

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Dessaux et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Blanc

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) R. _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire de [...], marié et père de deux enfants, a été victime d'un accident de circulation le 27 décembre 2001, lequel a entraîné une légère commotion cérébrale, des fractures de la clavicule gauche, de la 1^{ère} phalange du 3^{ème} doigt de la main gauche, ainsi que des contusions multiples.

Par décision du 15 octobre 2002, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a mis fin à ses prestations au motif que la capacité de travail de l'assuré était entière dès le 16 octobre 2002. L'assuré a formé opposition contre cette décision, laquelle a été confirmée par une décision sur opposition du 23 décembre 2002.

Le 26 décembre 2002, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). S'agissant de l'atteinte à sa santé, il renvoyait au rapport de police et à son dossier médical en lien avec son accident. Il indiquait que la dernière activité professionnelle exercée était [...] auprès d'une entreprise de placement du 1^{er} septembre au 27 décembre 2001 et qu'il était au bénéfice d'une formation de journaliste réalisée dans son pays natal.

Dans ce cadre, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a mandaté le Dr S. _____, psychiatre, pour réaliser une expertise. Dans son rapport du 17 août 2004, le Dr S. _____ a posé le diagnostic de trouble anxieux, dysthymie et majoration de symptômes physiques (et psychiques) pour des raisons psychologiques (et sociales). Il précisait ce qui suit concernant le troisième point de son diagnostic :

« L'assuré accentue une symptomatologie psychique qu'il a connue initialement, la persévère et la fixe sous forme d'auto-confirmation. Nous ne sommes ici pas loin de penser à une éventuelle production

intentionnelle ou simulation de symptômes, mais en présence d'un réel trouble de l'adaptation dans le passé et d'un syndrome post-traumatique, nous ne pouvons affirmer cette vision.

Cependant, **il est clair que l'état du patient est nettement mieux qu'après son accident, qu'il a repris le volant et qu'il a fait malgré tout une adaptation.** »

S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, le Dr S. _____ estimait qu'une très forte conflictualité de la situation voilait l'atteinte réelle, évaluée au moment de l'expertise à une incapacité de travail de 20%. Il expliquait que cette conflictualité et la tendance à la somatisation empêchaient un retour de l'assuré à son activité d'aide [...] et tout travail en hauteur, mais que, pour le reste (en dehors de la question de la volonté de l'assuré), il était imaginable qu'il fasse toute activité auxiliaire et comparable en exigences à son précédent emploi.

Le 31 mars 2005, l'OAI a rendu une décision de refus de rente en relevant que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à son état de santé, telle qu'un emploi dans les domaines industriel, du conditionnement, du montage ou de la surveillance d'un processus de production.

Le 30 juin 2006, l'OAI a rendu une décision sur opposition confirmant la décision du 31 mars 2005 et rejetant l'opposition de l'assuré du 14 avril 2005.

Par arrêt du 27 janvier 2009 (AI 117/06 - 140/2009), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assuré le 20 juillet 2006 à l'encontre de la décision sur opposition.

b) Le 4 février 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, indiquant souffrir de douleurs à l'épaule gauche et au dos et avoir des difficultés de mouvements au niveau de l'épaule gauche, depuis décembre 2001.

Par courrier du 14 février 2011, l'OAI a informé l'assuré que cette nouvelle demande, faisant suite à une décision de refus, ne pouvait

être examinée que s'il était établi que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. L'OAI rappelait à l'assuré qu'il lui revenait de fournir les éléments rendant plausibles cette modification et lui impartissait un délai de 30 jours à cet effet.

Dans un rapport du 23 mars 2011 à l'OAI, le Dr B._____, psychiatre, et Madame X._____, psychologue, ont posé le diagnostic de personnalité paranoïaque (F 60.0) et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F. 32.11) et relevé que, sur le plan psychodynamique, l'assuré présentait un fonctionnement psychotique de la personnalité subdécompensé, avec des traits paranoïaques et l'apparition, parfois d'éléments très archaïques, voire schizophréniformes. Ils ajoutaient les précisions suivantes à ce propos :

« Qu'il y ait eu, et qu'il puisse encore exister une part de majoration de certains symptômes, comme le pointe le Dr S._____ dans son expertise, ne paraît pas incompatible avec notre interprétation de cette évolution difficile, en effet, les événements peuvent prendre un sens différent dans le cadre d'un fonctionnement psychotique, qui a été décompensé par l'accident de 2001: ce patient, marqué par une énorme méfiance et une tendance régulière à l'interprétativité pathologique, laisse entendre un fort sentiment d'injustice et de préjudice, tant narcissiquement que physiquement, l'amenant à une position de revendication rigide, où l'autre devient le persécuteur, d[è]s qu'il n'est plus dans une position de réparation et de commisération, avec alors des réactions abruptes de sa part pour se protéger, de surcroît il faut souligner que le persécuteur c'est aussi son propre corps, où les représentations du patient semblent passablement perturbées, autant qu'on puisse y avoir accès (perceptions étranges, impressions cénesthésiques ?...) Merci de vous référer à l'Annexe psychiatrique, et vous trouverez ci-joint également le rapport de l'examen psychologique effectué en 2010.

L'évolution est donc mauvaise, avec un accès possible pour les soignants très restreint. Le pronostic est sombre, la situation paraissant enkystée, M. R._____ est très dépendant de la famille de sa femme, cette dernière étant malade et à l'AI, c'est la famille qui gère l'essentiel : la belle-soeur notamment est très active, habite dans le même bâtiment, s'occupe des repas et du ménage, souvent des enfants, c'est elle aussi, avec ses parents, qui gère la plupart des affaires du couple R._____. Le couple s'est senti maltraité à de multiples reprises par des soignants et a développé une réticence important[e] aux soins, refusant aussi qu'on entre chez eux.

La capacité de travail de M. R._____ est actuellement proche de zéro, d'abord en lien avec la méfiance et les difficultés relationnelles importantes chez ce patient, mais l'énergie paraît fluctuante, le retrait est régulier et les idées interprétatives et bizarres

probablement plus nombreuses et plus fréquentes qu'il ne le laisse entendre. »

A la lecture de cet avis médical, l'OAI a décidé d'entrer en matière et d'instruire la cause (cf. avis du Dr J._____ médecin au SMR du 6 avril 2011).

Sur mandat de l'OAI, le 19 décembre 2011, le détective privé Q._____ a remis son rapport du 29 novembre 2011 dans lequel il constatait que le comportement de l'assuré était normal dans la vie quotidienne, qu'il manifestait la capacité d'évoluer dans la foule des magasins, de conduire un véhicule automobile sur plus de 130 km en une journée, de faire des courses, du shopping et de s'occuper activement de sa voiture et de son entretien. Il concluait que l'assuré était entièrement autonome et indépendant.

Dans un avis du 13 juin 2012, le Dr W._____ médecin au SMR a proposé, vu les nombreuses incohérences relevées dans ce dossier, qu'une expertise avec volet psychiatrique et rhumatologique soit mise sur pied afin de préciser les diagnostics, les limitations fonctionnelles, la date de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré et son retentissement sur sa capacité de travail.

L'OAI a donné suite à la proposition du SMR et ainsi ordonné une expertise auprès du G._____ (ci-après : G._____) à [...]. Le 7 mars 2013, le G._____ a transmis à l'OAI un rapport d'expertise pluridisciplinaire faisant suite à des examens réalisés les 2 et 16 octobre, 14 novembre 2012 et 17 janvier 2013 par les Drs Y._____, spécialiste en médecine interne, K._____, psychiatre, M. T._____, neuropsychologue et la Dresse M._____, rhumatologue. Il ressort ce qui suit de leur appréciation et conclusions :

« Il n'y a pas de plainte significative, mais des incohérences, des réponses à côté ou peu claires, des attitudes alternant entre prostration, agressivité et comportement démonstratif. Le status est dans la norme. Aucune pathologie pouvant justifier une diminution de la capacité de travail ou de rendement ne peut être retenue.

Sur le plan rhumatologique on retient des douleurs essentiellement situées au niveau du membre supérieur gauche, de l'épaule jusqu'à la main, de la colonne cervicale, de la colonne lombaire et du membre inférieur droit dans son ensemble. Les douleurs du membre supérieur gauche n'ont jamais cessé depuis l'accident. Par contre, les douleurs du rachis et du membre inférieur droit sont apparues progressivement dans les années qui ont suivi l'accident.

Durant tout l'examen, l'assuré n'utilise que très peu son membre supérieur gauche, il adopte une attitude figée en inclinaison latérale droite de tout le rachis. Il se montre peu collaborant pendant l'examen clinique, voire même agacé lorsque l'on pose quelques questions précises quant à son emploi du temps. Il se montre également quérulent par la suite lorsque l'on parle d'effectuer un contrôle radiologique, prétextant avoir déjà apporté des radiographies lors de son premier passage au G._____.

L'examen clinique montre une mobilité globale de l'épaule diminuée en actif, mais pas en passif, une sous-utilisation du membre supérieur gauche dans les activités de la vie quotidienne, attestée par une discrète amyotrophie du membre supérieur gauche. L'examen radiologique montre une absence d'anomalie de l'épaule gauche, du rachis cervical et du rachis lombaire.

On est donc devant un tableau de syndrome douloureux sans corrélation objective, avec phénomène d'extension de la douleur progressif et installation dans un état douloureux chronique absolument enkysté.

L'attitude de sous-utilisation du membre supérieur gauche est également démonstrative durant l'entretien avec l'expert, puisque à d'autres moments, par exemple dans l'habillage déshabillage, le membre supérieur gauche est tout de même utilisé. L'expertisé s'est également montré très démonstratif à l'examen du rachis par exemple, adoptant des attitudes qui ne correspondent à aucune pathologie connue.

On est donc dans un contexte de phénomène d'exagération, associé à un syndrome douloureux chronique enkysté.

En conclusion, il n'y a pas d'incapacité de travail à retenir, et ceci dans quelque profession que ce soit.

Sur le plan neuropsychologique l'examen neuropsychologique de cet expertisé est rendu impossible par ses comportements sévèrement incohérents et par une absence totale de collaboration.

Les productions de Monsieur R._____ aux tests sont sans commune mesure avec les causes possibles de troubles cognitifs, que ce soit neurologiques (on évoque un TCC [traumatisme crâniocérébral] léger lors de l'accident de 2001), ou psychiatrique, chez un expertisé au demeurant non hospitalisé et ne recevant pas de médicaments psychotropes. Des comportements face aux tests tels que ceux observés chez cet expertisé pourraient éventuellement être *partiellement* observés chez un patient souffrant d'une décompensation schizophrénique sévère en tout début de traitement mais on peine à imaginer qu'un patient dans un tel état ne soit pas hospitalisé.

Il n'y a pas de diagnostic neuropsychologique et nous devons même conclure à une simulation probable des troubles chez cet expertisé.

Sur le plan psychique ce qui frappe d'emblée lors de l'entretien avec Monsieur R. _____, c'est qu'il nie avoir eu un accident de voiture, alors qu'il s'en est plaint avec nos collègues somaticiens et que tous les autres documents médicaux à notre disposition mentionnent cet événement comme étant le point de départ du processus d'invalidation décrit par l'expertisé.

Avec l'expert psychiatre et le neuropsychologue, l'assuré montre une attitude systématiquement décourageante pour les examinateurs, tant ses réponses sont à côté. Ce comportement peut être interprété comme le pendant psychologique d'une non-collaboration, voire d'une exagération de symptômes et de signes psychiatriques.

Le discours revendicateur et plaintif que Monsieur R. _____ a tenu devant les experts interniste et rhumatologue paraissait beaucoup plus cohérent et typique, que celui tenu devant les deux autres experts.

En ce qui concerne ses plaintes nous pouvons relever : des idées de persécution (se sent menacé par un médecin, pense être suivi par un homme), des hallucinations auditives (le même homme qui lui donne des ordres ou d'autres personnes qui lui parlent) et visuelles (une énorme vague suspendue au-dessus des montagnes).

Il est impossible de se faire une idée cohérente de comment Monsieur R. _____ passe ses journées. Il répond aux questions de manière quasiment absurde, reste évasif. D'après les documents que nous avons à disposition, les informations sont contradictoires. Dans les rapports médicaux, il est noté que sa belle-famille prend tout en charge[.] Selon un témoignage daté de 2010, sa belle-sœur relate que l'assuré prend en charge les tâches administratives. Enfin, dans la description des vidéos, il est vu en train de laver sa voiture.

L'examen psychiatrique montre un tableau clinique atypique : un homme calme, plutôt souriant, de bonne présentation, euthymique. Il paraît étrange par moments, comme perplexe ou indifférent, regarde fixement l'expert ou paisiblement un autre point de la pièce. L'expression de son visage est parfois impassible, et d'[autres fois], hors contexte, il écarquille les yeux, fronce les sourcils, plisse son nez et sa bouche, et sourit[.] Il répond systématiquement à côté aux questions, ne donne aucune information fiable. Ceci a pour effet de décourager l'examineur à poursuivre plus loin les investigations tellement ses réponses inadéquates sont prévisibles.

L'intonation de la voix est basse[,] le débit de paroles sans particularité. Il ne montre pas de soliloque, ni de monologue ou de dialogue hallucinatoire. Durant notre entretien il ne se montre pas franchement hostile, ni clairement opposant. L'activité psychomotrice est sans particularités. Nous n'avons pas constaté de troubles du langage. Ce qui peut être dit sur son raisonnement et son jugement est qu'il ne paraît pas toujours comprendre nos questions et présente un discours à tendance interprétative. Il semble exister des troubles du cours et du contenu de la pensée : des suspensions momentanées du discours, un discours incohérent, un champ de la pensée dominé par des idées de persécution. Il n'y a pas de signes indirects d'hallucinations.

Son affect semble inapproprié, il n'est pas constaté de labilité émotionnelle, ni d'irritabilité. Il ne montre pas de stéréotypie, ni

d'impulsions. Il est intéressant de décrire l'effet que cet assuré suscite à l'examineur : il lui donne le sentiment parfois de *jouer le fou*, ne suscite jamais un sentiment d'empathie face à sa souffrance, ou bien d'inquiétude face à des bizarreries de comportement. Par contre, il peut provoquer par moments un agacement lié au sentiment qu'il se moque de lui, et enfin un découragement déjà mentionné ci-dessus[.]

L'examen neuropsychologique[...] montre un expertisé non collaborant, sabotant chaque test, donnant des réponses incohérentes absurdes évasives ou ne répondant simplement pas aux questions. Il émet des propos à tendance paranoïaque, à un moment son *langage se désagrège... s'exprime par syllabes indistinctes et incompréhensibles*. Un contact authentique est impossible, se montre à la limite de l'agressivité[.] L'examen neuropsychologique évoque clairement une simulation, d'après l'examineur.

L'attitude que l'expertisé montre aux deux experts somaticiens est la suivante: à partir du moment de l'accident de la circulation, il se considère comme victime d'une injustice de la part de la conductrice, de l'attitude de l'AI et des médecins. A l'anamnèse systématique, il répond presque toujours positivement. A l'examen clinique il se plaint de manière démonstrative de douleurs. Il n'est pas collaborant[.] Il se montre agacé lorsque l'expert lui pose des questions plus précises et quérul[e]nt lorsqu'on lui demande de faire des examens radiologiques.

En conclusion, cet expertisé sans suivi psychiatrique, ni de traitement psychotrope depuis 2011, se montre non collaborant et démonstratif avec quatre experts. Il nie avec le psychiatre avoir eu un accident de la circulation. Il se montre plus cohérent dans ses revendications concernant les suites de son accident auprès des experts rhumatologu[e] et interniste. Les tests neuropsychologiques concluent à une probable simulation et les somaticiens n'objectiv[ent] aucune pathologie organique.

Actuellement notre évaluation ne retrouve aucun élément d'ordre dépressif.

Les plaintes et l'examen psychiatrique pourraient nous orienter vers une problématique psychotique, notamment une schizophrénie paranoïde chronique, puisqu'il relate des idées de persécution et des hallucinations auditives.

Le Dr B._____ et Madame X._____ [...] ont émis l'hypothèse d'une personnalité paranoïaque. Ce diagnostic nous paraît actuellement sujet à caution, ne serait-ce que par la description de la part de l'expertisé d'hallucinations auditives. De plus, ce grave trouble de la personnalité est caractérisé par des traits de caractère (méfiance, persécution, etc.), tout à fait cohérents et permanents[.] Cet aspect manque dans notre évaluation. Par contre, il ne peut pas être exclu, du moins d'un point de vue théorique, qu'un trouble de personnalité paranoïde (peut-être révélé par l'accident de la circulation et ses conséquences) ait précédé le développement d'une schizophrénie[.]

Néanmoins, le tableau clinique présenté par cet expertisé nous paraît atypique[,] nous n'avons pas noté de signes indirects d'hallucinations (par exemple, attitudes d'écoute) ; lorsqu'il décrit ses hallucinations ou émet des propos à thème persécutoire, il

n'exprime pas une angoisse qui nous paraît authentique. Il reste somme toute assez calme, reprend rapidement une expression neutre du visage, parfois même sourit ; les expressions de temps à autre étranges sur son visage (écarquillement des yeux, plissement du nez et de la bouche, froncement des sourcils), ses réponses incohérentes et frisant parfois l'absurde que l'expertisé ne présente que devant l'expert psychiatre ou le neuropsychologue, ne sont pas typiques d'un discours ou un comportement désorganisé, manifestations cliniques qui d'ailleurs ne sont pas au premier plan dans un tableau de schizophrénie paranoïde. Notons enfin le sentiment subjectif, en tout cas de la part du psychiatre et du neuropsychologue, que l'expertisé simule une maladie psychiatrique.

Au niveau diagnostic, nous penchons, comme le Dr S. _____, pour une majoration de symptômes physiques et psychiatriques pour des raisons psychologiques (F68.0) avec comme diagnostic différentiel une simulation consciente (Z76.5).

Pour rester cohérent avec ces hypothèses, nous ne retenons aucune incapacité de travail de longue durée. »

Dans un avis du 12 avril 2013, le SMR a repris les conclusions des experts du G. _____, lesquels ne retenaient aucune pathologie à caractère incapacitant, estimant dès lors que la capacité de travail de l'assuré était totale et qu'il n'y avait pas eu d'incapacité durable. Le SMR a relevé que ce rapport d'expertise était convaincant et qu'il répondait aux exigences en matière de valeur probante (prise en compte des plaintes, examen clinique complet réalisé, appréciation claire de la situation, etc.).

Le 22 avril 2013, l'OAI a rendu un projet de décision refusant le droit à des prestations à l'assuré. Il se fondait sur les conclusions du rapport d'expertise du G. _____, ainsi que sur la surveillance opérée par un détective privé entre le 30 octobre et le 16 novembre 2011 pour conclure que l'assuré ne présentait aucune maladie et limitations fonctionnelles entravant sa capacité de travail et qu'il ne présentait par conséquent pas d'invalidité au sens de l'AI.

Par courrier du 13 mai 2013, l'assuré a formé opposition au projet de décision susmentionné. Il faisait valoir que son épaule lui faisait « mal énormément », qu'il était incapable de travailler à 100% et concluait à l'annulation de la décision du 22 avril 2013.

Par décision du 7 juin 2013, l'OAI a confirmé le projet de décision du 22 avril 2013 et le refus de prestations à l'assuré. L'OAI a en outre rédigé un courrier d'accompagnement à l'assuré lui expliquant en détail les règles applicables s'agissant de l'appréciation des rapports médicaux et des expertises.

c) Le 24 juin 2014, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations, dans laquelle il n'indiquait rien quant à l'atteinte dont il souffrait. Il a produit plusieurs certificats médicaux attestant de son incapacité de travail, émis par les Dr P._____, son médecin traitant, et le Dr E._____, son psychiatre traitant.

A la demande de l'assuré, le Dr E._____ a envoyé à l'OAI, le 31 juillet 2014, un rapport indiquant ce qui suit :

« Réponses aux questions :

Diagnostic :

(F32.2) Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

Je suis M. R._____ dans ma consultation depuis le mois de février 2014 et ceci dans un contexte de tristesse très important avec des idées de persécution et du conc[e]rnement (une femme entend ses pensées), des hallucinations et des troubles du sommeil depuis plusieurs mois. Depuis son accident en 2002 malgré les différents suivis thérapeutiques l'état thymique du patient s'est progressivement péjoré. Dans l'état clinique actuel du patient son incapacité du travail est du 100% et le pronostic actuel est réservé. »

Dans un avis du 20 novembre 2014, le Dr L._____, médecin au SMR, a constaté l'absence d'anamnèse, d'examen clinique, de mention concernant le traitement instauré ou la fréquence du suivi ainsi que l'absence d'une quelconque argumentation justifiant l'incapacité de travail totale. Il concluait qu'une aggravation de l'état de santé n'apparaissait pas plausible au vu de l'ensemble du dossier et du contenu restreint du nouveau rapport médical.

Le 24 novembre 2014, l'OAI a rendu un projet de décision refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré.

Par courrier du 30 janvier 2016 [recte : 2015], dans le respect du délai prolongé par l'OAI, l'assuré a formé opposition au projet de décision susmentionné et produit un avis du Dr E. _____ du 26 janvier 2015 adressé à [...] dans lequel il faisait état de ce qui suit :

« **Diagnostic:**

F33.3 Episode dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques.

F 60.0 Personnalité paranoïaque.

Cet assuré de [...] ans, père de deux enfants dont l'un présente un problème de santé, est originaire de [...], il est en Suisse depuis l'année 2000, sans formation professionnelle M. R. _____ a fait quelques missions temporaires jusque fin 2001 puis il n'a plus travaillé.

En date du [...] Monsieur R. _____ et son épouse ont été victime[s] d'un accident de la voie publique qui a occasionné pour le patient un TCC léger, une fracture de la clavicule G et une fracture du 3ème métacarpien de la main G. L'évolution sur le plan psychiatrique s'est faite vers un syndrome de stress post-traumatique avec épisode dépressif et sur le plan physique vers une pseudo parésie du MSG (M. R. _____ est réputé avoir un MSG quasi inutilisable). Puis il a eu des nombreux conflits avec les médecins, experts et assurances.

Il a bénéficié d'une expertise psychiatrique en août 2004 réalisé[e] par le Dr S. _____, qui a retenu le diagnostic de Trouble Anxieux sans précision et il a fixé une capacité de travail de 80%, ce qui a entraîné un refus de rente.

En date du 16.05.2012, le couple a été informé qu'il a été filmé en octobre-novembre 2011. Sur les vidéos effectuées, on le voit utiliser normalement son MSG, sa mimique est peu expressive avec des comportements contraignants et qui entraînent le patient dans une lutte incessante et anxieuse parlant en faveur d'une névrose obsessionnelle.

Dans le cadre d'une nouvelle expertise en mars 2013 un RM du Dr B. _____, médecin adjoint du Département de Psychiatrie du [...] et de Mme X. _____, psychologue, daté du 23.03.2011, décrit[nt] que l'état de santé de l'assuré s'[est] aggravé depuis l'expertise du Dr S. _____. Les diagnostics retenus ont été ceux d'une personnalité paranoïaque décompensée et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, le début de l'incapacité totale fixée par les spécialistes a été à partir du février 2010.

Je suis M. R. _____ dans ma consultation depuis le mois d[e] février 2014 et ceci dans un contexte de tristesse très importante, une perte totale d'espoir par rapport à l'avenir, une anhédonie, un repli social total, une focalisation hypocondriaque sur les symptômes corporels, des troubles du sommeil (insomnies), des idées de persécution (une femme le poursuit pa[rt]out où il va et lit ses pensées), des hallucinations auditives (la même femme lui parle jour et nuit).

En étudiant son dossier nous constatons que depuis son accident en 2001 et malgré les différent[e]s expertises psychiatriques, suivis thérapeutiques et traitement[s] neuroleptiques, l'état psychologique et le contexte socio-économique du patient se sont progressivement péjorés, ses propos sont exclusivement et de manière obsessionnelle sur les conséquences de son accident, les injustices ressenties envers les traitements sociaux et médicaux qui lui sont prodigués. Sur le plan clinique il est de plus en plus triste avec une attitude catatonique face à la vie et les symptômes cliniques de la lignée psychotique sont très florides à l'heure actuelle.

Il bénéfici[e] d'un suivi psychiatrique en raison de 1-2 consultation par mois et d'un traitement psycho-pharmacologique à base du Seroquel XR 200 mg à 20h et du Cipralext 20 mg le matin, son incapacité du travail actuellement est de 100% et le pronostic à l'heure actuelle est *réservé*. »

Dans un avis du 17 février 2015, les Drs D._____ et L._____, médecins au SMR, ont constaté qu'aucune aggravation de l'état de santé n'avait été rendue plausible et que leurs conclusions restaient inchangées.

Le 30 mars 2015, l'OAI a confirmé sa décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 24 juin 2014 de l'assuré.

B. Par acte du 26 mai 2015, représenté par son conseil, Me Olivier Carré, R._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus précitée en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète fondée sur la demande du 26 juin 2014, subsidiairement au renvoi de la cause devant l'autorité intimée. Il a notamment fait valoir que des diagnostics très variables avaient été posés au fil des ans et des consultations et que la situation ex-ante n'était pas solidement établie. Il a relevé et que l'avis du Dr E._____ était le plus récent et qu'une aggravation de son état de santé était plausible. Il considérait que l'OAI devait entrer en matière sur sa nouvelle demande et mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Par décision du 29 mai 2015 (AJ15.020951), le Juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 mai 2015.

Dans sa réponse du 29 juin 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il a principalement rappelé que la décision litigieuse ne concernait que la question de l'existence d'une évolution significative des faits déterminants depuis la dernière décision au fond du 7 juin 2013 et, qu'à la lecture des rapports du G._____ et de ceux du Dr E._____, l'état de santé du recourant n'était pas significativement différent.

Par réplique du 24 août 2015, le recourant a déposé de nouvelles pièces, dont notamment, un rapport de la Dresse V._____ du 17 août 2014. Il a réitéré que son état de santé s'était aggravé.

Dans sa duplique du 15 septembre 2015, l'autorité intimée a constaté que les dernières pièces produites n'apportaient aucun élément nouveau et a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

Dans une écriture complémentaire du 15 octobre 2015, le recourant a fait état de la médication suivie et a produit plusieurs pièces y relatives. Il a réaffirmé qu'il souffrait d'un développement d'une affection revêtant un caractère de gravité incontestable qui n'était pas présent lorsque l'expertise du Dr S._____ avait été rendue.

Par courrier du 5 novembre 2015, l'intimé a notamment rappelé qu'une expertise pluridisciplinaire avait été réalisée en 2013, soit postérieurement à celle du Dr S._____ de 2004 citée par le recourant.

Par courrier du 16 août 2016 à la Cour de céans, Me Olivier Carré a produit sa liste d'opérations.

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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui 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, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

Le recours, formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable.

2. La décision litigieuse est un refus d'entrée en matière sur la nouvelle demande. Les conclusions du recourant ne sont recevables que dans la mesure où elles tendent au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur cette demande, instruisse la cause et statue sur le droit aux prestations. Toute autre ou plus ample conclusion est irrecevable, en particulier la conclusion principale du recourant tendant à l'octroi d'une rente AI par le tribunal. Il ne sera pas ailleurs tenu compte des nouvelles pièces déposées par le recourant, lesquelles n'avaient pas été produites devant l'autorité administrative.

3. a) En vertu 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.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou

parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

b) 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 alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b, 109 V 108 consid. 2a ; cf. TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.1). 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 réf. ; 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'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2, 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2, 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 122 V 158 consid. 1a et les références).

Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI 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. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265 consid. 4a).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité 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 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

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 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2).

d) On ajoutera 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. En l'espèce, en juin 2013 l'intimé a rendu une décision de refus de prestations, principalement fondée sur une expertise pluridisciplinaire du G._____. En juin 2014 le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations. Il s'agit donc - conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus (cf. consid. 3) - de vérifier si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis le mois de juin 2013, voire depuis l'expertise du G._____ réalisée en mars 2013.

Les diagnostics d'épisode dépressif récurrent et de personnalité paranoïaque, de même que la question de symptômes psychotiques, voire schizophréniques, ont été largement évoqués et investigués par les experts du G._____. Ils ne sont donc pas nouveaux, sauf à dire que les experts ont considéré que le diagnostic de personnalité paranoïaque était sujet à caution. Ils ont également considéré qu'une évolution vers une schizophrénie ne pouvait être exclue, « du moins d'un point de vue théorique », mais ont toutefois réfuté ce diagnostic en raison du caractère atypique du tableau clinique présenté par l'assuré. Ils ont donc privilégié le diagnostic de majoration de symptômes physiques et psychiques pour des raisons psychologiques, avec comme diagnostic différentiel une simulation. Dans le même sens, l'anamnèse, la description des plaintes et les constatations cliniques - sommaires - présentées par le Dr E._____, correspondent à ce qui était déjà décrit précédemment par les experts. On constate par ailleurs que le Dr E._____ mentionne les constatations du Dr S._____ ainsi que celles du Dr B._____ et de la psychologue X._____, mais qu'il ne dit rien des constatations de l'expertise du G._____, pourtant la plus récente.

Enfin, le fait que le Dr E._____ ait prescrit du Seroquel et du Cipralex ne permet pas de constater une péjoration de l'atteinte à la santé, mais tout au plus que le Dr E._____ ne partage probablement pas

l'avis des experts du G._____ relatifs à une majoration des symptômes physiques et psychiques ou, à titre de diagnostic différentiel, à une simulation, pour autant qu'il en ait bien pris connaissance. Or, une nouvelle appréciation médicale d'un état de santé inchangé ne constitue pas un motif de nouvel examen du droit aux prestations.

En définitive, vu ce qui précède, il y a lieu de déduire que le recourant n'a pas rendu plausible une modification substantielle de sa situation qui imposerait le réexamen de ses droits à des prestations AI au sens entendu par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. L'intimé était donc légitimé à ne pas instruire sur le fond la demande subséquente présentée par l'assurée et à prononcer le refus d'entrer en matière litigieux.

5. a) Compte tenu de l'ensemble des considérants ci-dessus, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

b) Vu l'issue du recours, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code 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 du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

c) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en

considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ).

En l'espèce, Me Carré a produit une liste de ses opérations le 16 août 2016, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 7.33 heures de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 1'425 francs (TVA comprise). Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ainsi, une indemnité de 108 fr. (TVA comprise) pour les débours est également allouée (art. 3 al. 3 RAJ). Le montant total de l'indemnité de Me Carré s'élève donc à 1'533 francs.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision de refus d'entrer en matière, rendue le 30 mars 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 laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant R._____, est arrêtée à 1'533 fr. (mille cinq cent trente-trois francs), TVA comprise.

- 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 judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré, avocat à Lausanne (pour R. _____),
- 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 :