

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 novembre 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par Procap, à Bienne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst. ; 17 et 42 LPGA ; 87 al. 2 et 3 RAI.

E n f a i t :

A. a) Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire d' [...], a travaillé comme maçon pour des entreprises de construction en Suisse depuis 1981. Il a en particulier œuvré de 1981 à 1996 pour le compte de V._____.

Il a obtenu des prestations de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) à la suite d'un accident de la circulation survenu le 29 octobre 2006. La CNA a mis fin à ses prestations à partir du 30 septembre 2007. L'assuré a contesté en vain cette décision (voir l'arrêt du 12 février 2009 de la Cour de céans, AA 18/08 - 4/2009, et l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_289/2009 du 17 juin 2009 déclarant irrecevable un recours formé contre l'arrêt cantonal).

Dans le cadre de cette procédure, la CNA a demandé à la T._____, à [...], d'évaluer l'état de santé de l'assuré. Une évaluation psychiatrique a été effectuée par la psychiatre P._____, qui a conclu en ces termes son rapport du 16 janvier 2007 :

« En conclusion, l'examen psychiatrique de ce jour met en évidence un état dépressif indéniable à tonalité d'hostilité méfiante, apparu dans les suites de l'accident d'octobre 2006 et s'inscrivant dans un contexte certainement plurifactoriel que sa réticence empêche de préciser plus avant dans le cadre de cette évaluation mais pour lequel il est suivi régulièrement depuis près d'un mois à I._____ à [...]. »

Selon le rapport final d'évaluation médicale de la T._____ du 20 janvier 2007, l'assuré présentait sur le plan psychiatrique un diagnostic de trouble dépressif majeur (F32.2), avec les explications suivantes en conclusion :

« Un tel comportement, en l'absence d'une atteinte organique propre à l'expliquer, suggère que des facteurs psycho-sociaux interviennent dans les limitations affichées. Au cours de l'évaluation psychiatrique, M. Y._____ frappe par son allure fantomatique, vêtu de noir de la tête au pied, gardant casquette, écharpe et manteau pendant toute la durée de l'entretien. Il regarde rarement son

interlocuteur, se figeant dans une posture qu'il ne modifie pas. Il s'exprime de façon très succincte dans un français limité ; il s'avère peu expressif, laconique, frappe par la tonalité dépressive du contact et de la relation qu'il établit mais aussi par l'irritabilité qu'il peut manifester à certains moments. Finalement, l'examen psychiatrique met en évidence un état dépressif à tonalité d'hostilité méfiante, apparu dans les suites de l'accident d'octobre 2006 et s'inscrivant dans un contexte certainement plurifactoriel que sa réticence empêche de préciser. Depuis peu, cet état dépressif fait l'objet d'un suivi à I. _____ à [...].

Dans ce contexte, le pronostic est sombre : M. Y. _____ semble s'installer de façon obstinée dans un état de malade, impression que renforcent l'aspect dépressif et une certaine distance, voire d'opposition à toute forme de soins. On soulignera également la mauvaise appréciation que fait M. Y. _____ de ses propres aptitudes, les incohérences de l'ECF [évaluation des capacités fonctionnelles] et le fait que la douleur est cotée à un haut degré d'intensité.

Du point de vue thérapeutique, l'introduction d'un traitement antidépresseur à visée antalgique et pour le traitement des céphalées tensionnelles paraît légitime. Le Remeron pourrait constituer une alternative aux tricycliques classiques compte tenu de la fatigue et de l'instabilité à la marche. La physiothérapie devrait être axée d'une part sur une mobilisation active et passive de la nuque, d'autre part sur des exercices proprioceptifs visant à diminuer la dépendance visuelle et à améliorer le contrôle postural. Ce traitement peut parfaitement être appliqué de façon ambulatoire sous l'égide du médecin traitant.

En conclusion, le tableau douloureux que présente ce sujet 3 mois après un traumatisme cervical indirect paraît influencé par des facteurs psychiques, essentiellement un état dépressif. Le bilan actuel permet d'exclure une lésion structurelle grave ; en contrepartie, ce bilan ne débouche pas sur une solution thérapeutique simple. On peut en effet redouter que M. Y. _____ ne s'engouffre dans un processus d'invalidation quelle que soit la qualité de la prise en soins. »

b) Le 12 novembre 2007, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans son rapport à l'OAI du 24 décembre 2007, le Dr D. _____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a noté la persistance d'un état dépressif majeur.

L'OAI a également demandé un rapport à la Dresse L. _____, psychiatre, engagée par l'association I. _____ à [...], psychiatre traitante de l'assuré depuis le mois de février 2007. Le 20 mai 2008, cette

spécialiste a indiqué qu'elle retenait le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Elle a relevé que l'assuré souffrait de douleurs somatiques multiples et intenses, de fatigue, avec un sentiment de désespoir et d'irritabilité, de perte d'estime de soi, de perte de confiance en lui-même, de tristesse permanente, de troubles du sommeil, de troubles de la mémoire et de la concentration, de découragement et de perte d'appétit.

L'assuré s'est soumis à un examen clinique psychiatrique le 29 août 2008 au Service médical régional (ci-après : SMR) de l'Al. Selon le rapport du 11 septembre 2008 établi par la Dresse O._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et également signé par la Dresse B._____, spécialiste en médecine interne générale, les diagnostics suivants étaient retenus sans répercussion sur la capacité de travail : trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21), majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il était pour le surplus exposé ce qui suit en conclusion du rapport :

« Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, qui selon la CIM-10 [Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement] est un état dépressif léger survenu à la suite d'une exposition prolongée à une situation stressante et ne persistant pas au-delà de 2 ans.

Nous n'avons pas retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen qui repose sur la présence d'au moins 2 des 3 symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associés à au moins 3 et de préférence 4 autres symptômes dépressifs qui n'ont pas été objectivés, car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis. Quoi qu'il en soit, l'épisode dépressif moyen est en rémission complète et le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée n'a pas valeur incapacitante.

Nous avons retenu également le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, caractérisé par la présence des symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou

entretenus par l'état psychique du patient, qui réagit par un sentiment de détresse à la douleur ou au handicap provoqué par son affection physique et redoute une persistance ou une aggravation de son handicap ou de sa douleur. Selon la CIM-10, dans certains cas, il existe une motivation claire comme la recherche d'une compensation financière à la suite d'accident ou de blessures et le syndrome ne disparaît pas toujours rapidement, même lorsque la revendication est entièrement satisfaite.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assuré ne souffre d'aucune pathologie chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité. »

Le 10 novembre 2008, la Dresse L. _____ et la psychologue C. _____, de l'association I. _____, ont établi un rapport à teneur duquel elles ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Selon ce rapport, c'était depuis l'accident de 2006 que les douleurs étaient devenues persistantes et insupportables, avec la perte de tout espoir de reprendre le travail et la dégradation progressive de l'état de santé psychologique.

Le SMR a fourni le 19 février 2009 un avis médical, dans lequel il a exposé que le rapport précité du 10 novembre 2008 ne retenait ni fait nouveau ni aggravation, les Dresses L. _____, d'I. _____, et O. _____, du SMR, faisant une appréciation différente d'une situation similaire. Sur le plan somatique, un nouvel examen clinique rhumatologique était préconisé. Cet examen a été effectué au SMR le 4 mai 2009. A l'issue de cet examen, une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée a été retenue.

Le 4 juin 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, estimant le degré d'invalidité à 12 % compte tenu de la possibilité d'exercer une activité professionnelle adaptée aux atteintes à la santé (activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services, sans port de charges). On pouvait notamment y lire ce qui suit :

« Le contenu du rapport du 10 novembre 2008 d'I. _____ est similaire à celui établi en mai 2008. Il n'y a donc ni fait nouveau, ni aggravation par rapport à l'examen clinique psychiatrique au SMR le 29 août 2008. D'autre part l'appréciation psychiatrique du médecin

traitant ne saurait prévaloir sur celle de l'expert qui s'appuie sur une étude fouillée du dossier et un examen détaillé. »

L'assuré a présenté des objections et produit un nouveau rapport, établi le 3 juillet 2009 par la psychologue C._____, d'I._____ (et visé par la Dresse L._____). Selon ce rapport, il y avait une « péjoration importante des symptômes », justifiant désormais le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Une dégradation de l'état de santé psychique de l'assuré était mentionnée, et il était fait état de « son influence inquiétante sur les membres de la famille, plus particulièrement les enfants ».

Un nouvel examen psychiatrique a été mis en œuvre auprès du SMR le 18 septembre 2009. Dans son rapport du 22 septembre 2009, la Dresse O._____ a relevé ce qui suit :

« Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de trouble obsessionnel compulsif, d'état de stress post-traumatique, de modification durable de la personnalité, de perturbation de l'environnement psychosocial, qui est inchangé, ni des limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Dans un contexte de conflit asséculo-logique, et des difficultés psychosociales, il est possible que l'assuré ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle d'intensité sévère qui actuellement, est en rémission. Bien que l'assuré déclare que son état est toujours le même, en tout cas depuis 2007, l'aggravation décrite par le psychiatre traitant en juillet 2009 et présente probablement depuis février-mars 2009, est actuellement en rémission.

Sur la base de notre observation clinique, le status psychiatrique actuel est superposable à celui du 29.08.2008 et nous retenons les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, pathologie psychiatrique sans caractère incapacitant.

Le manque de collaboration, l'irritabilité et une agressivité à fleur de peau, de cet assuré, qui a un sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes, sont réactionnels au conflit asséculo-logique et ne représentent pas une aggravation sur le plan purement psychiatrique. Par ailleurs, notre assuré a assez de ressources d'adaptation aux changements pour reprendre une activité professionnelle adaptée à ses problèmes somatiques.

Globalement, l'état de l'assuré est superposable à celui d'août 2008, et la capacité de travail exigible est de 100 %.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques : il n'y a pas de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante. Les problèmes

de santé de l'épouse, les difficultés financières, le manque total de motivation de notre assuré ne font pas partie du domaine médical. »

Le 25 janvier 2010, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de rente d'invalidité. L'évaluation du degré d'invalidité correspondait à celle du préavis du 4 juin 2009. A propos de l'état de santé psychique, la décision se référait au dernier examen clinique au SMR (du 18 septembre 2009) et retenait que l'état de santé était globalement superposable à celui constaté en août 2008 et ne justifiait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Dans une lettre d'accompagnement envoyée avec la décision, l'OAI a précisé, en se référant au dernier examen clinique du SMR, ce qui suit :

« S'il est possible que notre assuré ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle d'intensité sévère dans un contexte de conflit asséurologique et de difficultés psychosociales, celle-ci est actuellement en rémission. Les différents éléments signalés par la Dresse L._____ dans son dernier rapport ne sont pas retrouvés par le médecin examinateur. L'état de santé est dès lors globalement superposable à celui constaté en août 2008. »

c) Le 23 février 2010, Y._____ a recouru au Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI du 25 janvier 2010. Dans ce cadre, il a notamment produit un rapport du 26 mars 2010, signé par la Dresse L._____ et la psychologue C._____, qui exposaient notamment ce qui suit :

« Actuellement, les symptômes d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère sont toujours présents et, depuis le 22 mars 2010, nous avons dû hospitaliser M. Y._____. Notre patient a une thymie dépressive, il se sent épuisé et sans énergie, il a une baisse d'estime de soi et une absence de confiance en lui-même, son attitude est morose par rapport à l'avenir et il se sent impuissant face aux problèmes mineurs qu'il rencontre au quotidien. Il ne présente aucun plaisir à faire des choses simples de la vie. Il pense souvent à la mort et ne trouve aucun sens à sa vie. Il se sent coupable et responsable des problèmes de ses enfants et souffre de ne plus pouvoir entretenir sa famille. L'aggravation de la santé psychique de notre patient, dont nous en avons parlé dans le rapport du 3 juillet 2009, est toujours d'actualité, son incapacité de travail est à 100 % et le pronostic reste réservé. »

Selon ce rapport, un manque de collaboration était en outre relevé, lequel était préjudiciable à l'évaluation des troubles de mémoire mais pas à celle du ralentissement psychomoteur.

Par arrêt du 11 février 2011 (cause AI 70/2010 - 85/2011), la Cour de céans a admis le recours de l'assuré, annulé la décision du 25 janvier 2010, et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction, en relevant en substance ce qui suit :

« L'Office AI s'est référé, finalement, à l'évaluation de la Dresse O._____, présentée après un second examen clinique du recourant en septembre 2009. Les avis du psychiatre du SMR peuvent avoir valeur d'expertise, quand bien même il ne s'agit pas d'un médecin indépendant de l'institution d'assurance (cf. ATF 135 V 465 c. 4.4). Cela étant, comme l'avis de cette spécialiste ne correspond pas, sur des points décisifs, à celui du psychiatre traitant - la Dresse L._____, responsable d'un traitement mis en place avec une psychologue au début de l'année 2007 -, il ne peut pas être suivi sans autre. Il en va en particulier ainsi à propos du caractère réactionnel de la symptomatologie dépressive, ou encore à propos de l'importance de la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il y a lieu en outre de relever que l'aggravation de l'état de santé psychique depuis 2008 a été encore confirmée par le psychiatre traitant après le dépôt du recours, au point qu'une hospitalisation a été organisée. Il est vrai que l'hospitalisation est juridiquement, une circonstance de fait nouvelle ; néanmoins, il s'agit d'un élément qui permet de considérer que le constat d'une aggravation pouvait déjà, un peu auparavant, reposer sur des éléments objectifs. Dès lors, il paraît difficile d'affirmer sans autre que l'aggravation était en rémission à la date de la décision attaquée - un mois avant l'hospitalisation -, comme le retient le rapport du SMR en septembre 2009.

Il faut encore relever que le médecin psychiatre qui avait fonctionné comme expert pour l'assurance-accidents avait d'emblée retenu un état dépressif d'une certaine gravité. L'appréciation de la psychiatre de la T._____, en 2007, différait ainsi de celle de la psychiatre du SMR, en 2008 et en 2009.

Ces différences ou divergences ne permettent pas d'accorder en l'état un caractère probant au dernier avis du SMR, sur lequel s'est fondé l'Office AI, car il subsiste des doutes. Quand bien même ces doutes ne sont pas graves, la jurisprudence impose en pareil cas la mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGa [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1], à savoir une expertise réalisée par un médecin qui ne dépend pas de l'assurance ou de son service médical (cf. ATF 135 V 165). »

d) A la suite de cet arrêt de renvoi, une expertise au sens de l'art. 44 LPGa a été confiée au Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a examiné l'assuré le 26 septembre 2011 en

présence d'une traductrice, et a effectué un dosage plasmatique des médicaments. Dans son rapport du 4 novembre 2011 à l'OAI, il n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, retenant sans effet sur la capacité de travail ceux de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité fruste) (F60.8). Le status clinique a été décrit comme suit :

« L'entretien se déroule en présence d'une interprète mais malgré cela, l'entretien se révèle quelque peu laborieux en raison de l'attitude de l'assuré qui est tendu, mal à l'aise et ne répond pas aux questions posées par l'expert. Irritable, ses réponses brèves ne sont pas toujours concordantes avec le récit présent dans les différents rapports médicaux figurant dans le dossier OAI-VD. La collaboration est donc plutôt mauvaise.

Il s'agit d'un assuré faisant plus âgé que son âge, il marche avec l'aide d'une canne, barbe de quelques jours, les yeux clairs. Il est venu accompagné de son fils qui a conduit la voiture.

L'assuré est mal orienté dans l'espace, mais bien orienté dans le temps et concernant la situation.

L'attention, la compréhension, la concentration, la mémoire d'anciens souvenirs et celle des faits nouveaux sont perturbées. Mais l'expert a la conviction qu'il s'agit plutôt de l'attitude oppositionnelle de l'assuré que de troubles d'une quelconque pathologie. Bien que je n'aie pas fait de tests pour mesurer le coefficient intellectuel, l'assuré ne présente pas de problèmes à ce niveau-là.

En dépit de l'attitude oppositionnelle et la mauvaise collaboration de l'assuré, je n'ai pas pu retenir de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un trouble psychotique.

L'assuré dit qu'il est méfiant et se sent persécuté par les gens. Il m'a été difficile d'objectiver les dires de l'assuré.

Par rapport au registre dépressif et puisque l'assuré ne répond pas aux questions d'une manière claire, je n'ai pas pu savoir s'il a des idées noires ou des envies suicidaires, ou s'il a été hospitalisé en milieu psychiatrique. Son attitude est plutôt celle d'une personne régressée que déprimée. Il a le faciès légèrement triste et l'humeur n'est pas aussi dépressive que celle qui a été décrite par le psychiatre de l'assuré.

Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuite dans les idées. L'assuré est assez démonstratif concernant les douleurs et la collaboration est franchement mauvaise.

Impossible d'évaluer les éventuels troubles anxieux étant donné l'attitude de l'assuré.

Pas de signes de stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ni de cauchemars.

Concernant les conduites alimentaires, pas d'anorexie, pas de boulimie.

Concernant les conduites d'addiction, l'assuré ne fume pas. Il ne consomme pas d'alcool, et au cours de l'entretien, je n'ai pas décelé de signes ou des symptômes d'une dépendance à l'alcool aiguë ou chronique. Il ne consomme pas de dérivés du cannabis, d'héroïne ou cocaïne, ni de substances excitantes style amphétamines ou ecstasy.

Concernant les activités journalières, l'assuré dit dormir peu la nuit, il dort donc plutôt le matin. Parfois, il se promène avec un de ses enfants. Il dit ne pas supporter d'être avec les autres personnes, il dit avoir honte de son état. Il dit avoir mal aux yeux et ne pas pouvoir regarder la télévision. Je n'ai pas réussi à savoir la dernière fois qu'il est parti en vacances et dans quel endroit. »

Le Dr W. _____ a ensuite fait l'appréciation suivante du cas :

« Selon le médecin psychiatre de l'assuré, celui-ci a souffert de plusieurs injustices dans sa vie, notamment en Suisse, ce qui a fait qu'il est devenu méfiant.

Rappelons que l'assuré a travaillé dans le domaine du bâtiment jusqu'à son accident de voiture survenu en 2006, accident certes banal mais qui a déclenché une série de douleurs qui ne se sont pas amendées avec les différents traitements entrepris, avec une méfiance chez l'assuré devenue importante au fur et à mesure de ses devoirs avec les assurances, tout d'abord avec la SUVA [CNA] et actuellement avec l'OAI. Rappelons que l'assuré a fait des recours contre les décisions de la SUVA (il est allé jusqu'au Tribunal fédéral qui l'a débouté) et de l'OAI-VD. Il se montre donc assez revendicatif et combatif dans son combat pour obtenir satisfaction de la part des assurances, ce qui est surprenant pour quelqu'un décrit comme souffrant d'un état dépressif important.

Il est également surprenant que l'assuré ne parle pas le français malgré les nombreuses années en Suisse. Il semble très mal intégré en Suisse.

La mauvaise collaboration de l'assuré a déjà été décrite par les différents médecins s'étant occupés de l'assuré, celui-ci ne comprend pas pourquoi il doit passer autant d'exams médicaux alors qu'il se considère comme un grand handicapé, surtout du point de vue physique.

Il faut également tenir compte des facteurs culturels qui ont échappé quelque peu aux différents médecins s'étant occupés de l'assuré. En effet, mal intégré en Suisse, l'assuré est arrivé pour travailler, il envoyait de l'argent à sa famille au [...], a construit une maison là-bas (qui a été détruite pendant la guerre). De plus, il semblerait que ses enfants rencontrent quelques difficultés dans leur vie et bénéficient de l'aide sociale. Du fait que l'assuré ne travaille pas et que sa maladie n'a pas été reconnue ni par la SUVA ni par l'AI, il se sent blessé dans son narcissisme et quelque peu humilié par sa famille, notamment par ses enfants qui ne reconnaissent plus son autorité parentale.

Le statut objectivable lors de l'entretien d'expertise effectué avec l'aide d'une interprète est superposable à celui déjà évoqué lors de l'examen psychiatrique effectué au SMR. Je n'ai pas pu objectiver des signes d'un état dépressif sévère (comme ceux décrits par le psychiatre de l'assuré) mais plutôt d'un état régressif provoqué par la situation de passivité forcée du fait de l'inactivité de l'assuré depuis son accident de voiture de 2006.

Du point de vue psychiatrique, il n'y a donc pas vraiment de pathologie psychique ou de trouble de la personnalité décompensée qui pourrait justifier l'incapacité de travail de l'assuré.

L'évolution des douleurs de l'assuré ainsi que son comportement nous font parler d'une évolution vers un trouble somatoforme chez

un assuré présentant comme seule source de satisfaction narcissique les efforts produits par son corps. Rappelons que selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigations médicales, persistantes en dépit de bilans négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin.

Concernant les critères de gravité de Mayer Blaser, nous constatons qu'il n'y a pas véritablement de comorbidité psychique, l'état de l'assuré est plus régressif que dépressif, comme c'est le cas chez les sujets utilisant leur corps comme seule source de satisfaction narcissique. Il n'y a pas de cristallisation psychique, l'assuré se montre combatif pour obtenir satisfaction de la part des assurances sociales. Puisque les douleurs sont présentes au moins depuis l'accident de voiture survenu en 2006, on peut considérer que l'affection est chronique. Il n'y a pas d'isolement social. Quant au traitement, l'assuré est suivi par un psychiatre. Quant aux médicaments, l'antidépresseur est sous-dosé ou bien l'assuré ne le prend pas aux doses prescrites.

Le pronostic est réservé étant donné la présence d'un trouble somatoforme. »

L'expert a encore relevé que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables, dans la mesure où l'assuré était ancré dans une logique de maladie et n'attendait qu'une reconnaissance de la part de l'OAI par le biais d'une rente.

La Dresse M. _____ du SMR a relevé ce qui suit dans son avis du 29 novembre 2011 :

« Conformément à l'avis médical SMR du 26.04.2011, une expertise psychiatrique a été réalisée en septembre 2011 auprès du Dr W. _____, psychiatre FMH (voir expertise psychiatrique du 04.11.2011).

Il ressort de cette expertise que le status clinique objectivable est superposable à celui décrit lors des examens psychiatriques réalisés au SMR en 2008 et 2009. Du point de vue psychiatrique, l'expert-psychiatre n'a pas mis en évidence de pathologie psychiatrique ou de trouble de la personnalité décompensé qui pourraient justifier une incapacité de travail. Le Dr W. _____ relève que, à la suite d'un accident de la circulation survenu en 2006, l'assuré a développé des

douleurs qui sont devenues chroniques, évoluant vers un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) avec un état régressif, accentué par une mauvaise intégration en Suisse. Ces troubles ne justifient toutefois pas une incapacité de travail. S'agissant d'un syndrome douloureux somatoforme, le Dr W. _____ a examiné les critères de gravité de la jurisprudence : hormis que l'on peut considérer que l'affection est chronique, puisque les douleurs sont présentes depuis l'accident de 2006, les autres critères de gravité ne sont pas présents. En effet, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique grave ; il n'y a pas de cristallisation de l'état psychique, l'assuré se montrant combatif pour obtenir satisfaction de la part des assurances sociales ; une perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est pas mise en évidence. Quant aux traitements, l'assuré est suivi par un psychiatre, mais le dosage plasmatique des médicaments prescrits révèle des valeurs inférieures aux normes, laissant penser soit qu'ils sont sous-dosés, soit que l'assuré ne les prend pas aux doses prescrites. A noter que l'expert constate une mauvaise collaboration de la part de l'assuré durant l'expertise, comportement qui a déjà été décrit à plusieurs reprises par les différents médecins qui ont examiné l'assuré.

Par conséquent, en l'absence de pathologie psychiatrique et de limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique, l'expert conclut à une pleine CT [capacité de travail] exigible dans toute activité du point de vue psychiatrique.

En conclusion, cet assuré présente un certain nombre de limitations fonctionnelles ostéo-articulaires en lien avec des troubles statiques et dégénératifs du rachis et des genoux qui justifient une IT [incapacité de travail] totale dans l'activité habituelle de maçon depuis octobre 2006. Dans une activité adaptée à ces limitations, la CT exigible de l'assuré est entière depuis le 29.04.2007 (voir examen rhumatologique SMR du 04.05.2009). Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'atteinte à la santé psychique à caractère incapacitant. »

Le 18 janvier 2012, le Dr S. _____, médecin praticien, a indiqué que son patient présentait bel et bien un état dépressif sévère, estimant que son état psychique n'avait aucun rapport avec son niveau culturel ni son problème d'intégration, mais qu'il s'agissait uniquement de troubles dépressifs récurrents sévères causés par divers traumatismes physiques, ainsi que par la non-reconnaissance de ses souffrances et par sa situation psycho-sociale précaire. Le Dr S. _____ a retenu une incapacité totale de travail, dans toute activité, « vu la péjoration des symptomatologies reconnues par plusieurs intervenants, depuis de longues dates ».

Par projet de décision du 19 juin 2012, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente.

L'assuré a formulé des objections à ce projet de décision. Dans ce contexte, il a produit un rapport du 9 juillet 2012 du Dr S._____, lequel a repris les éléments mis en avant dans son rapport du 18 janvier 2012.

Selon une communication du 31 août 2012 du service de lutte contre la fraude à l'assurance (LFA) de l'OAI, on pouvait lire ce qui suit :

« Il ressort du rapport d'expertise du 4 novembre 2011 et donc du projet de décision du 19 juin 2012, que l'assuré ne présente aucune atteinte à la santé invalidante au plan psychiatrique. La demande de rente est donc rejetée et une orientation professionnelle lui a été octroyée.

Selon une dénonciation récente, M. Y._____ tenterait de tromper les docteurs en simulant des difficultés à la marche, à l'aide d'une canne, dans le but d'obtenir une rente. Il conduirait sa voiture et aurait une activité de taxi illégale.

Au vu de ce qui précède, ces informations tendent à confirmer nos soupçons, ainsi que le bien fondé du refus de la prestation. »

Par avis du 11 septembre 2012, la Dresse M._____ du SMR a estimé que ni les observations de l'assuré, ni les nouveaux rapports médicaux produits n'apportaient d'éléments nouveaux et objectifs susceptibles de modifier les conclusions de l'avis du SMR du 29 novembre 2011.

Par décision du 12 novembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de rente, en retenant ce qui suit :

« Pour rappel, nous avons nié tout droit à une rente d'invalidité par décision du 25 janvier 2010 estimant que l'exercice de l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible suite à l'accident du 29 octobre 2006 pour raisons somatiques. Par contre, une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles était envisageable à plein temps dès le 29 avril 2007. La comparaison des revenus donnait un degré d'invalidité de 12 %.

Par arrêt du 11 février 2011, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'administration pour mettre en place une nouvelle expertise psychiatrique indépendante et rendre une nouvelle décision.

Dans son rapport d'expertise du 4 novembre 2011, le Dr W._____ vient confirmer l'absence d'atteinte à la santé invalidante au plan psychiatrique. Ses conclusions rejoignent celles des deux examens psychiatriques effectués par le Service Médical Régional AI (SMR).

En outre, le certificat médical du médecin traitant du 18 janvier 2012 n'amène aucun élément objectif nouveau de nature à remettre en cause l'avis de l'expert psychiatre.

En ce qui concerne l'aspect économique, nous vous renvoyons aux arguments développés dans notre décision du 25 janvier 2010.

Nous nous référons en outre expressément à notre lettre explicative de ce jour. »

Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

Le 2 juillet 2013, le Dr Q. _____, médecin au R. _____ du VV. _____ a sollicité l'envoi du dossier de l'assuré pour une expertise civile. L'OAI a donné suite à cette demande le 8 juillet 2013.

B. Le 7 janvier 2014, l'assuré, toujours représenté par Procap, a invité l'OAI à réexaminer le droit aux prestations, en se prévalant des pièces suivantes :

- un rapport du 26 novembre 2013 des Drs H. _____, psychiatre, F. _____, médecin, et Q. _____ du R. _____, mis en œuvre à la requête de la Justice de paix dans le cadre d'une enquête en institution de curatelle, au terme duquel ces médecins ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) et de trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0). Ces médecins ont relevé ce qui suit :

« Au terme de notre investigation, nous pouvons retenir chez l'expertisé un diagnostic de trouble de la personnalité de type paranoïaque, ainsi que d'un antécédent d'épisode dépressif d'intensité variable, de moyen à sévère, actuellement en rémission. Le trouble de la personnalité se fonde sur le fait que l'expertisé est affecté de manière durable d'un trouble de la pensée, des affections et du comportement, que son fonctionnement en est affecté avec une rigidification de celui-ci dans différentes situations personnelles et sociales. M. Y. _____ en ressent une souffrance clinique. Le trouble de la personnalité de type paranoïaque s'exprime par une méfiance envahissante envers les autres et par une interprétation de leurs intentions de manière malveillante pour lui. Selon le DSM-IV, il faut présenter au moins 4 des 7 manifestations qu'englobe ce trouble pour qu'on puisse poser ce diagnostic. M. Y. _____ présente 5 des 7 manifestations possibles. Nous observons effectivement qu'il s'attend à être trompé d'une part par Mme G. _____ du CSR [Centre social régional] et par sa fille d'autre part, qu'il est réticent à se confier, comme le font remarquer les différents médecins qui ont eu à faire à lui. Nos interactions avec l'expertisé étaient aussi

empreintes de cette méfiance et d'une réticence à se livrer, surtout autour de détails concernant la dette qu'il craint qu'on utilise contre lui. Il se montre colérique et garde rancune lorsqu'il a l'impression d'être blessé ou insulté, comme le montre la perte de certains de ses amis dans le contexte des emprunts réalisés, le conflit avec sa fille qui évolue de manière chronique, ainsi que des accusations envers Mme G._____. L'expertisé nous a également répété à plusieurs reprises qu'il a des doutes sur la fidélité de son épouse et de sa filiation. Il le dit avec humour ; mais nous supposons que l'inquiétude masquée derrière l'humour est bien réelle.

A noter que M. Y._____ souffre d'une distorsion de la réalité qu'il voit comme menaçante, sans qu'il perde la notion de réalité. Il ne présente en ce sens pas de symptomatologie psychotique de rupture de contact avec la réalité.

Comme autre diagnostic psychiatrique à mentionner, nous pouvons relever l'antécédent d'un épisode dépressif récurrent, qui pourrait expliquer en partie l'impression divergente laissée par l'expertisé aux divers médecins s'occupant de lui. En effet, souffrant d'une maladie récurrente, celle-ci s'exprime avec une fluctuation de l'expression et de l'importance de la maladie et des dysfonctionnements de l'expertisé. Son médecin traitant et sa psychiatre, la Dresse L._____, avaient l'impression de quelqu'un souffrant d'une importante fragilité. Celle-ci serait à la base d'une incapacité à travailler et aurait nécessité une rente AI et un soutien psychologique. Pour le Dr W._____ par contre, l'expertisé a laissé l'impression d'un homme souffrant d'un trouble somatoforme qui n'influencerait pas sa capacité de travail. Actuellement, nous ne pouvons pas objectiver de symptomatologie dépressive.

Sa pensée est interprétative, à la limite du délire de persécution. Il se sent menacé et voit les actes d'autrui comme malveillants à son égard (exemple de la facture Billag non payée et l'impression que Billag veut lui voler son argent).

Nous constatons que ni le Dr W._____ ni les médecins traitants de l'expertisé n'ont relevé de trouble de la personnalité de type paranoïaque. Selon notre compréhension, c'est l'actuelle absence de symptômes dépressifs qui nous a permis de poser ce diagnostic. Ces symptômes étant présents et au premier plan en 2010, il n'était pas possible de poser un diagnostic de trouble de la personnalité à cette époque.

Nous avons écarté la possibilité d'un retard mental en nous basant sur divers éléments. L'expertisé est capable de travailler durant 30 ans dans différentes parties linguistiques de Suisse. Il a une bonne compréhension de nos questions en français et est capable de répondre avec humour à celles-ci. Ces éléments nous permettent de conclure à une bonne compréhension du langage et de la langue française. Il maîtrise également 5 langues différentes et nous constatons de bonnes facilités scolaires. Tout ceci permet d'exclure de manière suffisamment fiable un retard mental.

Nous aimerions vous rendre attentif au fait que l'adjonction d'un diagnostic de trouble de la personnalité de type paranoïaque dont l'évolution est plutôt défavorable avec les années, nous questionne sur le droit à une rente AI pour l'expertisé.

Sa manière de percevoir le monde de façon rigide et figée, exprimée dans l'examen psychologique, et le trouble de la personnalité, nous permettent de tirer une conclusion. Nous exprimons des doutes quant à la capacité de gérer dans le futur les affaires privées et

administratives correctement, notamment par rapport à la durée du dysfonctionnement au niveau administratif et familial par le passé.

Pour répondre à la question du discernement, nous constatons que l'expertisé et sa famille contractent des dettes importantes et que M. Y. _____ n'arrive pas à nous expliquer clairement l'origine de ces dernières ni la manière dont il pourrait y faire face. Une situation aussi compliquée d'un point de vue administratif de la gestion des affaires permet de douter de la capacité de M. Y. _____ de s'occuper de ses biens de manière appropriée. Ces doutes sont fondés d'une part sur la durée des problèmes financiers sans prise de conscience et amélioration de la situation, et d'autre part sur le fait que l'expertisé souffre d'un trouble de la personnalité dont le pronostic n'est pas forcément favorable. Au vu de ces éléments, nous proposons une gestion des affaires par une curatelle.

Lors du signalement par Mme G. _____, l'expertisé ne bénéficiait que d'une rente d'insertion pour la famille, ce qui ne lui permettait [pas] de faire face à ces dettes. Rajoutons à cela qu'il souffrait d'un épisode dépressif, ce qui peut favoriser une perte de ses moyens intellectuels et de sa volonté à faire face à ses problèmes. Ces éléments n'étant plus présents actuellement, nous constatons que la gestion des affaires administratives reste confuse. Nous proposons néanmoins que la curatelle puisse être réévaluée une fois la situation financière familiale assainie.

Pour étayer de manière définitive notre indication à une mise sous curatelle, nous aurions besoin de connaître l'évolution de la dette contractée par M. Y. _____ depuis qu'il gère la rente AI de sa femme et qu'il ne souffre plus d'un épisode dépressif, éléments auxquels nous n'avons pas pu avoir accès. A noter que l'expertisé dit être opposé à une telle mesure.

Au vu de ce qui précède, nous sommes en mesure de répondre à vos questions de la manière suivante :

1. L'expertisé est-il atteint d'une déficience mentale ou de troubles psychiques (notion comprenant les dépendances telles que l'alcoolisme, la toxicomanie ou la pharmacodépendance) ?

Réponse : Oui. L'expertisé souffre d'un trouble de la personnalité de type paranoïaque et d'un trouble dépressif récurrent, en rémission actuellement.

2. S'agit-il d'une affection momentanée et curable dans un laps de temps plus ou moins court ou d'une maladie dont la durée ne peut être prévue ?

Réponse : Le trouble de la personnalité de type paranoïaque est une maladie dont le pronostic est défavorable avec l'âge et dont la durée ne peut être déterminée ou prévue. De plus, un épisode dépressif récurrent, en rémission actuellement, peut également redevenir symptomatique et compliquer la psychopathologie chez l'expertisé.

3. Cette affection est-elle de nature à empêcher l'expertisé d'apprécier la portée de ses actes et d'assurer lui-même la sauvegarde de ses intérêts (patrimoniaux et/ou personnels) ? Si l'expertisé est incapable de gérer certaines de ses affaires seulement, préciser lesquelles ?

Réponse : Oui, l'affection dont souffre l'expertisé est de nature à l'empêcher d'apprécier la portée de ses actes, surtout au vu de l'importance de la gestion asséculo-logique et financière.

4. L'expertisé est-il capable de discernement ? Le cas échéant, préciser l'étendue de l'incapacité de discernement ?

Réponse : L'expertisé n'est pas capable d'un discernement complet vis-à-vis de la question de gestion et d'organisation de son quotidien

et de celui de sa famille, ainsi que des affaires administratives qui s'y rapportent.

5. L'expertisé peut-il se passer d'une assistance, ou d'une aide permanente ?

Réponse : Non, l'expertisé ne peut pas se passer d'une assistance permanente.

6. L'audition préalable de l'expertisé est-elle ou non admissible ? Si oui, l'expertisé est-il capable de comprendre la portée d'une éventuelle mesure ?

Réponse : Oui, l'audition de l'expertisé est admissible et il est capable de comprendre la portée d'une éventuelle mise sous curatelle.

7. A titre subsidiaire, en l'absence de déficience mentale ou de troubles psychiques, l'expertisé est-il atteint d'un état de faiblesse (grave handicap physique, déficience liée à l'âge, déficience caractérielle...) qui affecte sa condition personnelle et qui l'empêche d'assurer la sauvegarde de ses intérêts ?

Réponse : Non. » ;

- un rapport du 26 décembre 2013 du Dr CC._____, psychiatre, à Procap, selon lequel le patient ne présentait pas un trouble somatoforme, mais un trouble de la personnalité de type paranoïaque.

Dans sa séance du 23 janvier 2014, la Justice de paix des districts du [...] a désigné un curateur à l'assuré (à forme des art. 394 al. 1 et 395 al. 1 CC [code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210]).

Le 21 février 2014, la représentante de l'assuré auprès de Procap a précisé à l'OAI que son courrier du 7 janvier 2014 valait demande de révision procédurale.

Le 14 avril 2014, la Dresse M._____ du SMR a rédigé l'avis suivant :

« Le rapport médical du 26.12.2013 du Dr CC._____ ne fait que commenter le rapport d'expertise psychiatrique du 26.11.2013 ; le Dr CC._____ conclut que, au vu du nouveau diagnostic retenu, une IT totale est justifiée dans toute activité.

Le rapport d'expertise psychiatrique du 26.11.2013 du R._____ établit un rappel des faits, décrit la compréhension des faits selon l'expertisé et fait une anamnèse détaillée. Sur la base de ces éléments, de leur examen clinique, des différents documents médicaux à leur disposition ainsi que d'un examen psychologique, les experts retiennent la présence d'un trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0) et d'un trouble dépressif récurrent,

actuellement en rémission (F33.4) ; ils relèvent en effet des antécédents d'épisodes dépressifs d'intensité variable, de moyen à sévère. Selon eux, le trouble de la personnalité que présente l'assuré altère de manière durable son fonctionnement avec une "rigidification de celui-ci dans différentes situations personnelles et sociales". Par ailleurs, ils expliquent le fait que ce trouble de la personnalité n'ait jamais été constaté par les différents experts qui ont été amenés à examiner l'assuré, par l'actuelle absence de symptômes dépressifs qui leur a permis de poser ce diagnostic. Ce rapport d'expertise a été discuté avec un médecin psychiatre FMH du SMR. Il apparaît les remarques suivantes : premièrement, le status clinique ne montre pas de signe de décompensation du trouble de la personnalité dont il est question. Un trouble de la personnalité avait déjà été relevé par le Dr W. _____ lors de son expertise de 2011 (autres troubles spécifiques de la personnalité, personnalité fruste), toutefois non décompensé. En outre, la méfiance décrite par les experts a déjà été notée par tous les experts qui ont examiné l'assuré jusqu'alors (évaluation psychiatrique à la T. _____ en 2007, examen neurologique par le Dr N. _____ pour la SUVA en 2007, examens psychiatriques SMR en 2008 et 2009, expertise psychiatrique du 04.11.2011 par le Dr W. _____) sans pour autant qu'un trouble de la personnalité paranoïaque ne soit retenu. Deuxièmement, même si l'assuré présentait un trouble de la personnalité, qui de par définition est présent dès le début de l'âge adulte, celui-ci ne l'a pas empêché d'exercer son activité pendant 25 ans, dont 16 au service du même employeur. Il n'y a, de plus, aucun signe actuel de décompensation. Au vu de ce qui précède, ce rapport médical de nous apporte pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier l'appréciation de l'exigibilité faite précédemment et fondée sur deux examens cliniques psychiatriques SMR (2008 et 2009) ainsi qu'une expertise psychiatrique externe (2011). »

Par projet de décision du 16 avril 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Le 1^{er} mai 2014, la représentante de l'assuré auprès de Procacp a fait valoir que le rapport d'expertise du 26 novembre 2013 constituait une preuve nouvelle ouvrant la voie de la révision procédurale. Le 30 juin 2014, elle a ajouté qu'un fait nouveau avait pu être mis en lumière par les experts du R. _____, savoir que l'assuré souffrait d'un trouble de la personnalité d'évolution défavorable dans le temps, masqué précédemment par ses symptômes dépressifs.

Le 13 octobre 2014, les Drs M. _____ et X. _____, psychiatre, du SMR, ont relevé ce qui suit :

« Pour quelles raisons le trouble de la personnalité de type paranoïaque ne peut-il être retenu ? Comment contrer l'argument selon lequel un tel diagnostic n'a pu être posé à l'époque en raison des symptômes dépressifs qui masquaient un tel trouble ?

Ce diagnostic n'a pas été écarté selon l'avis SMR du 14.04.2014. Différents éléments au dossier évoquaient du reste la possibilité d'un trouble de la personnalité, notamment l'expertise du Dr W._____. Toutefois, ce trouble n'est pas décompensé. Si les experts du R._____ posent clairement ce diagnostic sur la base des critères CIM-10 (voir p. 12 du rapport d'expertise du 26.11.2013), ils oublient néanmoins que pour poser un diagnostic de trouble de la personnalité au sens des classifications officielles, il est nécessaire que des dysfonctionnements prononcés aient eu lieu de manière constante depuis l'adolescence dans différents domaines et que ces dysfonctionnements doivent s'être manifestés dans tout type de situations et doivent avoir été à l'origine d'une souffrance personnelle et d'un impact nuisible sur l'environnement social. Au regard du parcours de vie de l'assuré, tant sur le plan personnel que professionnel, un tel dysfonctionnement n'est pas manifeste. Par ailleurs, même en présence d'une symptomatologie dépressive, un tel diagnostic pourrait être posé puisqu'il s'agit non seulement d'évaluer l'état psychique actuel, mais également son fonctionnement depuis l'adolescence. Finalement, cet assuré a été examiné par de nombreux spécialistes en psychiatrie depuis 2007 (évaluation psychiatrique à la T._____ en 2007, suivi chez la Dresse L._____ d'I._____ depuis 2007, examen psychiatrique au SMR en 2009, expertise du Dr W._____ en 2011) : aucun d'entre eux n'a mis en évidence la présence d'un trouble de la personnalité significatif et encore moins à caractère incapacitant qu'une symptomatologie dépressive soit simultanément présente ou non. Une symptomatologie dépressive n'est pas de nature à masquer un trouble de la personnalité paranoïaque.

Faut-il considérer que ce trouble de la personnalité paranoïaque n'interfère pas avec la CT ? Oui, car celui-ci n'est manifestement pas décompensé.

Pour quelles raisons l'avis du Dr W._____ doit-il être préféré à celui du VV._____ ?

Pour les raisons évoquées ci-dessus. »

Par décision du 31 mars 2015, l'OAI a confirmé le refus d'entrer en matière. Par courrier d'accompagnement du même jour, il a notamment indiqué que l'expertise psychiatrique effectuée au VV._____ n'apportait pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier l'appréciation de l'exigibilité faite précédemment.

Le 8 avril 2015, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de révision procédurale, en retenant que le rapport du VV._____ portait sur les mêmes faits que ceux qui avaient conduit à la première décision et exprimait plutôt une appréciation différente de la capacité de travail de l'assuré.

Le 11 mai 2015, l'assuré a formulé des observations sur ce projet de décision, en arguant du fait que les conditions de la révision procédurale étaient remplies.

C. Par acte du 11 mai 2015, Y._____, toujours représenté par Procap, a recouru contre la décision de refus d'entrer en matière rendue le 31 mars 2015 par l'OAI, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour entrée en matière et instruction de la demande de prestations du 8 [recte : 7] janvier 2014. En substance, il a fait valoir qu'il convenait de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 31 mars 2015 et les circonstances existant à l'époque de la décision du 12 novembre 2012, et que l'avis du SMR du 14 avril 2014 ne constituait pas une base suffisante pour refuser l'entrée en matière sur la nouvelle demande, « en faisant simplement abstraction des constatations faites au R._____ par des spécialistes reconnus au terme de plusieurs entretiens avec l'assuré, et après lecture de l'intégralité des pièces médicales constituant le dossier AI ». Il a argué que l'expertise du Dr W._____ avait été incomplète en raison de sa mauvaise collaboration (ce qui était compréhensible vu la nature de ses troubles), que le diagnostic de trouble de la personnalité de type paranoïaque avait été posé conformément aux règles de l'art, les experts du R._____ expliquant les raisons de ce diagnostic, et qu'un fait nouveau avait indiscutablement pu être mis en lumière par les experts du R._____. Dans un autre moyen, il a fait valoir que son droit d'être entendu avait été violé, dans la mesure où les motifs de révision et ceux tirés de la révision procédurale étaient « forcément entremêlés », estimant que le procédé consistant à se positionner uniquement sous l'angle de motifs de révision au sens de l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) dans la décision attaquée était de nature à priver la Cour de céans de toute possibilité d'analyse « digne de ce nom » de son dossier. Il a en outre requis la jonction de la présente cause avec celle à intervenir dans le cadre de la révision procédurale. Dans un dernier moyen, il a fait valoir qu'une aggravation avait bien été rendue plausible, avec la mention d'un trouble de la personnalité d'évolution défavorable.

Avec son écriture, le recourant a produit un rapport du 18 avril 2015 du Dr CC. _____, selon lequel il n'était pas apte à gérer ses biens ni à travailler.

Par décision du 15 mai 2015, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération d'avances et des frais judiciaires, avec effet au 11 mai 2015.

Le 15 juin 2015, se fondant sur les avis du SMR des 14 avril et 13 octobre 2014, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par décision du 25 juin 2015, le juge instructeur a astreint le recourant au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. durant huit mois dès le 1^{er} septembre 2015.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

D. Le 28 juillet 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision de refus de révision procédurale.

Cette décision a également fait l'objet d'un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AI 238/15 - 340/2017), laquelle a été instruite parallèlement à la présente cause et fait l'objet d'un arrêt rendu le même jour que celui ayant trait à la présente affaire (portant les références AI 127/15 - 339/2017).

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours

auprès du tribunal des assurances compétent (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 al. 1 LPGA).

En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 1 LPGA) et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par le recourant, singulièrement sur la question de savoir si ce dernier a rendu plausible une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force, eu égard aux pièces produites devant l'intimé.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 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,

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. 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 (art. 87 al. 3 RAI). Selon la jurisprudence, cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références citées ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433).

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 en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur

la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 2.2).

b) Le Tribunal fédéral a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, la Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est

intervenue dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3100 p. 840 s.).

c) Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004).

d) On précisera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2).

4. Dans un grief de nature formelle, qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où les motifs de révision et ceux tirés de la révision procédurale étaient « forcément entremêlés », estimant que le procédé consistant à se positionner uniquement sous l'angle de motifs de révision au sens de l'art. 17 LPGA dans la décision attaquée était de

nature à priver la Cour de céans de toute possibilité d'analyse « digne de ce nom » de son dossier.

a) L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA).

La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références citées).

En matière d'assurance-invalidité, la procédure de préavis de l'art. 57a LAI et des art. 73bis ss RAI concrétise ces garanties de rang constitutionnel lors de la phase de l'instruction de la demande. Selon ces dispositions, l'office AI, avant de prendre une décision sur le refus d'une demande de prestations ou sur le retrait ou la réduction d'une prestation en cours, notifie à l'assuré ou à son représentant un préavis sur lequel ils peuvent faire part de leurs observations dans un délai de 30 jours par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel. Si l'audition a lieu oralement, l'office AI établit un procès-verbal sommaire qui est signé par l'assuré.

Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en

connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434).

b) En l'occurrence, le droit d'être entendu du recourant n'a pas été violé. Celui-ci a en effet pu s'expliquer avant qu'une décision ne soit rendue, et fournir les preuves qu'il estimait devoir fournir. Il a en outre pu accéder au dossier, et se déterminer sur le projet de décision, lequel a été rendu dans le cadre d'une procédure conforme aux art. 57a LAI et 73bis ss RAI. La décision attaquée est par ailleurs suffisamment motivée, dite décision ayant été au demeurant complétée d'un courrier d'accompagnement du même jour prenant position sur les moyens soulevés à la suite du préavis. On relèvera encore pour autant que de besoin que le recourant a pu faire valoir tous ses griefs. En outre, l'OAI a rendu une décision formelle relative à sa requête de révision procédurale. Certes cette décision est intervenue postérieurement à celle rendue en l'espèce. Il n'en demeure pas moins que dans la cause ayant trait à la requête de révision procédurale, le recourant a également pu faire valoir tous ses moyens. Peu importe dès lors que le recours contre le refus de révision procédurale ait fait l'objet d'une instruction séparée. Cette cause a quoi qu'il en soit été instruite par le même juge instructeur, puis jugée le même jour, par une Cour composée des mêmes magistrats (cause AI 238/15 - 340/2017). Ainsi, pour autant qu'ait existé un risque de confusion entre la présente procédure de refus d'entrée en matière, et celle ayant trait au refus de révision procédurale, celui-ci n'est toutefois pas de nature à consacrer une violation du droit d'être entendu du recourant. Ce moyen, mal fondé, doit dès lors être rejeté.

5. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 7 janvier 2014. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 12 novembre 2012 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. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 31 mars 2015 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 12 novembre 2012. 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) La décision du 12 novembre 2012 refusant au recourant le droit à des prestations retenait sur la base de l'expertise du 4 novembre 2011 du Dr W._____ que l'intéressé ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé au plan psychiatrique. Cet expert n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, retenant ceux sans effet sur ladite capacité de trouble somatoforme douloureux (F45.4) et d'autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité fruste) (F60.8).

A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant se prévaut pour l'essentiel du rapport du 26 novembre 2013 des médecins du R._____, qui ont posé le diagnostic de trouble de la personnalité de type paranoïaque (F60.0) et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4). On relèvera à ce stade que le rapport du Dr CC._____ du 26 décembre 2013, également produit par le recourant devant l'autorité administrative, se limite à reprendre le diagnostic de trouble de la personnalité de type paranoïaque posé par les médecins du R._____ et les affirmations de ces derniers.

Cela étant, le recourant ne peut être suivi dans ses explications. Certes les médecins du R. _____ ont posé un diagnostic qui n'avait jusqu'alors pas été posé. Ce seul élément n'est toutefois pas de nature à justifier automatiquement une entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il faut en particulier relever que les médecins du R. _____ ont estimé que le trouble qu'ils diagnostiquent avait été « masqué » par la symptomatologie dépressive de l'assuré. Or l'état dépressif du recourant a été fluctuant, et plusieurs médecins spécialistes en psychiatrie l'ont examiné alors que la dépression était en rémission. Plus spécifiquement, on relèvera que la Dresse L. _____ a estimé en mai 2008 que l'épisode dépressif était moyen avec syndrome somatique. En septembre 2008, la Dresse O. _____ a pour sa part estimé que l'intéressé présentait un trouble de l'adaptation ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, l'épisode dépressif moyen étant en rémission complète. Du reste en novembre 2008, la Dresse L. _____ elle-même relevait que le diagnostic était celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, et non plus celui de trouble dépressif majeur posé tant par la Dresse P. _____ de la T. _____ en janvier 2007 que par le Dr D. _____ en décembre 2007. Certes à la suite de la communication à l'assuré du projet de décision du 4 juin 2009 de refus de rente, la Dresse L. _____ a fait état d'une péjoration des symptômes justifiant désormais le diagnostic d'épisode dépressif sévère. Cette médecin, qui suivait alors l'assuré depuis plus de deux années, a toutefois relevé qu'il n'y avait pas de symptômes psychotiques. En outre, quand la Dresse O. _____ a réexaminé l'assuré, en septembre 2009, elle a constaté qu'il était possible que l'assuré ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle d'intensité sévère dans un contexte de conflit asséculo-logique et de difficultés psychosociales, relevant que cette symptomatologie était toutefois en rémission. Derechef en mars 2010, la Dresse L. _____ a fait état d'un épisode dépressif sévère, avec hospitalisation. C'est cette appréciation qui a notamment conduit à l'annulation de la décision du 25 janvier 2010 de l'OAI et à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès du Dr W. _____. Or selon ce psychiatre, les signes d'un état dépressif sévère n'avaient pas pu

être objectivés durant l'entretien, l'expert ayant estimé que l'assuré était plus régressif que dépressif (cf. rapport du 4 novembre 2011).

Il découle de ce qui précède que l'assuré a bénéficié d'un suivi au plan psychiatrique à compter du début de l'année 2007. Il a été examiné par nombre de psychiatres, aussi bien durant des phases de dépression décrite comme sévère, que lors de phases de rémission, voire même de rémission complète. Les médecins du R. _____ ne peuvent dès lors être suivis lorsqu'ils avancent que le trouble de la personnalité ne pouvait pas être posé dans la mesure où les symptômes dépressifs étaient au premier plan.

A cela s'ajoute que l'expertise du Dr W. _____ répond aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), et que la Cour ne voit pas de motif pertinent de s'en écarter. Certes cet expert a constaté que la collaboration avec l'assuré n'avait pas été optimale. Cet élément ne suffit pas cependant à lui seul à remettre en cause l'appréciation du Dr W. _____, laquelle se fonde sur un examen de l'assuré, l'expert ayant en outre pris connaissance de l'ensemble des documents figurant au dossier, et ayant apporté des réponses claires aux questions qui lui étaient posées.

Ce spécialiste a au demeurant mentionné le diagnostic d'« autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité fruste) (F60.8) » dans son rapport d'expertise, toutefois sans effet sur la capacité de travail. Comme le relève le SMR par avis du 14 avril 2014, le Dr W. _____ avait ainsi déjà observé un trouble de la personnalité chez l'assuré en 2011, lequel n'était cependant pas décompensé. En outre, la méfiance décrite par les médecins du R. _____ avait déjà été notée par les médecins qui ont examiné l'assuré jusqu'alors, en particulier par la Dresse P. _____ en janvier 2007, la Dresse O. _____ en 2008 et 2009, et le Dr W. _____ en 2011. Enfin, aucun élément n'indique que le trouble de la personnalité mis en avant par les médecins du R. _____ soit décompensé. Le recourant a du reste pu travailler de 1981 à 2006, principalement auprès du même employeur, sans que des

dysfonctionnements ne soient mis en avant. Or les troubles spécifiques de la personnalité (F60) apparaissent habituellement dans l'enfance ou l'adolescence et persistent à l'âge adulte (CIM-10/ICD-10, Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, Masson, 2015, p. 181).

Finalement, le rapport des médecins du R._____ dont se prévaut le recourant donne une appréciation différente des faits, sans que le nouveau diagnostic posé par ces médecins ainsi que leurs considérations permettent de remettre en cause la décision du 12 novembre 2012, respectivement de rendre plausible une péjoration de l'état de l'assuré.

Pour le surplus, le rapport du 18 avril 2015 du Dr CC._____ ne peut être pris en considération, les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne pouvant être pris en considération dans un litige relatif à un refus d'entrer en matière, dans le cadre duquel l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004).

b) Au vu de ce qui précède, force est de constater que les pièces produites par le recourant ne permettent pas d'établir de façon plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 7 janvier 2014.

6. Pour le surplus, la présente cause et celle ayant trait au refus de révision procédurale (AI 238/15 - 340/2017) ont fait l'objet d'une instruction conjointe, par le même juge instructeur. La requête de jonction de causes, pour autant qu'elle ait encore un objet, sera dès lors rejetée, étant rappelé que l'autorité dispose à cet égard d'un large pouvoir

d'appréciation (EMPL [Exposé des motifs et projets de lois sur la procédure administrative] LPA-VD, mai 2008, p. 22 ad art. 24 LPA-VD).

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, 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). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants payés par le recourant à titre de franchise depuis le début de la procédure.

c) Le recourant qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 31 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap (pour Y. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :