de recours sans avoir rencontré quelconque doute sur les fondements de la décision en cause. Partant, il ne fait pas de doute que le recourant a été à même de contester le projet de décision du 29 octobre 2014 et la décision du 18 février 2015, en toute connaissance des bases médicales sur lesquelles reposent ces actes.

c) Le grief de la violation du droit d'être entendu – faute de motivation de la décision litigieuse – tombe en conséquence à faux.

4. Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA), l'impotence (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). 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 (al. 3).

Les conditions de l'art. 87 al. 2 et al. 3 RAI doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et les références, 109 V 262 consid. 3 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2).

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 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer

en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2 ; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 ; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 2 RAI. 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_959/2011 précité consid. 1.3, TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 RAI, il faut appliquer par analogie les principes concernant la révision, au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Dans cette hypothèse, il y a donc lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Un tel examen matériel ne s'impose cependant pas lorsque l'administration considère, comme en l'espèce, que les documents produits par l'assuré ne permettent pas de rendre plausible une modification de son état de santé et, partant, n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

5. En l'occurrence, il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision du 23 mars 2011 - confirmée par arrêt du 18 janvier 2013 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AI 121/11 - 11/2013) et par arrêt du Tribunal fédéral du 17 septembre 2013 (TF 9C_158/2013) -

niant le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 10 septembre 2014. Il faut donc se limiter, en vertu de l'art. 87 al. 2 et al. 3 RAI, à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de septembre 2014, a rendu plausible une modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit à des prestations d'invalidité. En d'autres termes, la Cour de céans se limitera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

a) Sur le plan psychique, l'assuré n'a produit, dans le cadre de sa nouvelle demande devant l'OAI, aucun rapport de son psychiatre traitant, si ce n'est deux certificats médicaux des 20 mars 2014 et 26 juin 2014 du Dr D._____ attestant d'incapacités de travail durant trois mois. Certes, dans les rapports produits, différents praticiens se sont exprimés sur l'état de santé psychique de l'intéressé. Ainsi, la Dresse A._____ (rapport du 29 octobre 2014 dont le contenu est identique à celui du 28 mai 2014) a notamment évoqué un syndrome de stress post-traumatique après un accident de la route en 2006, ainsi qu'un trouble dépressif et anxieux généralisé, le Dr L._____ (rapport du 15 mars 2014) un syndrome de choc post-traumatique et un état anxio-dépressif, le Dr???._____ (rapport du 15 mai 2014) des troubles somatiques douloureux persistants avec des épisodes dépressifs sévères et un état de stress post-traumatique, alors que le Dr J._____ (rapport du 2 juin 2014) a retenu que l'ensemble des douleurs de l'assuré était aggravé par le déconditionnement musculaire et l'obésité, mais surtout par un trouble somatoforme douloureux persistant associé au syndrome de stress post-traumatique. D'emblée, il convient de relativiser les avis précités, dans la mesure où aucun des praticiens en question ne dispose d'une spécialisation en psychiatrie. A cela s'ajoute que les Drs A._____, L._____ et???._____ se sont contentés d'affirmer que l'état de santé notamment psychique du recourant s'était péjoré, sans fournir d'indication

objective susceptible d'étayer une telle évolution, ni décrire ou justifier les diagnostics évoqués. Dans ces conditions, les assertions nullement motivées des médecins traitants concernant la santé psychique de l'assuré ne sauraient être considérées comme convaincantes. Par ailleurs, le tableau clinique sur lequel se fonde le Dr J._____ pour poser ce diagnostic (soit celui d'aggravation due au trouble somatoforme douloureux persistant associé au syndrome de stress post-traumatique) ne diffère pas fondamentalement de celui décrit par le Dr N._____ dans son rapport d'expertise du 14 novembre 2011. Or, l'expert a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans effet sur la capacité de travail, dans son expertise dont la valeur probante n'a pas été remise en cause par jugement du Tribunal fédéral (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013). Finalement, dans la mesure où à l'appui de sa nouvelle demande de prestations, le recourant n'a pas produit de rapports ou certificats médicaux de psychiatres évoquant une éventuelle aggravation de son état de santé psychiatrique (le rapport médical du Dr I._____ ayant été établi et produit postérieurement à la décision de l'OAI ; cf. consid. 5c), il convient de retenir qu'il n'existe aucun motif justifiant de se distancer en l'occurrence de l'avis du Dr N._____ datant de 2011, lequel conserve toute son actualité et partant sa valeur probante dans le cadre de la présente affaire.

b) Sur le plan somatique, on constate d'emblée qu'il ne ressort pas des documents médicaux produits par l'assuré à l'appui de sa nouvelle demande que l'IRM cervicale, dorsale et lombaire aurait permis d'objectiver une nouvelle atteinte ou une péjoration des atteintes somatiques existantes, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par le Dr J._____, lesquelles sont sensiblement comparables à celles retenues par le SMR dans son rapport du 9 juillet 2009. En tout état de cause, il convient de se référer à l'appréciation du SMR (avis médical du 27 octobre 2014), lequel a considéré que la description anamnestique, clinique et paraclinique faite par le Dr J._____ sur le plan rhumatologique était sensiblement similaire à la description faite dans l'expertise G._____ (rapport du 15 juin 2009) ou par la Dresse S._____ (rapport

du 27 février 2008) et qu'elle ne remettait pas en cause l'exercice d'une activité adaptée à 100%. En définitive, seuls le port de charges, supérieur à 7 kg et l'impossibilité d'effectuer des déplacements en hauteur et/ou des échafaudages, sont également exclus. Cela ne change donc toutefois rien aux facultés du recourant à exercer une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire. Dès lors l'appréciation du Dr J._____ relative à une capacité de travail résiduelle de 30% dans une activité légère n'emporte pas la conviction, dès lors qu'il n'a apporté aucun indice concret dans le sens d'une évolution significative de l'état de santé du recourant susceptible de se répercuter sur le droit aux prestations de l'Al. Il a ainsi simplement procédé à une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée, ce qui ne suffit pas pour que les conditions d'une entrée en matière selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI soient réunies (cf. TF 8C_732/2009 du 18 août 2010 consid. 5.3 et TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009 consid. 3.2.2). Ainsi, le rapport du Dr J._____ (rapport du 2 juin 2014) n'est d'aucun secours au recourant dans le cadre de la présente affaire.

Enfin, en ce qui concerne les autres diagnostics énumérés par les différents praticiens, à savoir notamment le psoriasis cutané et unguéal, l'hypertension artérielle, l'obésité, l'hypercholestérolémie, le syndrome d'apnée du sommeil, la rhinite allergique, la surdité mixte, la toux chronique, la probable rhino-sinusite, la sclérose osseuse, ainsi que le prostatisme, il ne ressort pas du rapport du Dr J._____ - ou d'une autre pièce produite par l'assuré - que ces atteintes entraînent une incapacité de travail ; à supposer que cela soit le cas, rien n'indique dans les pièces produites par l'assuré qu'une telle incapacité de travail aurait duré une année au moins et qu'elle pourrait par conséquent fonder un éventuel droit aux prestations au moment du refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

c) Les différents rapports produits par le recourant pendant la procédure de recours (soit des 6 mars 2015 de la Dresse A._____, 16 janvier 2013 du Dr T._____, 28 mai 2015 du Dr I._____ et 8 juin 2015 du Dr [...]) sont irrecevables. En effet, dans la présente procédure, le

tribunal des assurances ne se prononce que sur le point de savoir si l'OAI devait entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré compte tenu des pièces médicales dont il disposait en procédure administrative. Or, ces rapports - mis à part celui du Dr T._____ - ont été établis postérieurement à la décision de l'OAI de sorte que la Cour de Céans n'a pas à les prendre en considération (cf. ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). On se bornera toutefois à relever que dans son rapport du 16 janvier 2013, le Dr T._____ s'est rallié aux diagnostics posés par le Dr N._____ dans son rapport d'expertise judiciaire du 14 novembre 2011 tout en critiquant l'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail de l'assuré. Ce faisant, il s'est ainsi limité à substituer sa propre appréciation à celle du Dr N._____, sans pour autant étayer les raisons pour lesquelles il s'en écartait.

d) Quant à la requête du recourant demandant à être examiné par les médecins du SMR pour juger de son état actuel et à celle tendant à la mise en oeuvre d'une « contre-expertise », elles sont également irrecevables. En effet, dès lors que le recourant n'a pas rendu plausible devant l'OAI une péjoration de son invalidité, il n'y a pas lieu de reprendre l'instruction de la cause.

e) Faute pour le recourant d'avoir apporté les éléments médicaux pertinents permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était modifié, c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré.

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

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 (art. 69 al. 1bis LAI) ; 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 francs (art. 4 al. 2 TFJDA

[Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'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. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressé n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 18 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de Q._____.

- 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 :

- M. Othman Bouslimi (pour Q. _____), à Berne,
- 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 :