

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 avril 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Dessaux et Berberat, juges
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, agissant par sa curatrice [...], elle-même représentée par Me Florence Bourqui, avocate au sein d'Inclusion Handicap à Lausanne,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a bénéficié d'une formation scolaire spéciale du 13 novembre 2001 au 20 novembre 2003 ainsi que d'un traitement logopédique du 1^{er} décembre 2003 au 30 novembre 2004, octroyés par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). En effet, l'assuré présentait des troubles de dyslexie et de dysorthographe, attestés par le Dr N._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

Le 23 juin 2006, l'assuré, représenté par sa mère, a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans le cadre de cette demande, l'OAI a octroyé à l'assuré le droit à des mesures de formation scolaire spéciale, a pris en charge plusieurs stages dans le cadre d'une orientation professionnelle, ainsi qu'une formation professionnelle pratique interne dans le secteur du bâtiment afin de le préparer à une intégration dans l'économie libre.

Le 11 juin 2009, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a répondu au questionnaire de l'OAI de la manière suivante :

« 1. Quel est le diagnostic CIM-10 précis ?

Selon CFTMEA [classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent] :

Trouble de la personnalité avec des caractéristiques narcissiques

Selon CIM-10 [classification internationale des maladies] :

- F93. Trouble émotionnel de l'enfance
- F90.0 Trouble hyperactif avec déficit d'attention
- Z72. Abus de cannabis

2. La consommation de cannabis est-elle secondaire à des troubles psychiatriques ?

Manifestement oui, le trouble de la personnalité que présente R._____ se caractérise par une grande fragilité narcissique (piètre image de soi, manque d'estime de soi et de confiance en soi, faible tolérance aux situations de contrainte et de frustration). Les exigences d'une formation professionnelle, même dans un cadre spécialisé comme l'a été celui du P._____ [centre de formation professionnelle spécialisée], soumet R._____ à des exigences qui

dépassent sa capacité à y faire face. De manière à « s'auto-apaiser », R._____ a recours de manière quasi systématique au cannabis.

3. Peut-on exiger un arrêt de toute consommation de drogues ? Si non, pourquoi ?

L'abstinence de toute consommation de drogues représente un objectif important de la prise en charge de R._____. Il n'est néanmoins pas sûr que cet objectif soit atteignable, en tout cas pas dans un court laps de temps, en particulier lorsque R._____ est confronté à des exigences oppressionnelles qui, même si elles sont objectivement limitées, sont subjectivement trop importantes pour lui. R._____ a récemment accepté de recommencer une prise en charge thérapeutique auprès du médecin soussigné. Il a, en particulier, accepté une reprise d'un traitement médicamenteux de Ritaline® (qu'il avait déjà eu auparavant entre 2003-2005 environ).

Il est trop tôt pour procéder à l'évaluation clinique par manque de recul ; il semble cependant que ce médicament permette à ce garçon de se sentir davantage motivé et d'être plus actif, il semblerait que la consommation de cannabis est en légère diminution. »

Sur avis du Dr T._____, spécialiste en chirurgie et médecin au SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, qu'il a confiée au Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport d'expertise du 25 janvier 2011 établi ensuite d'une consultation psychiatQ._____ a notamment observé ce qui suit :

« (...)

4. DIAGNOSTIC

4.1. DIAGNOSTIC SELON LE DSM-IV-TR [Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux]

Axe I

impulsif

Axe II Personnalité immature à fonctionnement état limite, de type

Axe III* cf. spécialiste concerné

Axe IV Antécédents de carence affective

*L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre.

4.2. DISCUSSION

(...)

En conclusion, Monsieur R._____ présente donc pour l'essentiel un trouble de la personnalité immature à fonctionnement état limite, de type impulsif. Il s'agit là d'un trouble majeur de la personnalité assimilable en grande partie à une atteinte à la santé mentale.

(...)

En accord avec le Dr X._____, actuellement, nous ne relevons aucun signe en faveur d'un état dépressif majeur, d'un trouble

anxieux spécifique, de signes de la lignée psychotique, ou de maladie de la dépendance.

Reclassement professionnel. La question est de savoir s'il faut tenter à nouveau une formation professionnelle au " [...]", ou plutôt envisager une aide au placement, dans une activité simple, tel aide-horticulteur, aide-jardinier, ou manœuvre de chantier, vu les expériences passées et notre discussion ci-avant, nous privilégions la seconde alternative. Dans une telle activité, sa capacité de travail demeure entière. On pourrait espérer ainsi qu'avec les années, et la pratique du travail, Monsieur R._____ acquiert progressivement une certaine maturité, qui avec le temps peut-être, lui permettra d'envisager une progression dans ses acquisitions et sa formation.

(...)

S'agissant du pronostic, il s'agit de réévaluer régulièrement cette situation, probablement tous les deux ans, permettant une maturation de la personnalité.

(...). »

Invité par l'OAI à se prononcer sur l'expertise psychiatrique, le Dr T._____ du SMR a - dans un avis du 1^{er} février 2011 - relevé ce qui suit :

« L'expertise psychiatrique du Dr Q._____ montre que l'assuré présente une personnalité immature à fonctionnement état limite, de type impulsif et des antécédents de carence affective. Ce trouble a entraîné des dysfonctionnements scolaires, de la formation professionnelle et au niveau relationnel. Selon l'expert, la poursuite d'une formation professionnelle est sérieusement compromise par l'immaturation et le fonctionnement de type état limite impulsif. Il n'y a toutefois pas d'incapacité de travail dans une activité non qualifiée simple telle qu'aide-horticulteur, aide-jardinier, ou manœuvre de chantier.

Nous répondons comme suit à vos questions :

- Les conditions de l'article 8 LPGA sont-elles remplies ? Non, si l'on s'en tient strictement aux termes de l'art. 8.
- Si oui, merci de préciser la capacité de travail exigible dans son activité habituelle ? L'assuré n'a jamais exercé d'activité lucrative.
- Dans une activité adaptée à son état de santé ? 100 %.
- Son aptitude à la REA [service de réadaptation professionnelle] est envisageable depuis quelle date ? Depuis toujours.
- Ainsi que ses limitations fonctionnelles ? L'élément essentiel est l'immaturation, l'instabilité de la personnalité, une certaine passivité et le manque du sens des responsabilités. Au plan social les relations sont superficielles et pauvres ; l'assuré tolère mal les contraintes et les responsabilités. »

Le 22 novembre 2011, la Justice de Paix du district de la [...] a mis l'assuré sous tutelle.

Par avis du 8 octobre 2013, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a retenu que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante et disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité non qualifiée. Ce médecin a ainsi estimé que la poursuite de mesures de formation était dénuée de sens chez un assuré non collaborant.

Par projet du 10 avril 2014 et décision du 5 juin 2014, l'OAI a refusé la demande de prestations de l'assuré déposée le 23 juin 2006 par sa mère, dès lors que son degré d'invalidité était inférieur à 40 %. Cette décision est depuis lors entrée en force.

B. Le 20 mars 2015, l'assuré, agissant désormais par sa curatrice, [...], a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI faisant état d'une décompensation psychotique.

Le même jour, l'OAI a reçu de la part de la curatrice de l'assuré la décision du 19 janvier 2015 de la Justice de Paix du district de la [...] la nommant curatrice dans le cadre d'une curatelle de portée générale.

Par courrier du 23 mars 2015, l'OAI a expliqué à l'assuré que la demande de révision - déposée le 20 mars 2015 - devait être considérée comme une nouvelle demande au sens de la loi et ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que son invalidité ou son impotence s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Ainsi, l'OAI a invité l'assuré à transmettre tout élément permettant de rendre plausible une modification de son degré d'invalidité.

Le 29 avril 2015, l'OAI a reçu de la part du Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin adjoint du Département de psychiatrie du V._____ (ci-après : V._____), son rapport daté du 10 octobre 2014 aux termes duquel il a posé le diagnostic

de schizophrénie paranoïde. Il a indiqué que l'assuré subissait une décompensation progressive depuis l'automne 2014 avec la présence d'angoisses, d'hallucinations auditives, d'idées délirantes, d'insomnies et d'agitation. Il a attesté une incapacité de travail de 100 %. Il a observé que nonobstant la mise en place d'un traitement neuroleptique, d'un encadrement médical et infirmier, l'évolution n'était que légèrement favorable.

Le 23 novembre 2015, les Drs F._____ et M._____, respectivement chef de clinique adjoint du Département de psychiatrie du V._____ et médecin au sein du même Département du V._____, ont adressé leur rapport au Dr F._____ et M._____ ont notamment retenu ce qui suit :

« Le patient susnommé a séjourné dans notre service du 21.07.2015 au 04.08.2015, date de son retour à domicile.

Motif de recours

Admission volontaire pour mise à l'abri d'un risque auto-agressif dans le contexte d'une probable décompensation psychotique (...)

Status à l'entrée

Status psychique

Il s'agit d'un jeune patient de 24 ans, à la tenue hygienovestimentaire correcte, orienté dans le temps et dans l'espace. Il est calme et collaborant au moment de l'entretien. Il présente un ralentissement psychomoteur avec un discours ralenti et une thymie abaissée. Nous notons la présence d'éléments psychotiques florides. Il verbalise la présence d'hallucinations auditives et acoustico-verbales (entend des voix insultantes, parfois bienveillantes, il entend également des bruits dans son immeuble). Il verbalise sa conviction de pouvoir contrôler les voix et les bruits (pouvoir les arrêter). Il dit pouvoir contrôler ses pensées, ayant l'impression de posséder et de transmettre une énergie physique négative envers les personnes. Il a l'impression que les autres peuvent lire dans ses pensées, pensant être le centre du monde, ayant l'impression que la vie est une scène de théâtre. Il décrit une sensation de vide intérieur en alternance avec une tristesse et des pleurs dans le contexte de sa solitude (dit avoir perdu ses amis et connaissances qui auraient pris de la distance). Nous mettons en avant la présence d'anhédonie, perte de motivation (a arrêté de jouer en ligne aux jeux vidéo, son hobby préféré). Il présente des idées suicidaires scénarisées fluctuantes ainsi que la présence d'une probable dépersonnalisation et de déréalisation. Le patient s'engage à demander de l'aide si besoin.

Diagnostic

F23.20 Trouble psychotique aigu et transitoire d'allure schizophrénique, sans facteur de stress aigu associé

Synthèse - Discussion et évolution

Il s'agit d'une admission volontaire pour mise à l'abri d'un risque auto-agressif dans le contexte d'une décompensation psychotique. Comme hypothèse de crise, on note la suivante : dans un contexte d'émancipation des deux frères du patient, ce dernier ressent un grand sentiment de solitude et de déception face à ses propres difficultés d'émancipation qu'il exprime par une symptomatologie psychotique floride positive et négative.

Le diagnostic de trouble psychotique aigu et transitoire d'allure schizophrénique est retenu, vu la survenue aiguë de symptômes psychotiques avec le passage d'un état non psychotique à un état manifestement psychotique en deux semaines. Il y a la présence de symptômes positifs et négatifs typiquement schizophréniques qui persistent la plupart du temps depuis l'installation du tableau clinique, à l'évidence psychotique. Comme symptôme positif, il présente des hallucinations acoustico-verbales, l'impression qu'il peut transmettre ses pensées aux autres et qu'il est le centre du monde ainsi qu'une symptomatologie négative avec un renfermement sur-lui-même, un arrêt de ses activités de longue date et un dysfonctionnement dans tous les domaines de sa vie ainsi qu'une perte de motivation. La curatrice du patient est informée de cette hospitalisation.

Dans un premier temps le patient présente une symptomatologie psychotique importante. Il reste méfiant et anosognosique de son besoin d'être hospitalisé. Il présente également des idées suicidaires fluctuantes mais il s'engage à demander de l'aide si besoin. Le 27 juillet, nous faisons un entretien avec Mme B._____, infirmière de l'Equipe mobile de psychiatrie qui suit le patient, pendant lequel ce dernier montre ses difficultés d'acceptation de sa maladie et à prendre correctement son traitement. Il présente également beaucoup d'inquiétude vis-à-vis de sa mère, il est d'accord de rester quelques jours à l'hôpital pour stabiliser la situation et de poursuivre son suivi avec Mme B._____ afin de mieux comprendre sa maladie, de l'accepter, et de l'importance de prendre son traitement.

Mme B._____ nous informe qu'une IRM [imagerie par résonance magnétique] a été effectuée en avril dernier qui n'a rien décelé d'anormal. Un dosage de quétiapine est effectué et montre un taux très élevé pour la dose, ce qui suggère un métabolisme lent ou un non-respect de la posologie (dose augmentée ou prise inadéquate). Le taux est largement supérieur aux valeurs recommandées et nous avons fait un ECG [électrocardiogramme] qui montre un QTC [durée électrique de la contraction cardiaque] dans les normes. Nous avons informé ces résultats afin que vous réajustiez le traitement en ambulatoire.

Au cours de l'hospitalisation, le patient présente une bonne évolution avec une amélioration importante de son état, avec absence d'idées suicidaires et diminution jusqu'à disparition de la symptomatologie psychotique. (...). »

Le 11 décembre 2015, [...] a été nommée nouvelle curatrice de l'assuré par la Justice de Paix du district ...]de la [...].

Sur avis du Dr G._____, spécialiste en néphrologie et médecin au SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, qu'il a

confiée au Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport d'expertise du 5 septembre 2016, le DrW._____ a notamment observé ce qui suit :

« (...)

VII. Discussion :

(...)

Il y a eu en 2015 l'apparition d'un nouveau diagnostic assez étonnant de schizophrénie. Dans un rapport extrêmement sommaire, le médecin adjoint du CPNVD [Centre de psychiatrie [...]] à [...] a évoqué ce diagnostic, il a parlé d'hallucinations et d'un faible progrès malgré neuroleptique. M. R._____ nous a fait une toute autre description. Il a situé la décompensation (il a emprunté les mots schizophrénie et psychose psychotique) très clairement dans un contexte de conflictualité dans l'entente avec son frère aîné, à savoir un sentiment d'envahissement. En effet, dans cette période, son frère était encore à domicile avec sa mère, il semble avoir imposé sa loi et ses fréquentations à la maison. L'assuré se plaint que beaucoup de monde venait à n'importe quelle heure et envahissait l'appartement, de la voix forte et dominante de son frère et dans une sorte de stress en crescendo dans cette situation. C'est donc dans ce contexte qu'il a eu des hallucinations qu'il a décrit lui-même comme passagères et des visions imposées dans sa tête qui ne le lâchaient pas, ni à l'intérieur, ni à l'extérieur. Il fumait dans cette période toujours assez régulièrement du cannabis. Il n'était dès lors pas du tout clair dans quelle mesure ces phénomènes ont un lien (même partiel) avec la consommation.

Ni les informations médicales, ni celles de la part de l'assuré et de sa mère ont permis de clarifier quoi que ce soit sur ces points.

(...)

Ce qui est également concordant est le fait que l'assuré a décrit une amélioration continue après cette hospitalisation et surtout le départ de son frère et de sa sœur. Il a repris ses activités préférées, ceci même à intensité accentuée et il a beaucoup relativisé les symptômes psychotiques pour la période actuelle. Les plaintes étaient en ce moment plutôt en direction d'acouphènes, de sensibilité aux bruits des voisins, le manque de sommeil occasionnel et les difficultés de sortir de chez lui, se sentant gêné par son poids augmenté.

(...)

Les conséquences de tout ceci aboutissent dans le constat qu'il y a eu depuis toujours un important retard dans le développement de la personnalité ainsi qu'une structuration incomplète, lacunaire et non hiérarchisée du noyau de sa personnalité. Le type de formation incomplète explique aisément un certain nombre de problèmes à observer dans la vie de cet assuré : une forte influençabilité, impulsivité par moments, manque de maîtrise d'émotions, glissement dans des consommations, mais aussi des dérapages psychotiques, avec ou sans substances, puisque les frontières constituées entre extérieur et intérieur sont insuffisantes (poreuses) et partiellement dysfonctionnelles chez lui.

De parler d'un « trouble de personnalité » est au fond inapproprié car il s'agit plutôt d'une formation de personnalité encore non aboutie. Les années où l'assuré a été sous formation, il a, à ce

niveau, fait beaucoup de progrès, il est évident que son niveau de maturité d'aujourd'hui n'est plus le même comme par exemple en 2009. Le problème est que malheureusement ce processus était arrêté pour faire place à l'évolution régressive décrite.

L'autre question est celle de l'impact de ces constatations sur les exigences d'une vie sociale / professionnelle. Ici, nous rejoignons en large mesure l'expert précédent qui a conclu que malgré les différents handicaps de personnalité, une insertion dans les activités non qualifiées est exigible.

VIII. Résumé, diagnostics et conclusions :

(...)

A. Atteinte à la santé

(...)

2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé :

L'atteinte consiste essentiellement dans les séquelles de troubles de développement psychologiques de l'enfance avec aujourd'hui une personnalité immature.

(...)

C. Diagnostics :

1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail :

a) Séquelles de troubles du développement de la parole et du langage, des troubles spécifiques d'acquisition scolaire (F80 et F81),

b) Autres troubles spécifiques de la personnalité, forme polymorphe avec élément surtout d'immaturité (F60.8).

(...)

2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail :

a) Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation épisodique (F12.26),

b) Etat anxieux léger avec évitement (F41.1).

(...)

F. Capacité de travail :

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici (depuis quand réduite ?)

L'assuré n'a jamais exercé une activité professionnelle. Nous évaluons sa capacité de travail entre 70 à 80 % dans toutes les activités non qualifiées et avec tâches simples.

(...). »

Par avis du 1^{er} novembre 2016, le Dr G. _____ du SMR s'est rallié aux conclusions du Dr W. _____, à savoir que l'assuré présentait une capacité de travail de 80 % dans une activité simple non qualifiée.

Par projet du 1^{er} février 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser l'octroi de prestations, au motif que les investigations complémentaires n'avaient pas permis d'objectiver une modification de

son état de santé depuis la décision du 5 juin 2014. L'office a considéré qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'une même situation de fait et a ainsi estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Par décision du 19 octobre 2017, l'OAI a confirmé son projet du 1^{er} février 2017.

B. Par acte du 20 novembre 2017, R._____, agissant par sa curatrice [...], elle-même représentée par Me Florence Bourqui, avocate au sein d'Inclusion Handicap à Lausanne, interjette recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} février 2015. Le recourant fait grief à l'OAI de s'être fondé sur l'appréciation du Dr Q._____ pour rendre sa décision. En effet, il fait valoir que son état de santé s'est décompensé depuis l'année 2014 ne lui permettant plus de travailler quelle que soit l'activité envisagée. Il allègue être en incapacité de travail totale dans toute activité comme l'attestent les Drs Z._____ et M._____. En outre, le recourant remet en cause la valeur probante de l'expertise du Dr W._____, dès lors que ce médecin n'a pas tenu compte de l'aggravation de son état de santé depuis l'année 2014 dans l'évaluation de la capacité de travail.

A l'appui de son recours, le recourant joint un rapport du 26 octobre 2017 adressé à la curatrice du recourant, aux termes duquel la Dresse K._____, cheffe de clinique adjointe au Département de psychiatrie du P._____, et B._____, infirmière de l'équipe mobile de psychiatrie, ont notamment retenu ce qui suit :

« (...)

Médecins actuels : Dr. Z._____ est resté très peu de temps dans la situation (fin 11.08.2015) mais beaucoup de rendez-vous manqués. En effet, étant le thérapeute de la mère depuis de nombreuses années, il a été décidé au sein de l'UPAP [unité de psychiatrie ambulatoire de [...]] que le patient serait suivi par Mme [...], psychologue. Cependant, le patient qui avait plus de compétences à l'époque, a mis en échec ce suivi. Le 14.03.2016, nous décidons de

prendre dans le cadre du Suivi Intensif dans le Milieu (SIM), le suivi médical au travers de la Dre [...], cheffe de clinique adjointe, pour pallier aux difficultés de plus en plus importantes du patient à sortir de chez lui.

(...)

Notre conclusion :

M. R. _____ souffre d'une schizophrénie paranoïde continue depuis plus de deux ans alliant symptômes positifs (hallucinations auditives, idées de concernement, idées de persécution) et symptômes négatifs (syndrome avolitionnel, restriction des intérêts, faible intentionnalité, perte de l'élan social). Son contexte de vie familiale lui a permis de développer une stratégie d'existence qui limite ses angoisses majeures face aux instructions de sa pensée et à l'influence d'autrui sur son psychisme par un comportement qui réunit une inversion du rythme nyctéméral (il y a moins de bruits la nuit, ce qui limite son activité interprétative et délirante) et la focalisation de sa pensée sur une activité unique (jeux vidéos), ce qui diminue sa désorganisation de la pensée et ses angoisses face à un monde réel qui l'agresse en permanence. M. R. _____ est conscient que sa vie relationnelle s'est fortement appauvrie, qu'il vit en marge de la société et que son avenir est très incertain, en particulier si sa mère venait à ne plus pouvoir s'occuper de lui, mais de par la symptomatologie négative de sa schizophrénie et sa lutte permanente contre des angoisses majeures, il n'a pas les ressources internes pour modifier le cours de son existence.

(...). »

Par décision du 5 février 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 20 novembre 2017 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, l'exonération de toute franchise mensuelle ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui.

Par réponse du 6 mars 2018, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il considère que l'expertise du Dr W. _____ n'apporte pas de nouveaux éléments permettant de remettre en cause l'expertise du Dr Q. _____. A ce propos, l'intimé estime que l'expertise réalisée par le Dr W. _____ est une appréciation différente d'une même situation.

Par réplique du 9 avril 2018, le recourant maintient les conclusions prises dans son mémoire de recours.

Par duplique du 7 mai 2018, l'intimé réitère ses conclusions consistant au rejet du recours.

Par écriture du 3 juillet 2018, l'intimé informe la Cour de céans que le recourant lui a fait parvenir un courrier du 15 juin 2018 lui indiquant avoir débuté à la fin du mois de mars 2018 un suivi psychiatrique auprès du Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Au demeurant, l'intimé maintient le rejet du recours et joint à son écriture cette correspondance.

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) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) La partie recourante définit, par ses conclusions, l'objet du litige (« Streitgegenstand ») soumis à l'examen du tribunal. Si la décision contestée porte sur un seul rapport juridique ou si elle est attaquée dans son ensemble, l'objet du litige et celui de la contestation se confondent. En revanche, lorsque la décision règle plusieurs rapports juridiques et que le recours ne porte que sur une partie d'entre eux, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans celui du litige (ATF 125 V 413 consid. 2a).

b) Dans le cas d'espèce, l'OAI a refusé au recourant le droit à des prestations d'invalidité que ce soit sous forme de mesures professionnelles ou de rente. Dans la mesure où, dans son acte de recours, le recourant ne remet en cause que le refus de rente, le litige porte uniquement sur le droit de ce dernier à une rente d'invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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 est définie par l'art. 6 LPGA 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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

d) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. L'intimé a fondé son refus de prestations sur le fait que les investigations complémentaires, menées notamment sous la forme d'une expertise confiée au Dr W._____, n'avaient pas permis d'objectiver une modification de l'état de santé du recourant depuis la décision du 5 juin 2014. L'OAI a considéré en effet que ce dernier expert n'avait apporté aucun élément nouveau permettant de remettre en question les conclusions de l'expertise du Dr Q._____ du 25 janvier 2011 et que son avis consistait en une appréciation différente d'une même situation de fait. Il a par conséquent privilégié les conclusions de l'expertise du Dr Q._____ et retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité non qualifiée et simple.

a) Cette appréciation ne saurait cependant emporter conviction. En effet, l'expertise du Dr Q._____ a été réalisée quelques quatre années avant le dépôt de la nouvelle demande de prestations. Cet expert n'avait ainsi pas connaissance de l'évolution de la situation médicale du recourant au-delà de janvier 2011. Son rapport ne pouvait ainsi pas tenir compte du diagnostic de schizophrénie posé à la fin de 2014 par les médecins traitants du recourant, ni de son hospitalisation du 21 juillet au 4 août 2015. Au demeurant, le Dr Q._____ avait, à l'issue de son rapport déjà proposé une réévaluation régulière de la situation tous les deux ans. Enfin, l'OAI n'a fourni aucune explication circonstanciée permettant de comprendre les motifs pour lesquels il considérait que dite expertise disposerait d'une valeur probante supérieure à celle du Dr W._____, ainsi qu'aux autres rapports figurant au dossier.

b) S'agissant de cette seconde expertise et de l'appréciation du Dr W._____ qui ne retient pas le diagnostic de schizophrénie paranoïde, on relèvera qu'elle s'oppose à l'avis de plusieurs médecins traitants. Ainsi, ce diagnostic a été posé non seulement par le Dr Z._____ le 10 octobre 2014, mais a encore été confirmé le 26 octobre 2017 par la Dresse K._____. F._____ et M._____ dans leur rapport du 23 novembre 2015, à la suite de l'hospitalisation du patient, ont fait état de décompensation psychotique, sous forme de trouble psychotique aigu et transitoire d'allure schizophrénique. Ce ne sont dès lors pas moins de

quatre médecins qui font état de troubles d'allure schizophrénique. Or, les rapports de trois d'entre eux au moins (cf. rapports des 23 novembre 2015 et 26 octobre 2017) sont suffisamment étayés pour jeter le doute sur l'appréciation faite par le Dr W._____. Ce constat se renforce encore, lorsqu'on apprend à la lecture des rapports précités, l'existence d'une première décompensation psychotique en automne 2014 (consultation ambulatoire au centre de psychiatrie du [...]), la prise en charge active depuis deux ans et demi par l'unité mobile du département de psychiatrie du V._____, le suivi par une psychologue, Mme [...], et enfin le suivi depuis mars 2016 par la Dresse [...], dont aucun rapport ne figure au dossier, et dont on ne retrouve aucune trace dans l'expertise du Dr B._____, infirmière en psychiatrie qui suit le recourant depuis vraisemblablement l'année 2014, voire 2015, n'a que brièvement été interpellée par le Dr W._____. On peut ainsi se demander de façon légitime si le Dr W._____ et l'OAI disposaient de tous les éléments - dont certains n'ont au demeurant été révélés qu'au cours de la procédure - leur permettant d'avoir une vision complète de la situation médicale du recourant.

c) Compte tenu de ces interrogations et des lacunes de l'instruction, il convient de relever que les faits pertinents n'ont pas été établis de manière complète. Il se justifie donc d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA). Une fois les pièces médicales récoltées attestant de la situation médicale du recourant, il conviendrait, à la libre appréciation de l'OAI, d'interpeler une nouvelle fois le W._____ pour compléter son appréciation ou alors de mettre en place une nouvelle expertise médicale, étant ici réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune (cf. art. 44 LPGA).

6. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour

complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

Par décision du 5 février 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 20 novembre 2017 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, l'exonération de toute franchise mensuelle ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui. Celle-ci a produit sa liste des opérations le 11 février 2019, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 19 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R. _____ le montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour R. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Berne,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :