

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

Mme Berberat et M. Piguet, juges

Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 17 et 53 LPGA

E n f a i t :

A. a) O._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1952, originaire du [...], exerçait la profession de manoeuvre pour le compte d'une entreprise de construction.

Le 2 octobre 1995, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) invoquant des douleurs au dos à la suite d'une chute d'une échelle. Son médecin traitant a notamment fait état d'une symptomatologie tapageuse et démonstrative ne correspondant à rien sur le plan somatique. Dans les divers rapports médicaux figurant dans le dossier de l'assureur perte de gain, il est fait état du côté démonstratif et de la mauvaise collaboration de l'assuré ou d'une importante surcharge psychologique.

Par décision du 25 avril 1996 du Juge de paix du Cercle d' [...], l'assuré a été mis au bénéfice d'une curatelle volontaire.

Par jugement du 10 mars 1997, le Tribunal des assurances du canton de Vaud (TASS) a renvoyé la cause à l'assureur-maladie pour instruction complémentaire de la situation médicale de l'assuré du point de vue psychiatrique.

Par projet de décision du 22 avril 1997, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

Un rapport d'expertise médicale rendu le 30 septembre 1997 par le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin au sein du Centre multidisciplinaire de la Douleur, se concluait comme suit :

« **Discussion**

Il s'agit donc d'un patient [...] de 45 ans qui a fait une chute de 4 mètres environ d'une échelle, le 1er septembre 1994. Une surveillance neurochirurgicale de 24 heures a été nécessaire, les diagnostics de **TCC** [traumatisme crânio-cérébral] et de **contusions multiples** sont posés. La reprise du travail se fait normalement jusqu'au 6 mars 1995, date d'une rechute et arrêt définitif du travail. Les examens somatiques entrepris ne permettent pas de comprendre la situation, qu'ils soient neurologiques, rhumatologique ou IRM. Une tentative de reprise de travail à 25% s'avère être un échec après 24 heures, l'assurance prend la décision de mettre fin aux prestations. Le patient décide alors de faire recours auprès du Tribunal des Assurances, dans une lettre où la hauteur de l'échelle a presque doublé. Le juge, qui estime que l'aspect psychogène n'a pas assez été investigué, demande un complément d'information. De son côté, l'AI refuse également de reconnaître le droit à des prestations.

On remarquera que les différents médecins qui ont investigué le patient le trouvent démonstratif et revendicateur pendant l'examen pour reprendre les termes de la policlinique de neurologie alors que le Docteur Y. _____ dira que *le rapport médecin-malade devient rapidement conflictuel, le patient ayant tendance à s'invalider* pendant que les rhumatologues diront qu'il y a un *syndrome lombovertebral modéré (...)* présenté d'une façon grotesque et démonstrative, pour le psychiatre consulté il y a une *guerre de légitimation*. En fait, à lire l'ensemble des rapports de nos confrères, il semble bien que tout le monde s'accorde à dire qu'il y a exagération, personne par contre ne met en évidence une quelconque pathologie psychiatrique. Ce qui prédomine actuellement est le comportement excessif, démonstratif, inadéquat de Monsieur O. _____, par contre nous n'avons pu mettre en évidence aucune pathologie psychiatrique justifiant d'une incapacité de travail. Le patient ne reconnaît aucune problématique anxio-dépressive, cliniquement et au test il est compensé. En l'absence de toute pathologie psychiatrique avérée dans un contexte somatique discret et en présence d'un comportement démonstratif et exagéré nous devons admettre que nous sommes en présence d'un processus de revendication [appelé autrefois sinistrose]. La capacité de travail objective peut donc être considérée comme totale.

8) Réponses aux questions de la Philos

1. *Diagnostics*

Processus de revendication dans le cadre d'une personnalité borderline compensée.

2. *En cas de « troubles somatoformes douloureux », cette affection l'empêche-t-elle de travailler ? Si oui, à quel taux ?*

Il ne s'agit pas d'un trouble somatoforme.

3. *Même question que ci-dessus en cas de « surcharge psychogène » éventuelle, « état dépressif » ou toute autre affection psychiatrique ?*

Il n'y a pas d'affection psychiatrique au sens strict, ni d'état dépressif. La surcharge psychogène est en fait un état d'exagération et n'empêche pas objectivement de travailler, mais le patient fera certainement tout pour prouver le contraire.

4. *S'agit-il d'une simple revendication de prestation par simulation ?*

Il s'agit d'un processus de revendication.

5. *Si oui, cette simulation entre-t-elle dans le cas d'une maladie psychiatrique?*

Non.

6. *S'agit-il d'un patient aux traits de personnalité antisociaux qui chercherait à utiliser des structures psychiatriques ou sociales dans le but d'en retirer un avantage financier ou autre ?*

On peut le supposer. »

Le 27 novembre 1997, l'OAI a rendu une décision rejetant la demande.

L'assuré a recouru auprès du TASS le 15 décembre 1997. Par jugement du 1^{er} octobre 1998, le TASS a admis le recours, dès lors qu'il avait acquis la conviction que le recourant souffrait d'un trouble psychiatrique grave. Le recours déposé le 11 mars 1999 par l'OAI auprès du Tribunal fédéral (TF) a été admis (TASS VD du 1^{er} octobre 1998, AI 235/97 - 25/1999), en raison de l'absence de trouble somatoforme, et le jugement rendu le 15 décembre 1997 annulé.

En février 2000, l'assuré a eu affaire avec le Service de la population en lien avec la prolongation de son autorisation de séjour en Suisse, compte tenu du fait qu'il avait eu recours à l'assistance publique depuis plusieurs années et que les conditions pour une telle prolongation n'étaient plus remplies.

Dans un rapport du 26 mai 2000, faisant suite à une demande de consilium psychiatrique, le Dr B._____ et la Dresse K._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante au sein du

Département P. _____ (Département P. _____), ont mentionné ce qui suit :

« DIAGNOSTIC (S) PRINCIPAL (AUX) :

- Troubles douloureux associés à des facteurs psychologiques.
- Episode dépressif majeur.

DIAGNOSTIC DE COMORBIDITE :

- Traits de personnalité paranoïaques.

DISCUSSION :

Il s'agit donc d'une demande de consilium que vous nous faites dans le cadre surtout d'une procédure aséculologique et administrative, c'est-à-dire le refus d'une rente AI et une menace d'expulsion du territoire suisse. La question thérapeutique n'est pas au premier plan.

M. O. _____ présente depuis début 1995, un syndrome lombo-vertébral, avec apparition, selon les informations que nous avons pu trouver dans le dossier médical, d'une fixation à ses douleurs, et augmentation du cercle vicieux de ses douleurs et, parallèlement à l'apparition d'un syndrome dépressif. Les symptômes ne sont pas en soi contestés par les différents intervenants médicaux, mais c'est leur authenticité qui est contestée, c'est-à-dire soit quelque chose de somatoforme, soit quelque chose de l'ordre de la simulation, c'est-à-dire la production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques grossièrement exagérés afin d'obtenir une compensation, telle qu'une rente AI.

A l'observation clinique, M. O. _____ présente en effet une symptomatologie dépressive, un trouble douloureux, associé à des facteurs psychologiques, c'est-à-dire dans notre cas une personnalité fragile de par son organisation de personnalité. Chronologiquement et classiquement, le syndrome lombo-vertébral et les symptômes psychiques sont apparus peu après un accident de travail, également dans un contexte social en changement, c'est-à-dire l'arrivée de sa famille en Suisse, et ce quelques mois avant l'accident. Il nous semble que la fragilité que présente M. O. _____, l'accident de travail dont il a été victime, sont susceptibles d'avoir entraîné l'apparition d'un trouble somatoforme, avec une fixation grandissante aux symptômes, parallèlement à la non-reconnaissance de cette douleur. Aller plus avant dans cette discussion représenterait un réel travail d'expertise psychiatrique, que nous ne pouvons pas faire dans le cadre de ce consilium. Ce que nous pouvons dire, c'est qu'actuellement M. O. _____ est en incapacité de travail en raison de sa symptomatologie psychique ; cette symptomatologie pourrait justifier la prescription d'antidépresseurs, qui pourraient également agir sur la souffrance douloureuse de ce patient. »

Le 13 juin 2001, le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rédigé un courrier adressé au Dr F. _____, spécialiste

en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, dont la teneur est la suivante :

« J'ai examiné à ma consultation votre patient, Monsieur O. _____, en date du 29 mai 2001.

Après avoir lu les expertises sur lesquelles se sont basés le Tribunal cantonal des assurances (jugement du 1^{er} octobre 1998), puis le Tribunal fédéral des assurances (arrêt du 20 octobre 1999) et après l'entretien que j'ai eu avec Monsieur O. _____, je suis arrivé à la conviction que les expertises ont laissé de côté un aspect des troubles présentés par votre patient et qui contribue certainement pour une part importante à son état d'incapacité de travail. Il s'agit des traits paranoïaques présentés par Monsieur O. _____ et relevés par ailleurs dans le rapport de la Polyclinique G. _____ (Polyclinique G. _____) du 28 mai 2000.

En effet, Il est frappant de constater que Monsieur O. _____ a la conviction qu'il n'obtiendra jamais la reconnaissance de son incapacité par des médecins et des tribunaux suisses ; Il déclare qu'il veut quitter sa famille pour aller se faire expertiser par des médecins de la [...] au [...] qui, eux, lui donneront raison, puis revenir en Suisse pour obtenir justice. On pourrait penser qu'il s'agit là seulement de la réaction au fait que le Tribunal fédéral a donné raison à l'OAI : n'ayant pas eu gain de cause en Suisse, il va chercher ailleurs. Mais en réalité, il y a plus que cela. Il s'agit bien d'un système de pensée pathologique, dans lequel le monde est divisé entre persécuteurs et justiciers, le reste du monde étant entité négligeable. Il s'agit d'une préoccupation prévalante, exclusive, qui empêche votre patient de se soucier normalement du sort de ses proches. On ne peut s'empêcher d'être frappé par la froideur impressionnante avec laquelle il évoque la situation difficile de sa famille. Il n'est pas possible de tenter de placer la conversation sur ce terrain, il écarte d'un mot toute discussion sur ce sujet et revient à sa préoccupation exclusive. Il exclut par ailleurs toute suggestion relative à son état affectif ou ses sentiments. Toute tentative de son interlocuteur d'évoquer d'autres sujets que l'unique point qui l'intéresse est perçue par lui comme une manœuvre dilatoire et malveillante.

Les troubles décrits rendent Monsieur O. _____ actuellement inapte au travail. En effet, pour qu'il puisse s'engager dans une nouvelle activité professionnelle, il faudrait qu'il puisse sortir de sa position de victime et cesser de se percevoir comme un objet cassé par les conséquences de l'accident du 1^{er} septembre 1994. Le processus psychique qui serait nécessaire à Monsieur O. _____ pour pouvoir modifier cette image qu'il se fait de son propre état est rendue impossible, précisément en raison des troubles psychiatriques mentionnés ci-dessus. Un (sic) telle évolution nécessiterait en effet une disponibilité psychologique dont il est privé en raison du caractère pathologique, envahissant, de ses ruminations à thèmes de préjudices et de revendications. De la sorte, le trouble paranoïaque mentionné maintient Monsieur O. _____ dans son état d'incapacité.

Il me paraît nécessaire de reprendre de ce point de vue l'appréciation du cas de votre patient et de demander une nouvelle

expertise psychiatrique, afin qu'une évaluation équitable de ses droits dans le conflit qu'il (sic) l'oppose à l'OAI soit faite. »

b) Le 10 octobre 2001, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre et le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport le 10 février 2003 qui se terminait ainsi :

« **VII. Discussion:**

La situation de l'assuré en question est extrêmement complexe et marquée par une ténacité de l'attitude revendicatrice, judiciaire et de maintien d'une symptomatologie médicale.

L'on constate en premier lieu que la problématique rhumatologique s'est quelque peu diluée pour devenir moins précise, beaucoup plus globale et aussi moins prononcée que décrit lors des premiers rapports en 1995. Aujourd'hui, Monsieur O._____ montre un dos et un déroulement des douleurs qui correspond exactement à ce qui a été décrit auparavant, à savoir les lombalgies ordinaires. Il est tout-à-fait possible que le patient ait ressenti ces douleurs quelque peu gênantes, mais accentuées par la suite, au fur et à mesure que reconnaissance et revendication n'ont pas été obtenues. Il est bien possible que ce processus porte **un double axe**, à savoir un de la perception où l'assuré est dans une forme d'**augmentation de l'attention** à un problème, et celle d'une **accentuation motrice** qui amène à des tableaux excessifs, presque caricaturaux, de multiples fois décrits.

Ici, nous joignons tout à fait les observations sur le mécanisme des douleurs et du status quo que le Dr D._____ a fait (sic) que nous avons citées en longueur.

Avec une intelligence certainement relativement limitée, un mode opératoire et suivant un fonctionnement-raisonnement mécanique simple, Monsieur O._____ se trouvait et se trouve toujours dans **un cercle auto-accentuant** : moins il est cru, plus il accentue. Ce schéma de fonctionnement est observable pour d'autres domaines, la boiterie, les problèmes de respiration, mais aussi les symptômes psychiques, son mal-être et son comportement.

Avant d'entrer dans les particularités psychiques de ce patient, retenons donc uniquement **le côté bénin de ses troubles somatiques** divers, de nombreuses fois reconfirmé par les différents examinateurs.

En ce qui concerne les particularités psychiques et de ses comportements, il nous semble clair que son appréciation est en lien étroit avec la situation sociale, familiale et la dynamique socio-professionnelle qu'il a lui-même engendrée. Tout d'abord la situation initiale de l'assuré était parfaitement stable avec une relativement

bonne intégration et auto-assurance avec sa forme et sa force physique. Gagnant sa vie en Suisse par son bon engagement, il a pu d'abord entretenir sa femme et ses deux enfants relativement facilement à travers le décalage de pouvoir d'achat entre la Suisse et le [...]. Les troubles sociaux et la guerre ont probablement perturbé la situation, bien qu'il ne soit pas possible, avec nos moyens, de déterminer dans quelle mesure le patrimoine personnel du patient et de sa femme a été vraiment lésé. Certaines contradictions existent ici comme démontré.

L'arrivée de sa femme avec deux enfants, ensuite l'arrivée du troisième, ont considérablement alourdi la tâche économique et réelle de l'assuré. Nourrir d'un coup 4 personnes avec le même salaire, ceci dans les conditions purement suisses représentait un énorme changement. Ensuite est arrivé le 4ème enfant, ce dernier de plus handicapé, nécessitant des soins continus et d'une manière prévisible pour toute sa vie.

Cette situation de surcharge, de difficultés économiques et de déplacement de ses moyens a été tôt évoquée par le patient lui-même et par ses différents médecins. Depuis le printemps 1995, la chute du patient d'une échelle avec contusions costales a été "récupérée" pour focaliser le malaise global de cet homme, de sa situation assez désastreuse et pour en déduire des revendications. Là aussi, différents experts se sont penchés sur la question pour arriver aux mêmes conclusions.

Dès lors, il s'agit d'un processus d'auto-confirmation, l'on pourrait aussi dire auto-rigidification, c'est-à-dire un processus du type "quod erat demonstrandum", autrement dit la fixation sur sa manière de voir les choses devient seule manière de voir et toute autre opinion est rejetée. Ici on est effectivement dans le processus décrit par le Docteur L._____, mais qui, à notre avis, représente une problématique psychodynamique et non une maladie du type psychotique, voire psychose paranoïde autonome.

Ce qui complique l'approche est le fait qu'il s'agit parallèlement de troubles de personnalité qui, au fur et à mesure du processus décrit et avec le temps prennent une allure forte et rigide. Ces troubles que l'on dirait plutôt polymorphes, mais incluant bien quelques aspects d'une personnalité quérulente, ont pris de l'ampleur à un tel point qu'ils sont devenus une sorte de deuxième nature de l'assuré, perceptibles jour et nuit et dans n'importe quel entourage, incluant sa propre famille, de la même manière. **Cet aspect de cohérence lui donne maintenant aussi son poids massif et fait distinguer le patient d'une simple démonstration ou exagération.** En cela, nous comprenons pourquoi le Docteur L._____ était impressionné par les troubles.

Mais avant de se déterminer plus en détail sur le diagnostic différentiel et la détermination diagnostique, il nous semble important de chercher une signification à ce qui s'est passé. A notre avis, ce patient s'est "coincé" au niveau de son existence de base entre deux options de vie qui ne permettent plus de retour en arrière : d'une part sa décision de quitter le [...] et sa situation familiale d'origine, lié à un choix conjugal et familial, d'autre part "l'option suisse" avec les nombreuses difficultés et possibilités qu'il a rencontrées.

Néanmoins et malgré la mal-adaptation de son épouse et de lui-même, ses enfants ont pris un chemin d'intégration, ce qu'il réalise certainement relativement bien avec sa manière "instinctive" de raisonner. Les avantages sociaux sont nets et permettent à trois enfants de faire un chemin scolaire et de formation correct (sic), ainsi qu'une prise en charge médico-sociale de l'enfant handicapé. L'assurance et la certitude avec laquelle la fille aînée nous parle de sa formation soulignent cette vision des choses.

A un niveau psycho-dynamique, l'on pourrait comprendre la symptomatologie globale de l'assuré dans le sens d'un sacrifice. Symboliquement, à travers sa "maladie", sa démonstration absolue de son mal-être, il permet à ses enfants de grandir et d'honorer (maladivement) ses obligations de père.

Contrairement à ce qu'écrit Dr L. _____, le père s'occupe donc de sa famille, à sa manière. Mais cette vision n'est seulement possible qu'avec l'élargissement systémique que nous avons amené.

En ce qui concerne la réflexion sur les diagnostics différentiels, le terme de "trouble douloureux somatoforme persistant" est à discuter. Ce diagnostic postule *"des conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux suffisamment important pour être considérés par un clinicien comme cause essentiel du trouble"* (OMS).

Si l'on regarde de près ce qui intervient chez Monsieur O. _____ comme conflits possibles et problèmes psychosociaux, nous trouvons les éléments suivants :

- situation de menace de renvoi au pays,
- perte de l'image devant sa famille d'origine et élargie,
- difficultés de réinsertion y liées,
- scolarisation et chemin professionnels de ses enfants plus incertain,
- l'existence d'un enfant handicapé,
- charges importantes pour la prise en charge de 6 personnes,
- épouse non-intégrée.

Il s'agit alors plutôt d'une situation de cumul de facteurs que de véritables conflits. De plus, ces facteurs sont entièrement issus de la décision propre et de la volonté de l'assuré (immigration, suivi de la famille etc), ceci à l'instar des éléments notifiés dans le dossier où l'assuré déclare de ne pas "vouloir" travailler etc.

On peut tout à fait comprendre l'assistant social qui est confronté à la situation de cette famille de longue date et qui est en face de ce cumul de facteurs et de l'ampleur sociale qu'ils représentent. Mais l'analyse de ces éléments les situe plutôt dans le registre d'une "vie dure" et des obstacles circonstanciels à une famille nombreuse avec peu de moyens.

Pour ce qui concerne le dernier enfant de l'assuré, des accusations nettes sont formulées envers les médecins qui serait responsables de son handicap et une sorte de revendication / réparation est perceptible. Ce facteur joue certainement un rôle parallèle dans le processus d'accentuation décrit.

Contrairement à certaines allégations dans le dossier et notées (par exemple Département P. _____), l'assuré a une connaissance des enjeux de son agir. Les échanges avec son avocat dont les traces que nous avons cités en témoignent clairement.

Nous avons également pris note à quel point le dossier a été "politisé", dans un enjeu complexe d'interactions entre acteurs politiques, sociaux, avocats et médecins. Les échanges cités (Carré - L. _____) montrent aussi des tentatives d'influence sur l'appréciation médicale qui sera, de ce fait complètement disqualifiée.

VIII. Diagnostic et conclusions :

Pour traduire le processus décrit et la personnalité particulière, nous arrivons avec l'instrument de la Classification Internationale des Maladies en vigueur (CIM-10) aux termes suivants :

1. Troubles hypocondriaques (F 45.2 selon CIM-10).

La caractéristique essentielle de ce trouble est une préoccupation persistante concernant la présence éventuelle d'un ou de plusieurs troubles somatiques graves ou évolutifs, se traduisant par des plaintes somatiques persistantes. Des sensations et des signes physiques normaux ou anodins sont interprétés par le sujet comme anormaux ou pénibles. L'attention du patient se focalise sur quelques organes ou systèmes.

Dans les directives pour le diagnostic, on postule deux éléments :

- a) conviction d'être atteint d'une ou de plusieurs maladies somatiques, alors que les investigations et les examens répétés ne mettent en évidence aucune cause organique plausible,
- b) refus persistant d'accepter les conclusions et les propos rassurants des médecins confirmant l'absence de toute maladie ou anomalie somatique pouvant rendre compte des symptômes.

Chez Monsieur O. _____, l'on pourrait parler d'un processus hypocondriaque qui inclut non seulement les aspects somatiques, mais aussi ceux de son mal-être psychique global, comme il est dit : "*complètement pas bien*".

2. Troubles spécifiques de la personnalité (F 60, CIM-10)

Il s'agit ici de perturbations sévères de la constitution caractérologique et des tendances comportementales de l'individu, concernant habituellement plusieurs secteurs de la personnalité et s'accompagnant en général de difficultés personnelles et sociales considérables. Cette catégorie diagnostique, pas encore approfondie à satisfaction de tous, est utilisée d'une part pour caractériser les modes de fonctionnement spécifiques d'une personnalité, d'autre part comme troubles psychiatriques dans le sens strict du terme. Existants souvent sous forme mineure à l'adolescence ou à l'âge de jeune adulte, ils peuvent prendre un véritable essor et accentuation en lien avec d'autres événements de la vie.

Dans ce cas, nous observons plusieurs traits d'une personnalité problématique, à savoir

2 a: Personnalité paranoïaque, aussi nommée personnalité quérulente (F60.0 dans CIM-10) avec

- une sensibilité excessive aux échecs,
- une tendance rancunière,
- une tendance envahissante à déformer les événements en interprétant les actions impartiales d'autrui comme hostiles ou méprisantes,
- un sens tenace de ses propres droits légitimes, hors de proportion avec la situation réelle.

2 b : Personnalité histrionique (60.4, CIM-10), problématique caractérisée par une

- dramatisation théâtrale et hyperexpressivité,
- suggestibilité
- affectivité superficielle et labile, etc.

2 c : Personnalité émotionnellement labile, type borderline (F 60.31, CIM-10),

troubles de la personnalité caractérisés par une tendance à agir avec impulsivité, balancement de l'image de soi entre surévaluation et échec, instabilité émotionnelle et de l'agir.

Finalement, un autre aspect entre en ligne de compte :

3. Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (et sociales), (F 68.0, CIM-10)

Il s'agit de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet adopte une attitude histrionique (recherche de l'attention d'autrui), comprenant parfois aussi des plaintes surajoutées, sans substrat somatique.

L'insatisfaction relative aux résultats du traitement ou des investigations, de la déception quant à la qualité des soins médicaux peut jouer un rôle. Dans ce cas, il existe aussi une motivation claire pour une compensation financière pour lui-même ou indirectement pour sa famille, voir l'enjeu de son droit de séjour.

Avec cette grille diagnostique, le tableau actuel du patient nous semble circonscrit dans l'essentiel. De nombreux autres aspects existent secondairement, mais n'ont pas d'importance suffisante pour fonctionner comme diagnostics à part. De plus, il est à relever que le patient est sous anti-dépresseurs et neuroleptiques, ce qui souligne dans l'ensemble un tableau clinique plutôt compensé. Nous rejoignons ici la situation de 1997 où l'expert parle d'un trouble borderline compensé également.

Ce qui a été souvent évoqué par les "défenseurs" de l'assuré est un état dépressif. Mais, avec

- tous nos moyens diagnostiques à disposition,

- un fond linéaire plutôt agressif que dépressif;
- absence des critères habituels,

nous ne pouvons pas confirmer cette impression. La difficulté réside dans le fait que - phénomène d'ailleurs rencontré souvent - un état d'abattement, une personne affligée, accablée ou dans un état de mal être diffus est souvent perçu comme "dépressif" ou "déprimé" Mais un épisode dépressif ou un trouble dépressif récurrent, en tant qu'entité de maladie, répond à des critères diagnostiques précis et ressemble à un état bloqué de "paralysie intérieure".

Des cas atypiques, somatoformes et "larvés" de dépression existent, mais l'OMS définit comme critères des perturbations nettes dans les domaines de :

- tristesse,
- intérêt,
- énergie,
- estime et confiance,
- culpabilité,
- concentration,
- idées de mort,
- ralentissement et agitation,
- sommeil,
- appétit.

A part les données anamnestiques, subjectives, les observations cliniques, l'expert fait également une comparaison avec les situations cliniques de personnes souffrantes (sic) de dépression qu'il suit au niveau thérapeutique, ce qui lui permet en général d'établir une sorte de cohérence entre les données avant de se prononcer.

Même si l'on admettait ici des aspects dépressifs hypothétiques, ces derniers seraient dans ce cas positivement influencés par la médication psychotrope. Il est de même avec l'administration du neuroleptique qui a, selon les descriptions extérieures, un (sic) certaine influence sur l'agressivité de l'assuré et ses agirs bruyants.

En quelque sorte, nous nous trouvons dans la situation d'une accentuation relative, des années après le déclenchement de la problématique, avec alourdissement des traits de personnalité et son côté caractériel. Nous sommes aujourd'hui devant un sujet "très spécial", prostré chez lui, souffrant pour lui-même et sa famille, mais sans notion de maladie invalidante.

L'assuré a, par le processus de fixation hypocondriaque et d'accentuation, produit une telle ampleur qu'un retour à la normalité ou une réinsertion dans le circuit économique paraît bloqué. Autrement dit, l'ensemble des troubles décrits ne représente en soi pas d'invalidité et semble subordonnés au service du gain que cet assuré espère obtenir. Même s'il est possible de retracer son cheminement et fonctionnement désespérés, même s'il est possible de saisir pour un moment emphatiquement la charge de cet homme, et de sa famille, même si une finalité humanitaire pourrait jouer un

rôle dans l'appréciation, il nous semble cependant que les critères strictement médicaux et socio-culturels en vigueur ici ne permettent pas une reconnaissance d'invalidité.

Ce que nous retenons aujourd'hui, également décrit comme processus d'invalidation devrait donc trouver une réponse non médicale, à savoir sociale ou politique. »

Par décision du 11 juin 2003, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

Le 16 février 2004, le Centre social protestant (CSP) a écrit à l'OAI que l'assuré avait fait opposition le 7 juillet 2003 et lui a demandé de rendre une décision sur opposition. Une copie de cette opposition était jointe avec la mention « LSI ». L'assuré n'a toutefois pas pu établir l'envoi de cette lettre. Dans une correspondance du 24 février 2004, il est écrit qu'il ne l'avait pas envoyée par « recommandé ». Par décision du 1^{er} mars 2004, l'OAI n'est pas entré en matière pour cause de tardiveté.

c) Le 13 avril 2004, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI.

Le Dr F._____ a rédigé un rapport le 19 mai 2004, dont la teneur est la suivante :

« M. O._____ est régulièrement suivi à ma consultation depuis mars 2000.

Nous ne reviendrons pas sur les antécédents de M. O._____ qui a déjà effectué deux demandes de rentes auprès de l'office AI pour le canton de Vaud, qui se sont soldées par des échecs. Il est à relever que la première demande a été effectuée en raison de douleurs multiples et la deuxième en raison d'un trouble psychique. Les expertises effectuées n'ont pas permis de mettre en évidence une atteinte donnant droit à une rente.

Toutefois, la prise en charge au quotidien de ce patient est difficile et ce dernier présente de nombreuses affections intercurrentes qui le rendent, à mon avis, inapte à toutes activités professionnelles.

Diagnostics : Diabète de type II non-insulino requérant.

HTA essentielle.

Tachyarythmie sinusale d'étiologie indéterminée.

Hypertriglycémie massive dans le cadre d'un syndrome X.

Syndrome douloureux multiple.

Très probable trouble hystérisiforme.

L'état de santé de ce patient est donc fragile et les récentes investigations ont permis de mettre en évidence un diabète type II dans le cadre d'un syndrome pluri-métabolique sévère, associé à une hypertriglycémie très importante. M. O. _____ présente aussi une cardiopathie hypertensive ainsi qu'une tachyarthmie sinusale dont l'étiologie devra encore être précisée.

Ces éléments entraînent une fatigabilité extrême et le rendent inapte au travail.

A mon avis il est, d'une façon plus globale, essentiel d'effectuer, en l'état, une évaluation multidisciplinaire de la situation de ce patient. En effet, s'il est vrai que les considérations isolées sur la santé, tant physique que psychique de ce patient n'ont pas permis de mettre en évidence une atteinte donnant droit à une rente, il est évident que l'état général présenté par M. O. _____ ne lui permet pas de pouvoir obtenir une place de travail non plus. La démarche médicale actuelle est donc effectuée dans le but de pouvoir obtenir une évaluation pluridisciplinaire de la situation de M. O. _____, qui pourrait être effectuée auprès du COMAI [Centre d'observation médicale de l'AI].

En tant que médecin de premier recours, actuellement médecin traitant de M. O. _____, il me semble que cette évaluation globale basée sur un mode de réflexion biopsychosociale permettrait une évaluation en adéquation avec les modes de réflexion de médecine holistique actuellement enseignés.

Traitement actuel :Haldol 1	1-0-1
Surmontil 100	0-0-1
Concor 10	1-0-0
Nexium 40	1-0-0
Dafalgan 1000	1-1-1
Glucophage forte	0-1-1 »

Par décision du 7 juin 2004, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande. L'assuré, par l'intermédiaire du CSP, a formé opposition le 30 juin 2004. Un nouveau rapport du Dr F. _____, daté du 28 juin 2004, pratiquement identique au précédent, a été produit. Par décision sur opposition du 13 juin 2005, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que le syndrome métabolique présenté par celui-ci ne constituait pas une atteinte à la santé invalidante. L'assuré a recouru au TASS le 13 juillet 2005 et cette autorité a rendu un jugement le 9 mars 2006, rejetant le recours.

d) Le 15 décembre 2006, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations auprès de l'OAI.

Par projet de décision du 8 mai 2007 confirmé par décision du 28 juin 2007, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande précitée.

e) Le 11 mai 2012, l'assuré a déposé une cinquième demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans un rapport du 22 juin 2012, le Dr F. _____ a posé les diagnostics suivants, ayant une influence sur la capacité de travail :

- Schizophrénie (F 20.9)
- Trouble douloureux chronique dans le cadre d'idées délirantes somatiques d'une schizophrénie, ces diagnostics existant depuis 2003.

Comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, le médecin précité a retenu ce qui suit :

- Diabète type II insulino-requérant
- Carcinome urothélial de la vessie
- HTA
- BPCO
- Status post ulcère gastrique

Le Dr F. _____ s'est également exprimé en ces termes :

« Il s'agit d'un patient originaire du [...], en Suisse depuis les années 80. Suite à un épisode de chute sur un chantier à la fin des années 80, le patient a développé un syndrome douloureux chronique empêchant toutes activités professionnelles. Une reconversion n'a jamais été possible. Les divers bilans somatiques effectués n'ont jamais permis de mettre en évidence une quelconque origine somatique à l'existence de ce syndrome douloureux chronique.

Depuis quelques années, le patient a développé un syndrome métabolique avec un diabète type II insulino-requérant et au début de cette année un carcinome urothélial de la vessie a été mis en évidence au Centre hospitalier V. _____ en raison d'hématuries. Un TTT [traitement] chirurgical par TURV [résection transurétrale de la vessie] a été effectué avec une surveillance clinique organisée.

Ce qui frappe dans la prise en charge sur le long terme de ce patient qui est relativement frustré au niveau psychologique est, d'une part, l'impossibilité de mettre en évidence une origine au syndrome douloureux chronique mais également un comportement grossièrement désorganisé rendant toute vie sociale impossible. D'autre part, le patient a présenté à de nombreuses reprises des

épisodes délirants avec somatisations multiples ayant entraînés diverses investigations cardiologiques. On note également des épisodes de violences envers sa famille.

Un TTT de neuroleptiques a été introduit il y a quelques années avec bon effet.

Constat médical :

avec le recul, l'analyse de cette situation complexe permet d'évoquer assez clairement une schizophrénie. Je retiendrais personnellement comme éléments marquants, la désorganisation du comportement, le syndrome douloureux chronique d'étiologie indéterminée ainsi que des troubles délirants avec des somatisations importantes ainsi que des épisodes de violences envers sa famille.

Les consultations sont d'ailleurs extrêmement bien suivies par le patient qui respecte le cadre et il a été extrêmement difficile de mettre en route un TTT par insulinothérapie de son diabète en raison du caractère intrusif de cette médication.

Le constat médical est donc extrêmement sombre, puisque le diagnostic de schizophrénie doit être retenu. »

A la requête de l'OAI, le Dr F. _____ lui a adressé un nouveau rapport le 3 décembre 2012, dont la teneur est la suivante :

« Votre demande de renseignements du 14.09.2012 m'est bien parvenue et vous trouverez ci-après un mémoire complémentaire au rapport AI que j'ai eu l'occasion de vous adresser le 3.07.2012.

J'ai également eu l'occasion durant l'été dernier d'avoir une conversation téléphonique avec l'un de vos collaborateurs qui me demandait de préciser divers éléments qui m'amenaient à poser un diagnostic de psychose et plus spécifiquement de très probable schizophrénie.

Pour étayer mes propos, je me propose de reprendre l'épais dossier de M. O. _____ et de vous transmettre les divers descriptifs en ma possession.

D'abord, dans le rapport remis par le centre multidisciplinaire de la douleur du 30.09.1997, je relèverais les éléments suivants :

L'histoire médicale du patient où il est spécifié que M. O. _____ a été victime d'un accident en date du 1.09.1994, il était alors âgé de **42 ans**, ce qui nous conforte dans la possibilité diagnostic car l'âge de survenue correspond ainsi aux critères décrit pour une schizophrénie.

A la page 9 dudit document, il est écrit qu'à l'examen clinique, M. O. _____ se présente à la consultation, *il a un aspect relativement négligé presque sale*. Il est également écrit que la *collaboration n'est pas très bonne et les informations données ne sont pas très précises*. La personnalité est décrite comme *probablement de **type borderline**, présentant des phénomènes de somatisations multiples sur fond d'exagération certain*.

Le document relevant suivant est un jugement du tribunal cantonal des assurances du 1.10.1998 dans la cause O. _____ contre office AI.

Dans ce rapport, les juges cantonaux s'éloignaient clairement des conclusions de l'expert en démontrant que ce dernier n'avait rendu **un rapport que partiel et contradictoire**. Ils concluaient que finalement le tribunal avait acquis la conviction que le recourant souffrait effectivement d'un **trouble psychiatrique grave** entraînant une invalidité totale. Ce jugement avait été cassé par le tribunal fédéral des assurances dans un arrêt du 20.10.1999 que la *cour cantonale ne saurait être suivie dans la mesure où elle substitue sa propre conviction aux conclusions du rapport de l'expert* pour retenir que l'assuré souffrait d'un trouble psychiatrique grave entraînant une invalidité totale.

Dans la suite de la prise en charge, j'avais adressé le patient au Dr L. _____ (sic), psychiatre FMH à Lausanne qui concluait en la présence chez le patient d'un **système de pensées pathologiques** dans lequel le monde est divisé entre persécuteurs et justiciers. Le reste du monde étant quantité négligeable. Plus loin, il évoque l'impressionnante froideur avec laquelle le patient évoque la situation difficile de sa famille et dans ce rapport, **M. L. _____ (sic) présentait sa conviction que les expertises avaient laissés de côté une part importante des troubles psychiques présentés par le patient. Ils concluaient en la présence de troubles de la lignée paranoïaque très importants.**

En mai 2000, j'avais adressé le patient au Département P. _____ (**Département P. _____**) qui concluait également à la présence de **traits de personnalité paranoïaque**. Par la suite, une expertise médicale avait été demandée par l'office AI au Dr R. _____, expertise réalisée en date du 10.02.2003 qui refusait de considérer la présence d'une pathologie psychiatrique invalidante au profit d'une argumentation très politisée. Toutefois, nous remarquons dans les **conclusions de son expertise, la persistance de traits paranoïaques, de traits histrioniques et également la présence** d'une (sic) diagnostic de personnalité de type borderline.

Depuis maintenant 13 ans que je suis amené à suivre ce patient, je me suis rendu compte de certains éléments cliniques présents.

Il est vrai qu'au début de la prise en charge, seul le caractère démonstratif pouvant semblant (sic) revendicatif envahissait le contenu de la consultation. Depuis quelques années, les rencontres sont plus sereines et j'ai accompagné ce patient dans de multiples problématiques somatiques, à savoir la découverte d'un diabète de type II, une HTA, une BPCO ainsi que tout récemment la survenue d'une paralysie faciale périphérique G. **Il m'est apparu que l'évocation de la douleur est la seule possibilité qu'à (sic) ce patient, de pouvoir entamer une relation.**

J'évoquerais également le **réseau social extrêmement fruste** de par (sic) M. O. _____, ce dernier vit avec sa famille, ses enfants semblent bien intégrés et le patient n'a aucun autre tissu social. Il rentre dans son pays d'origine 4 à 5 semaines durant l'été pour garder contact avec ses frères et sœurs.

Le reste de l'année, il vit à son domicile, sans grande activité. Il arrive parfois que les contacts avec M. O. _____ soient tendus à la limite de la violence verbales voire physique (il s'est montré au moins à une reprise très menaçant envers une de mes assistantes).

Il y a quelques années, sa famille avait évoqué la survenue d'épisodes de violences physiques, raison pour laquelle un traitement neuroleptique avait été introduit. Depuis, l'évolution est favorable et le patient, d'après sa famille, n'a pas repassé à l'acte.

Conclusions :

Pour ma part, M. O. _____ a présenté dans les suites d'un accident survenu à 42 ans, un développement d'une symptomatologie douloureuse, chez qui, aucun thérapeute n'a jamais pu mettre en évidence de substrat.

Pour ma part, je pense que ce patient devait précédemment souffrir d'un trouble psychiatrique indolent et la symptomatologie bruyante que nous connaissons, s'est manifestée suite à l'accident de travail. Il s'agit là d'une manifestation exceptionnelle.

L'âge de survenue soit le début de la quarantaine est parfaitement compatible avec le diagnostic évoqué de schizophrénie. D'autre part, afin d'étayer un tel diagnostic, je retiendrai particulièrement **le retrait social, les idées délirantes de type paranoïaque, un discours qui est constamment désorganisé avec un comportement qui l'est également. De plus, nous retrouvons des altérations significatives dans les domaines majeurs du fonctionnement, soit le travail, relations interpersonnelles.**

Dans les divers rapports cités et notamment le rapport du Dr X. _____ (sic) en 1997, la description du test de Rochschach (sic) qui est situé à la page 10 est d'ailleurs à mes yeux très pathognomonique.

En effet, ce que le thérapeute imagine comme étant une **ignorance des règles sociales** est à mes yeux déjà la manifestation de cette désorganisation sociale.

Il me semble actuellement essentiel de demander une nouvelle expertise psychiatrique eu égard aux 12 ans de suivi assumés par le médecin généraliste que je suis. »

Le Dr W. _____, médecin au sein du Service médical régional AI (SMR), ayant été d'avis que le médecin traitant avait rendu possible une aggravation de l'état de santé de l'assuré, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique ou d'un examen psychiatrique au SMR. L'expertise en question n'a pu avoir lieu compte tenu du comportement agité de l'assuré.

Une expertise a alors été confiée au Service de médecine J. _____ (Service de médecine J. _____) de la Clinique psychiatrique universitaire du Centre hospitalier V. _____ et effectuée par le Prof. C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport du 19 septembre 2015 se terminait ainsi :

« 4 Diagnostics

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

- *Trouble schizotypique (F21)*
- *Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)*
- *Modification durable de la personnalité (F 62.9)*
- *Syndrome métabolique avec obésité et altération de l'état général*

Depuis quand sont[-]ils présents ?

Le syndrome douloureux somatoforme persistant existe depuis 1995, de même que le trouble schizotypique et la modification durable de la personnalité. Ces deux derniers troubles semblent anamnesticquement s'être développés dans le contexte d'une décompensation psychique consécutive à l'apparition du syndrome somatoforme douloureux.

Le syndrome métabolique est mentionné dans les dossiers médicaux depuis 2004

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- *Diabète de type II insulino-requérant*
- *HTA essentielle*
- *Troubles mictionnels irritatifs avec status post TURV pour carcinome urothélial de la vessie*
- *Paralysie faciale d'origine idiopathique, régression spontanée*

Depuis quand sont[-]ils présents ?

Le diabète est signalé depuis 2004 de même que l'HTA. Le carcinome urothélial de la vessie a été diagnostiqué en 2012. Un premier épisode de paralysie faciale a été relevé en 2012, un second en 2014.

5 appréciation du cas et pronostic

M. O._____ présente depuis 1995 un indiscutable trouble somatoforme douloureux. Le caractère de la douleur évoquée, la fixité et l'absence d'évolution de ce tableau douloureux chronique depuis près de 20 ans ne laissent que peu de doute quant à l'existence de ce trouble.

Suivant le DSM IV, un trouble somatoforme douloureux est diagnostiqué lorsque, au centre du tableau clinique se trouve une douleur intense, non produite intentionnellement, et qui est à l'origine d'une souffrance ou d'une altération significative du mode de vie du patient. Le DSM IV indique aussi que « *le retentissement de la douleur peut consister, par exemple, en une incapacité de travailler ou à aller à l'école, en un recours fréquent aux systèmes de soins, en une focalisation exclusive de la vie du sujet sur la douleur, en une prise substantielle de médicaments et en des problèmes relationnels tels que des dissensions conjugales et perturbations du mode de vie familial* ». Tous ces éléments sont largement illustrés par l'évolution de M O._____ depuis 20 ans.

Cette définition rejoint celle de la CIM-X qui indique, à propos du syndrome douloureux somatoforme persistant que « *la plainte essentielle concerne une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique...* ».

Actuellement M. O. _____ décrit ses douleurs de manière quasi superposable aux descriptions qui en sont faites tout au long des dossiers médicaux. Toute son activité psychique est concentrée sur ces douleurs ; ses déambulations et ses attitudes au cours des entretiens n'ont pour seule visée que d'essayer de soulager celles-ci. Le (sic) seuls propos un tant soi (sic) peu cohérents et suivis qu'il peut exprimer ne concernent que celles-ci au point qu'il est incapable de décrire ou même d'évoquer les autres pathologies objectives qui l'obligent à un suivi régulier et nécessitent un traitement important.

La présentation histrionique et démonstrative de M. O. _____, le contexte d'une revendication agressive de la reconnaissance de ce trouble, ont renforcé l'impression d'une exagération volontaire et utilitaire de ce trouble pour obtenir un gain indépendamment d'une pathologie invalidante.

Néanmoins l'évolution globale, psychique et somatique, de M. O. _____ permet d'écarter formellement la dimension volontaire du tableau clinique présenté par celui-ci. Actuellement il ne revendique plus la reconnaissance de celui-ci, pas plus qu'il ne verbalise une revendication financière ou matérielle. Il semble, d'ailleurs être étranger à toute contingence de cet ordre depuis des années. Il est uniquement confronté à l'existence insistante de ce vécu douloureux sans autre préoccupation que d'en être soulagé.

L'analyse rétrospective de l'évolution du trouble et sa répercussion sur l'ensemble des sphères affectives, émotionnelles et relationnelles indiquent bien à quel point ce trouble douloureux a évolué pour son propre compte indépendamment de la volonté de M. O. _____, le conduisant à un repli massif venant hypothéquer toute vie relationnelle, professionnelle et familiale en enfermant M. O. _____ dans une spirale persécutoire et sans issue.

La plupart des professionnels consultés ainsi que les experts précédents ont relevé le caractère fixé du trouble et la sthénicité avec laquelle M. O. _____ revendiquait la reconnaissance de celui-ci. Ce dernier trait a conduit à plusieurs reprises les praticiens à évoquer l'existence de traits de personnalité paranoïaque devant aussi la méfiance et l'hostilité et l'agressivité avec laquelle M. O. _____ peut se présenter à autrui.

La personnalité de M. O. _____ a été indéniablement modifiée par ce long parcours douloureux qui a été à l'origine de l'effondrement narcissique dans lequel s'est retrouvé plongé M. O. _____ avec l'échec que pouvait constituer à ses yeux une telle affection et l'incapacité dans laquelle il se trouvait de pouvoir subvenir aux besoins des siens au moment où l'arrivée de sa famille en Suisse devait représenter le signe patent de sa réussite.

Toutes les observations médicales successives ainsi que celles de sa famille témoignent d'un retrait relationnel massif, d'une désorganisation des conduites, d'un apragmatisme total, d'une incurie massive pouvant conduire à une hygiène de vie catastrophique source d'un syndrome métabolique majeur. M. O. _____ a vite semblé pris dans un cercle vicieux où le syndrome douloureux et ses conséquences psychiques ont restreint son activité en aggravant le syndrome métabolique qui en retour a contribué à réduire encore plus ses possibilités de mobilisation.

Le tableau présenté par M. O._____ frappe aussi par son indifférence affective à l'égard de ses proches qui contraste avec l'énergie et la disponibilité dont ils témoignent [à] son égard. Il présente en outre une quasi méconnaissance des convenances qui le conduit à des comportements incongrus, voire grossiers pouvant aller jusqu'à l'agressivité. Si un vécu dépressif a pu être évoqué par le passé par certains médecins, les affects apparaissent actuellement tellement abrasés que M. O._____ semble incapable d'éprouver autant un affect de tristesse le concernant qu'une quelconque sollicitude pour autrui

Ces troubles comportementaux massifs, qui semblent avoir été légèrement améliorés par la prescription de médicaments neuroleptiques ne peuvent être mis sur le seul compte d'un caractère frustré et de carences éducatives dont on peut d'ailleurs douter si l'on considère sa trajectoire jusqu'à l'accident de 1994 et la description que font ses proches.

L'expertise du Dr X._____ (sic) note, en 1997, que M. O._____ présente une structure prépsychotique à la passation des tests projectifs. La massivité des troubles du comportement de M. O._____ ne peut être expliquée par les seuls aspects pathologiques de sa personnalité relevés, en particulier dans l'expertise du Dr R._____.

Malgré leur apparition tardive, qui peut probablement être mise en rapport avec la survenue du trouble somatoforme douloureux, les troubles présentés par M. O._____ appartiennent au registre des troubles schizophréniques et possèdent les caractéristiques d'un trouble schizotypique. Notre examen permet de mettre en évidence largement plus que les quatre manifestations requises par la CIM X pour poser ce diagnostic : affect inapproprié avec attitude froide et distante, comportement ou présentation bizarre, excentrique ou singulier, pauvreté du contact et tendance au retrait social, méfiance ou idéation persécutoire, ruminations obsessionnelles contre lesquelles le sujet ne lutte pas, épisodes transitoires quasi psychotiques comportant des idées pseudo délirantes etc

L'ensemble du tableau nous place devant une pathologie psychiatrique lourde et invalidante évoluant depuis des années et l'évidence d'une évolution d'allure psychotique peu susceptible d'amélioration devant l'importance des symptômes négatifs (perte de l'élan vital, appauvrissement relationnel et du langage, indifférence affective, etc.), la détérioration psychique et physique manifeste et les perturbations comportementales qui relèvent autant de la bizarrerie que d'un vécu de persécution et qui rendent compte d'une déconnexion de la réalité.

B influences sur la capacité de travail

1 limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

M. O._____ est incapable d'avoir une quelconque activité autre que celles que les activités minimales imposées par la routine quotidienne. Son quotidien se limite à des activités élémentaires. Il passe le plus clair de son temps alité ou confiné à sa chambre sans être capable de s'intéresser à son environnement ou à sa famille et sans pouvoir témoigner d'une possible mobilisation intellectuelle.

Nous nous trouvons devant un tableau gravement pathologique qui n'a plus rien à voir avec un comportement guidé par de l'exagération ou une volonté délibérée.

2 Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

M. O. _____ est totalement incapable d'une quelconque activité, en premier lieu professionnelle.

- *Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici*

Les troubles de M. O. _____ le confinent à un apragmatisme total.

- *Description précise de la capacité résiduelle de travail*

La capacité de travail est nulle.

- *L'activité exercée jusqu'ici est[-]elle encore exigible ? Si oui dans quelle mesure (heures par jour) ?*

Aucune activité n'est exigible.

- *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?*

Cette question est sans objet.

- *Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?*

Depuis 1995.

- *Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Les troubles sont allés en s'aggravant d'année en année et en se compliquant de multiples affections somatiques. L'incapacité de travail a été quasiment totale depuis 1995

3 En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Il en est totalement incapable.

C Influences sur la réadaptation professionnelle

1 Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

La gravité du tableau pathologique et son ancienneté rendent illusoire toute mesure de réadaptation.

2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

La capacité de travail est nulle.

3 D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

Non ».

Dans un avis du 9 octobre 2015, le Dr W._____ du SMR a écrit ceci :

« L'expertise datée du 17.9.2015 du Dr. C._____ à l'institut de médecine légale a été demandée du fait de l'impossibilité d'effectuer correctement un examen psychiatrique au SMR, du fait du caractère violent et emporté de l'assuré.

Elle reprend le contexte de l'expertise qui a compris 4 entretiens. Les questions cliniques de manière détaillée, l'évolution de la maladie et le résultat des thérapies, discutant au passage les diverses expertises psychiatriques depuis 1995. Les plaintes sont détaillées, portent sur les douleurs et le status clinique psychiatrique montre un assuré hostile, désagréable avec son fils qui l'accompagne, agité, colérique, apragmatique, désinhibé (enlève son dentier sans se préoccuper de l'assistance).

Le diagnostic de trouble schizotypique est nouveau et du registre psychotique, et s'ajoute aux diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de modification durable de la personnalité. Le développement du trouble schizotypique a été bien décrit en parallèle de celle du trouble douloureux dans l'appréciation du cas et les troubles comportementaux ont pu être interprétés de manière différente par les précédents experts. Cependant, « *la massivité des troubles présentés ne peuvent être mis sur le compte des aspects pathologiques de sa personnalité* ». Le diagnostic est donc posé sur « largement plus que les 4 items nécessités par la CIM 10 »

Nous pouvons donc valider les conclusions du Dr. C._____, jugeant que c'est la pathologie psychiatrique et non le syndrome somatoforme qui est responsable du développement de l'IT [incapacité de travail]:

Début de l'IT : 1995

Évolution de l'IT : depuis 1995, elle est quasi totale

Capacité de travail : nulle dans toutes activités

Limitations fonctionnelles : apragmatisme, retrait social, agressivité, désinhibition

Mesures exigibles : NON

Révision en présence d'une pathologie chronique et fixée, elle n'est pas nécessaire

Remarque : cas à montrer au service juridique au vu de la détermination du début de l'IT à 1995. S'agirait-il d'une reconsidération? »

D'un avis juriste de l'OAI du 17 novembre 2016, on extrait ce qui suit :

« Il y a trois possibilités de revenir sur une décision entrée en force :

[...]

Sous l'angle de la révision (art. 17 LPGGA) :

[...] Force est d'admettre qu'entre juin 2003 et aujourd'hui, l'état de santé de l'assuré est resté globalement inchangé [...]. L'avis du Dr C._____ n'étant qu'un avis différent sur un état de santé resté pour l'essentiel le même, il n'y a pas de motif de révision.

Sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA) :

Ni la décision du 27.11.97 ni celle du 11.06.03 ne sont manifestement erronées. Elles ont en effet toutes les deux été rendues sur la base d'une instruction complète comportant chacune la mise en œuvre d'une expertise jugée probante, le caractère probant de l'expertise du Dr X._____ ayant d'ailleurs été expressément reconnu par le TF dans son arrêt du 20.11.99. Ainsi, l'expertise du Dr C._____ arrivant à des conclusions différentes des précédents experts n'est pas un motif de reconsidération. [...]

Sous l'angle de la révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGGA) :

[...] Dans le dossier de M. O._____, nous avons deux expertises psychiatriques, dont la 2^{ème}, à l'origine de la décision de référence du 11.06.03, a fait état notamment de traits de personnalité sans effet toutefois la CT [capacité de travail] de l'assuré. Comme l'a jugé le TF [...], cette appréciation différente de la CT ne suffit toutefois pas à admettre que les bases de la décision initiale comportaient des défauts objectifs. [...] »

Par projet de décision du 8 décembre 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, aux motifs qu'aucun élément ne permettait de constater que l'état de santé de celui-ci s'était aggravé depuis l'entrée en force de la décision du 11 juin 2003 (absence de motifs de révision) et qu'il n'apparaissait pas que la décision initiale comportait des défauts objectifs permettant d'admettre une révision procédurale, laquelle au demeurant ne pouvait plus être invoquée compte tenu du délai de prescription échu.

Par courriers des 9 janvier et 27 février 2017, l'assuré a contesté le projet de décision précité, en faisant valoir que les décisions rendues les 30 septembre 1997 et 11 juin 2003 étaient manifestement erronées dès lors qu'elles se fondaient sur des rapports médicaux partiels et subjectifs, tout en estimant que le rapport d'expertise du Prof. C._____, concluant à une incapacité de travail totale dans toute activité, avait pleine valeur probante.

En date du 1^{er} mars 2017, l'OAI a rendu une décision confirmant son projet de décision du 8 décembre 2016.

B. Par acte du 17 mars 2017, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO), en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Il se fonde en particulier sur le rapport d'expertise du Prof. C._____ du 19 septembre 2015, lequel retient une capacité de travail nulle dans toute activité compte tenu des diagnostics posés, ainsi que sur l'avis de son médecin-traitant, le Dr F._____.

Par décision du 28 mars 2017, la Juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire comme requis.

Par réponse du 1^{er} mai 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il reprend en substance les arguments invoqués dans cette décision.

Par réplique du 2 novembre 2017, le recourant a procédé à une analyse détaillée du rapport d'expertise du Dr R._____ pour démontrer que celui-ci n'aurait pas valeur probante, dès lors qu'il comporterait des erreurs de faits et de jugement.

Par duplique du 27 novembre 2017, l'OAI a maintenu sa position, en considérant, sur la base du rapport d'expertise du Prof. C._____, que la situation était dans l'ensemble relativement stable, soit sans modification significative de l'état de santé du recourant susceptible d'influencer le droit à la rente, depuis 1995. L'intimé estime par ailleurs que le recourant n'est pas parvenu à démontrer le manque d'objectivité du Prof. C._____.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (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.

En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le contexte d'une nouvelle demande de prestations déposée le 14 mai 2012 à la suite d'une décision de refus de rente du 11 juin 2003.

3. **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1

LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70%.

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin,

éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet

(TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.3.2 et la jurisprudence citée et 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

4. a) En l'espèce, le droit à une rente d'invalidité a été précédemment refusé par l'intimé à deux reprises par décisions des 27 novembre 1997 et 11 juin 2003 après un examen au fond, étant précisé que deux autres décisions de non entrée en matière ont été rendues les 7 juin 2004 et 28 juin 2007.

b) En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

Cependant, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA (révision de la rente d'invalidité), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a ; TF 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et les références). Pour déterminer si un tel changement s'est produit, il y a lieu de comparer, d'une part, les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une

appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et d'autre part, les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

L'art. 53 al. 1 LPGA (révision procédurale) prévoit par ailleurs que les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale). Sont « nouveaux » au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2 et les références). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2, 9C_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1 et 9C_531/2014 du 27 janvier 2015 consid. 4.1).

En outre, l'art. 53 al. 2 LPGA (reconsidération) consacre la possibilité pour l'assureur de revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

5. **a)** En l'occurrence, l'intimé a estimé, dans sa décision du 1^{er} mars 2017, qu'aucun élément médical ne permettait de constater une aggravation sensible de l'état de santé du recourant et que le rapport d'expertise du Prof. C. _____ consistait en une appréciation différente

d'un état de fait resté pour l'essentiel identique. Il a ainsi considéré qu'il n'y avait pas matière à révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Au moment de la décision de refus de prestations rendue le 11 juin 2003, l'expert R._____ avait posé les diagnostics de troubles hypocondriaques, de troubles spécifiques de la personnalité, de personnalité paranoïaque (ou personnalité quérulente), de personnalité histrionique, de personnalité émotionnellement labile, type borderline et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (et sociales). L'expert avait conclu que l'ensemble des troubles décrits ne représentait pas d'invalidité en soi.

Après le dépôt de sa demande de prestations du 11 mai 2012, le recourant a produit un rapport médical, daté du 22 juin 2012 complété le 3 décembre 2012, de son médecin traitant, le Dr F._____, lequel faisait état de schizophrénie et d'un trouble douloureux chronique dans le cadre d'idées délirantes somatiques d'une schizophrénie. Il mentionnait qu'avec le recul, l'analyse de cette situation complexe permettait d'évoquer assez clairement une schizophrénie qui serait apparue à la suite de l'accident dont le recourant a été victime en 1994 à l'âge de 42 ans. Dans ce contexte, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre par l'intimé. Dans son rapport d'expertise du 19 septembre 2015, le Prof. C._____ a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, de trouble schizotypique, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de modification durable de la personnalité, tous trois existant depuis 1995, ainsi que de syndrome métabolique avec obésité et altération de l'état général. L'expert relevait que les troubles présentés par le recourant, apparus tardivement, appartenaient au registre des troubles schizophréniques et possédaient les caractéristiques d'un trouble schizotypique, tout en précisant que l'examen avait permis de mettre en évidence « largement plus que les quatre manifestations requises par la CIM X pour poser ce diagnostic ». Il mentionnait en particulier l'affect inapproprié avec une attitude froide et distante, un comportement ou une présentation bizarre, excentrique ou singulier, la pauvreté du contact et la tendance au retrait social, la méfiance ou

l'idéation persécutoire, des ruminations obsessionnelles contre lesquelles le sujet ne luttait pas ainsi que des épisodes transitoires quasi psychotiques comportant des idées pseudo délirantes. Il constatait ainsi l'existence d'une « pathologie psychiatrique lourde et invalidante » évoluant depuis des années. Il concluait à une incapacité de travail totale dans toute activité. Ce rapport, qui fait suite à quatre entretiens, remplit les réquisits de la jurisprudence (cf. consid. 4c *supra*) pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. D'ailleurs, les parties ne le contestent pas.

Dans le rapport précité, le Prof. C._____ précise que les diagnostics retenus ayant une influence sur la capacité de travail existent depuis 1995, reprenant à cet égard les constatations faites par le Dr F._____. On ne saurait donc retenir qu'il y a eu une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision rendue le 11 juin 2003, dès lors que celui-ci souffrait déjà, selon l'avis de son médecin traitant ainsi que du Prof. C._____, des troubles diagnostiqués en juin 2012, respectivement septembre 2015. Dès lors, l'on ne saurait considérer qu'il existe une modification substantielle de l'état de fait, susceptible d'entraîner la révision des droits de l'assuré, au sens imposé par l'art. 17 LPGA.

b/aa) Il convient à ce stade d'examiner si l'on se trouve dans un cas d'application de révision procédurale. A cet égard, l'intimé a considéré qu'une telle révision ne pouvait entrer en ligne de compte dès lors qu'aucun élément ne permettait d'admettre que la décision initiale comportait des défauts objectifs, tout en relevant que le délai de prescription était échu.

Dans son écriture du 27 février 2017, le recourant soutient en particulier que les décisions rendues les 30 septembre 1997 et 11 juin 2003 sont manifestement erronées, dans la mesure où elles se fonderaient sur des rapports partiels et subjectifs des Drs X._____ et R._____. Le recourant a en particulier formulé de nombreuses critiques à l'égard du rapport du Dr R._____ dans sa réplique du 2 novembre 2017.

On relèvera d'emblée que la décision du 30 septembre 1997 a fait l'objet d'un recours au TASS le 15 décembre 1997 puis d'un recours au Tribunal fédéral, lequel a confirmé la décision de l'OAI par arrêt du 1^{er} octobre 1998 (TASS VD du 1^{er} octobre 1998, AI 235/97 - 25/1999). Cette décision a donc acquis force de chose jugée, si bien qu'elle ne saurait faire l'objet d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

Pour ce qui est de la décision du 11 juin 2003, celle-ci a été rendue sur la base du rapport d'expertise du Dr R. _____ du 10 février 2003. Ce spécialiste avait, comme mentionné plus avant, posé les diagnostics de troubles hypocondriaques, de troubles spécifiques de la personnalité, de personnalité paranoïaque (ou personnalité quérulente), de personnalité histrionique, de personnalité émotionnellement labile, type borderline et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (et sociales), sans évoquer un éventuel trouble schizotypique. Les rapports médicaux rendus avant celui du Dr R. _____ n'ont pas non plus fait état de ce diagnostic. En effet, le Dr X. _____ n'avait posé aucun diagnostic psychiatrique dans son rapport d'expertise du 30 septembre 1997. Dans leur rapport du 26 mai 2000, les médecins du Département P. _____ avaient posé les diagnostics de troubles douloureux associés à des facteurs psychologiques, d'épisode dépressif majeur et comme comorbidité, des traits de personnalité paranoïaques. Enfin, le Dr L. _____, dans son rapport du 13 juin 2001, avait également mentionné des traits paranoïaques.

bb) En l'occurrence, la situation du recourant peut être mise en parallèle avec une affaire, ayant fait l'objet d'un arrêt rendu le 2 février 2009 par le Tribunal fédéral (9C_371/2008). Ce litige concernait une assurée dont la demande de prestations avait été initialement rejetée au motif que les troubles diagnostiqués - notamment des troubles de la personnalité paranoïaque - remontaient généralement à l'adolescence, si bien que l'intéressée ne pouvait justifier d'une année de cotisation au moment de la survenance de l'invalidité. L'instruction menée à la suite d'une nouvelle demande de prestations ayant toutefois montré que l'assurée souffrait d'une schizophrénie paranoïde et que cette affection

apparaissait habituellement à l'âge adulte, un médecin ayant en outre expliqué les raisons pour lesquelles ce diagnostic n'avait pas pu être posé plus rapidement, la juridiction cantonale a considéré que les conditions d'une révision procédurale étaient remplies - ce que la Haute Cour a confirmé, estimant que les considérations des médecins ayant posé le nouveau diagnostic permettaient de remettre fondamentalement en cause l'hypothèse sur laquelle était fondée la décision initiale et qu'il s'agissait là clairement d'un fait nouveau faisant apparaître que la décision initiale comptait un défaut objectif pouvant justifier sa révision (TF 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.4 ; CASSO AI 152/13 - 267/2015 du 22 septembre 2015 consid. 4c).

Dans la présente cause, la Cour de céans constate que le diagnostic de trouble schizotypique posé par le Prof. C._____ - diagnostic qui n'est au demeurant pas contesté par les parties - n'a jamais été retenu précédemment dans le cadre d'une procédure devant l'OAI, ni même évoqué au titre de diagnostic différentiel, en particulier par l'expert R._____. Il s'agit donc d'un fait nouveau justifiant en principe une révision procédurale.

cc) En cela, la présente situation diffère de celle décrite dans l'arrêt TF 9C_365/2015 du 6 janvier 2016 auquel s'est référé l'OAI dans son avis juriste du 17 novembre 2016, dès lors que, dans l'affaire soumise au Tribunal fédéral, aucun diagnostic nouveau n'avait été posé, seul le taux de l'incapacité de travail différait d'un médecin à l'autre. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que cet élément ne constituait pas un fait nouveau mais était le résultat d'une appréciation différente des mêmes faits, insuffisant à admettre que les bases de la décision initiale comportaient des défauts objectifs.

Force est ainsi d'admettre que le diagnostic de trouble schizotypique retenu par le Prof. C._____ aux termes de son rapport d'expertise du 19 septembre 2015 apporte un éclairage nouveau permettant de remettre en cause l'avis médical du Dr R._____ sur lequel reposait la décision de refus de prestations du 11 juin 2003. Par ailleurs,

ce fait nouveau revêt à n'en pas douter un caractère important puisqu'il permet de retenir que dès 1995, le recourant présentait une incapacité de travail entière dans toute activité en lien avec ce trouble.

c) Il en découle que la présente cause ne tombe pas sous le coup de la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, attendu qu'au vu de l'état de fait et du droit au moment où elle a été rendue, la décision du 11 juin 2003 n'était pas manifestement erronée. Quant à la décision du 27 novembre 1997, elle a fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral, si bien que l'office ne saurait de toute manière la reconsidérer.

d) En définitive, les conditions d'une révision procédurale étant réalisées en l'espèce, il convient encore d'examiner la question des délais prévus pour faire valoir une telle révision. Celle-ci est, par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, soumise aux délais prévus par l'art. 67 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), selon lequel la demande doit être adressée par écrit au plus tard dix ans après la notification de la décision sur recours.

En l'occurrence, cette problématique a été évoquée dans l'avis juriste du 17 novembre 2016, qui indique que la décision à réviser datant du 11 juin 2003 et l'expertise du Prof. C. _____ du 19 septembre 2015, le délai de dix ans est largement dépassé. Cette appréciation ne prête pas le flanc à la critique et peut donc être suivie.

6. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise 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. 1^{bis} LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées assume les frais de procédure (49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont assumés par le canton (art. 122 al. 1 let.

b CPC [Code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3])

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant qui n'est au demeurant pas assisté par un mandataire qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**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 1^{er} mars 2017 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 provisoirement à la charge de l'Etat.

IV. 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 mis à la charge de l'Etat.

V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- O. _____,
- 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 :