

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 octobre 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

V._____, à Avenches, recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat
à Lausanne,

et

E._____, à Vevey, intimé.

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1961, marié et père de quatre enfants, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 20 mars 1995.

Par décision du 17 novembre 1998, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) l'a rejetée, retenant que l'assuré disposait d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée à son état de santé et que, par conséquent, il ne présentait pas un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir droit à une rente (en l'occurrence 23%). Par jugement du 18 mai 1999 (cause n° AI 218/98 - 104/1999), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a annulé cette décision et a renvoyé l'affaire à l'OAI afin qu'il procède à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

L'OAI a dès lors confié deux mandats d'expertise, l'un au Dr M._____, spécialiste en rhumatologie, et l'autre au Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 8 juin 2000, le Dr M._____ a fait état de cervico-dorso-lombalgies chroniques (discrets troubles dégénératifs lombaires, discrets troubles statiques cervico-dorsaux et séquelles de la maladie de Scheuermann dorsale), ainsi que d'un syndrome somatoforme douloureux persistant. Il a retenu que la capacité de travail de l'assuré était diminuée dans son ancien métier mais que, par contre, elle était entière dans toute activité professionnelle n'impliquant pas de port de charges ni de mouvement répétitif et permettant l'alternance périodique des positions en cours de journée (par exemple surveillant, magasinier ou soudeur en partie mécanique).

Selon l'expertise du Dr Q._____ (rapport du 8 juin 2000 complété le 27 juin suivant), l'assuré souffrait de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale

générale chronique d'intensité légère à moyenne, chez une personnalité à traits évitants, de cervicalgies et lombalgies chroniques. L'atteinte à la santé psychique entraînait une réduction de 20 à 25% au maximum de la capacité de travail de l'assuré dans une activité raisonnablement exigible telle que la gestion d'une petite station-service, la vente dans un magasin ou un métier manuel simple. Cette capacité résiduelle était susceptible d'être augmentée à 80 voire 100% moyennant des mesures médicales.

Par décision du 6 avril 2001, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris que le degré d'invalidité de ce dernier (7,9%) était insuffisant pour ouvrir droit à une rente. L'OAI a retenu que l'intéressé ne souffrait pas de trouble psychique invalidant et que, sur le plan rhumatologique, il disposait d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée.

Par jugement du 7 octobre 2002 (cause n° AI 183/01 - 326/2002), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours de l'assuré.

Par arrêt du 7 mai 2003 (I 79/03), le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a rejeté le recours formé par l'assuré contre ce jugement. La Haute Cour a pour l'essentiel considéré que c'était à juste titre que la juridiction cantonale s'était fondée sur les conclusions des expertises des Drs M._____ et Q._____ pour déterminer la capacité de travail de l'assuré et non sur les conclusions de son médecin traitant, le Dr X._____, médecin généraliste. Quant à l'aspect économique, la comparaison des revenus conduisait à un degré d'invalidité de 23,36%, inférieur au seuil ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

B. Dans un rapport médical adressé à l'OAI du 29 novembre 2005 co-signé avec un psychologue, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint à l'Unité de psychiatrie ambulatoire (ci-après: l'UPA) de [...], a indiqué que la situation était restée inchangée, l'assuré continuant à souffrir d'un état d'angoisse persistant et de douleurs corporelles qui s'étaient chronifiées et d'une difficulté à

comprendre les enjeux de sa situation personnelle. Sa vie quotidienne ne comportait aucun repère et aucun loisir en dehors du cercle familial et son mode de pensées se caractérisait en partie par sa rigidité. Sur le plan diagnostique, il estimait que l'intéressé présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant sur le fond d'une personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaques. Sa capacité de travail était considérée comme nulle, malgré le traitement entrepris.

Faisant suite à ce rapport, l'OAI a adressé à l'assuré le 22 décembre 2005 une demande de prestations AI qu'il lui a laissé le soin de remplir s'il souhaitait la réouverture de son dossier.

Le 26 janvier 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI tendant à l'octroi d'une rente. Il a fait valoir une aggravation de son état de santé et a mentionné un état dépressif et anxieux important, une personnalité psychotique à traits paranoïaques, des lombalgies ainsi que des troubles somatoformes douloureux.

Dans un rapport médical du 21 avril 2006 adressé à l'OAI, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de syndrome somatoforme douloureux, de cervico-dorsolombalgies chroniques, de polyarthralgies et de troubles d'anxiété généralisés. Il a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail depuis 1999 et que son état de santé s'aggravait. Son rapport comporte en outre les passages suivants:

"4. Plaintes subjectives

Depuis plusieurs années, il [l'assuré, réd.] se plaint de polyarthralgie, de cervicalgies, de lombalgies ainsi que de douleurs musculaires. Les douleurs sont continues et l'empêchent de rester longtemps debout ou assis. Il souffre également d'anxiété généralisée et d'une peur d'avoir une maladie grave. Les psychiatres avaient constaté chez [lui] des éléments psychotiques, raison pour laquelle un traitement de [...] a été introduit, Il a également été montré aux spécialistes de la douleur à [...] qui lui ont proposé de lui donner du [...] 2 fois par jour afin de diminuer l'intensité des douleurs chroniques que l'on a considéré comme faisant partie d'un tableau d'un syndrome somatoforme douloureux. Pour les douleurs, il prend [...] ou [...]. Les tranquillisants dont [...], [...] sont pris régulièrement de même qu'un anti-dépresseur sous forme de [...] associé à [...].

Il a été vu par plusieurs spécialistes, des psychiatres et des spécialistes de la douleur et un rhumatologue le Dr [...] afin de voir si l'on pouvait influencer favorablement ces douleurs. Malheureusement le traitement s'est soldé par un échec à cause d'une intolérance. Les seuls médicaments qu'il supporte plus ou moins jusqu'à ce jour sont les tranquillisants.

5. Constatations objectives

A l'examen clinique patient de corpulence athlétique pesant 88 kg pour 180 cm. Il est bien orienté aux 3 modes. Phanères et téguments sp. Pas d'adénopathie palpable. TA 135/80mm/Hg. Pulsations 58 par min. régulières. Auscultation cardiaque: bruits bien frappés, petit souffle protosystolique au 2ème EIC gr. Auscultation et percussion pulmonaire dans les limites de la norme. Abdomen souple et indolore, sans organomégalie. Organes génitaux sp. Status neurologique sp à l'examen sommaire. Réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques. Motricité et la sensibilité sp.

Au status ostéo-articulaire la mobilité des articulations des 4 membres est sp. Au niveau du rachis on note une hypercyphose dorsale et une scoliose dorsolombaire à convexité G, l'épaule G étant légèrement surélevée et le bassin étant à niveau. 6-9-0-5-0. A la palpation on relève une douleur allant surtout de la colonne cervicale C1-C7 avec irradiation des deux côtés sur les 2 omoplates et vers l'avant prenant tout le tour du thorax. Il ressent des douleurs à la palpation des 2 épaules, du thorax antérieur, dans la région costo-sternale ddc mais de manière plus intense du côté G. Douleurs également à la palpation lombaire ddc et des régions trochantériennes. Signe de Lasègue négatif".

Dans un rapport du 18 août 2006 adressé à l'OAI, la Dresse R._____, cheffe de clinique, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et B._____, médecin assistant, de l'UPA de [...], ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), existant tous deux depuis 1994 au moins, ainsi que de personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaques. Ils ont notamment relevé ce qui suit:

"Anamnèse intermédiaire:

(. . .)

Le Dr X._____ adresse alors le patient au service des investigations de médecine du ____, où il est entre autre évalué par le service de psychiatrie de liaison, qui conclut à un syndrome douloureux somatoforme persistant chez un patient avec une personnalité psychotique mal structurée, avec des traits caractériels et paranoïaques.

(...)

Durant notre suivi, les douleurs somatiques restent au centre des préoccupations et des plaintes du patient, qui se montre peu

accessible à la notion de trouble psychique. Par moments, les constructions cognitives autour de la source des douleurs corporelles confinent au délire hypocondriaque et génèrent des angoisses massives. Le patient reste par ailleurs sujet à des attaques de panique fréquentes.

La prescription de différents anti-dépresseurs (...) et neuroleptiques (...) ne permet pas de stabiliser à ce jour de manière satisfaisante ni la symptomatologie douloureuse, ni la composante anxieuse. La prescription de benzodiazépines, si elle permet d'obtenir une diminution de la tension et des angoisses, reste problématique au vu de la tendance du patient aux abus médicamenteux.

(...)

Depuis quelques mois, le patient présente un état d'irritabilité tel qu'il met en danger l'équilibre familial, se montrant notamment violent et menaçant à l'égard de son épouse et de ses enfants. (...) Dans sa vie quotidienne, M. V. _____ reste principalement confiné au domicile familial, évitant les contacts sociaux en dehors du cercle de la famille. Sans activité professionnelle depuis plusieurs années, il bénéficie de l'aide sociale.

4. Plaintes subjectives

M. V. _____ se plaint en premier lieu de douleurs, qui se localisent principalement aux régions cervicales, mandibulaires, scapulaires et thoraciques, responsables de limitations importantes dans les activités de la vie quotidienne, ainsi que de troubles du sommeil. De manière récurrente (généralement plusieurs fois par semaine), il présente des bouffées d'anxiété paroxystique qui se manifestent par des palpitations, des douleurs thoraciques et une sensation de dyspnée. Depuis quelques mois, le patient se plaint d'une irritabilité importante, qui génère des comportements hétéro-agressifs qu'il tente avec difficulté de contrôler.

5. Constatations objectives

M. V. _____ est un homme de 45 ans, faisant son âge, à la tenue et à l'hygiène soignées, il est vigilant et orienté dans tous les modes. Il ne présente pas de troubles attentionnels et mnésiques. Les capacités intellectuelles semblent normales, le patient faisant preuve d'une bonne expression verbale en français. Il se montre méfiant dans le contact, manifestant des craintes que les renseignements qu'il nous fournit ne se retournent contre lui. Il manifeste un état d'irritabilité, généralement modéré mais pouvant rapidement devenir massif, qu'il se force à contrôler en permanence. On peut cependant craindre par moment des comportements violents.

La thymie est légèrement à modérément abaissée, de manière certainement réactionnelle à sa symptomatologie douloureuse et aux difficultés socio-économiques. Les épisodes d'anxiété paroxystiques sont fréquents (plusieurs fois par semaine à domicile mais également durant les entretiens), sous la forme d'une oppression thoracique et d'une sensation de dyspnée, parfois accompagnée d'un sentiment de mort imminente. Au niveau de la pensée, on est frappé par un certain rétrécissement du champ de la pensée à la problématique douloureuse qui envahit complètement l'espace des entretiens médicaux. La symptomatologie douloureuse est variable dans son

intensité et sa localisation, actuellement sans intervalle libre. Elle reste interprétée par le patient comme la conséquence d'une atteinte somatique. Au niveau du contenu de la pensée, le patient nie toute hallucination, mais présente fréquemment des idées délirantes hypocondriaques, associées à des angoisses de mort et de morcellement. Le patient nie la présence d'idée suicidaire, mais présente des pensées à contenu hétéro-agressif vis-à-vis de sa famille proche. M. V._____ présente des troubles du sommeil en rapport avec la symptomatologie douloureuse, ainsi qu'une diminution de l'appétit et des nausées fréquentes. Pour faire face à ses symptômes, il présente une nette tendance aux abus de benzodiazépines. Il nie par ailleurs toute consommation d'alcool ou d'autre substance psycho-active.

(...)

En conclusion, M. V._____ présente un syndrome douloureux somatoforme persistant qui s'est péjoré par rapport au rapport médical que nous avons effectué en 1997. Nous considérons en effet, que l'intensité de la symptomatologie douloureuse, qui n'a pas pu être stabilisée malgré les multiples essais thérapeutiques (cf. anamnèse), constitue une invalidité permanente, à notre avis insurmontable pour le patient en regard d'une personnalité psychotique mal structurée et d'un mode de pensées rigidifié. Au fil du temps, M. V._____ s'est focalisé de plus en plus sur les symptômes de sa maladie - restant peu accessible à la notion d'un trouble psychique -, et ne compte plus aucun repère dans sa vie quotidienne. Il n'est pas en mesure de comprendre les enjeux de sa situation personnelle et d'assumer les responsabilités, notamment familiales, de la vie quotidienne. En conséquence, nous estimons que M. V._____ présente une maladie invalidante, et estimons sa capacité de gain comme nulle".

Dans un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) du 24 octobre 2006, la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne générale, s'est exprimée en ces termes:

"Il s'agit d'un assuré de 45 ans, marié, originaire de la République de Yougoslavie, qui demande une rente pour la deuxième fois.

La première demande de rente avait été refusée en avril 2001, malgré une instruction complémentaire sous forme de deux expertises rhumatologique et psychiatrique demandée par le TCA sur opposition. Cette décision de refus de rente avait été confirmée par le TFA en mai 2003.

L'expertise psychiatrique du Dr Q._____ de juin 2000 ne retenait qu'une diminution maximale de la CT [capacité de travail, réd.] de 25% pour les diagnostics de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique, d'intensité légère à moyenne, en présence d'une personnalité à traits évitants. Le diagnostic du psychiatre-traitant de personnalité à structure psychotique n'avait pas été retenu par l'expert.

L'expertise rhumatologique mettait en évidence des cervicodorsolombalgies chroniques sur discrets troubles statiques et dégénératifs en présence de séquelles de maladie de Scheuermann permettant une activité adaptée à 100%, comme l'activité habituelle d'ouvrier d'usine, en observant les limitations fonctionnelles: éviter le port de lourdes charges, sans travail en porte-à-faux et avec possibilité de changer de position.

Lors de cette nouvelle demande, les médecins traitants parlent d'une aggravation de l'état de santé.

Le psychiatre avance le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant et de personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaque, nous ne pouvons retenir la date de 1994 comme début de ce trouble, vu l'expertise du Dr Q. _____ qui ne retenait pas ces diagnostics en 2000. Il existe un retrait social, les douleurs ont augmenté et il serait apparu un comportement violent.

Il n'y a pas de nouveaux diagnostics somatiques.

Dans ce contexte, il faut demander, après discussion de ce dossier avec le Dr [...], psychiatre au SMR, un complément d'expertise psychiatrique".

Une scintigraphie osseuse a été réalisée le 10 juillet 2007 par l'institut d'imagerie diagnostique [...]. L'examen a été réalisé en corps entier, aux temps précoce et tardif. Aucune anomalie significative n'a été retrouvée au temps précoce. Au temps tardif, une fixation symétrique et modérée des petites articulations notamment au niveau des mains et des poignets non évocatrice d'atteinte articulaire inflammatoire évolutive a été retrouvée.

L'OAI a mandaté le Dr Q. _____ en vue de réaliser une expertise psychiatrique complémentaire de l'assuré. Dans son rapport du 13 mars 2008, l'expert a notamment constaté ce qui suit:

"3. CONSTATATIONS OBJECTIVES

3.1 EXAMEN CLINIQUE DU 17 JUILLET 2007

M. V. _____ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous, Il est venu accompagné de son beau-fils. A la salle d'attente, l'assuré est couché sur un canapé, les deux mains derrière la tête, mais se lève sans difficulté par une flexion du tronc et se déplace sans limitation pour venir à notre bureau. M. V. _____ ne paraît pas dolent, ni limité dans ses mouvements.

Il s'agit d'un homme de corpulence plutôt athlétique; bronzé, les cheveux courts, à l'aspect hygiénico-vestimentaire tout à fait conservé. Le visage est plutôt abattu, le discours est désabusé. Il est centré tout à la fois sur ses douleurs mais aussi de sentiments de "revendication", de préjudice vis-à-vis de son surinvestissement professionnel en Suisse

dès 1981: il se plaint du fait que ses douleurs ne seraient pas reconnues, que l'OAI ne prendrait pas en cause ses problèmes physiques. A plusieurs reprises, M. V._____ exprime des critiques à peine voilées à l'égard de l'expert et des institutions sociales en général.

M. V._____ ne présente pas de foetor éthylique. Il est vigile, orienté aux trois modes. L'examen neuropsychologique grossier est parfaitement dans les normes. L'assuré s'exprime relativement bien en français. Il s'agit d'un homme intelligent. Jugement et raisonnement sont conservés.

Le tableau clinique est essentiellement dominé par une symptomatologie somato-psychique caractérisée par des douleurs multiples, ubiquitaires concernant différentes articulations surtout des lombalgies, cervicalgies, etc ... tensions musculaires avec parfois des troubles digestifs d'allure fonctionnelle. Ceci accompagné d'une fatigabilité significativement invalidante.

Au niveau psychique, M. V._____ se sent tendu, irritable. Il décrit une légère baisse de la motivation, pessimiste face à l'avenir. L'assuré se plaint d'importants troubles du sommeil qu'il attribue en grande partie à ses douleurs. Celui-ci serait peu réparateur. Sinon, une à deux fois par semaine l'assuré peut présenter des épisodes de bouffées anxieuses avec sentiment d'oppression thoracique, difficultés respiratoires, tachycardie répondant partiellement à la prise de [...].

4. DIAGNOSTIC

(...)

Axe I Trouble somatoforme douloureux (névrose de rente)

Attaques de panique actuellement paucisymptomatiques

Axe II Personnalité du registre paranoïaque

(. . .)

Axe IV Difficultés socio-économiques: familiales: autres (?)

(...)

4.2 DISCUSSION

L'assuré depuis de nombreuses années fait preuve d'une grande détermination dans ses différents recours, tant au tribunal cantonal que fédéral, face au refus de l'assurance AI de rentrer en matière pour sa demande de prestations.

Depuis notre rapport du 08.06.2000, la situation s'est compliquée d'un litige asséculogique interminable, l'assuré revendiquant la reconnaissance et l'importance de ses différentes plaintes physiques pour l'obtention et la reconnaissance d'une invalidité complète. M. V._____ consulte à de multiples reprises ses médecins traitants, avançant bon nombre de plaintes pour justifier sa situation actuelle. Autrement dit, tout semble indiquer que l'évolution se fait vers une "névrose de rente" chez un assuré pour qui l'identité d'invalidité offre de nombreuses solutions à des problèmes de réalités, qu'elles soient économiques, familiales, etc.

Dans ce type de situations, on assiste à un clivage majeur entre les médecins traitants que l'assuré - consciemment ou non - manipule et les experts qui se montrent plus inflexibles et adoptent une attitude plus critique face aux éléments objectifs qu'ils prennent en compte en

première ligne. Le sujet est démonstratif, suggestible et les discordances sont manifestes.

Cette évolution vers la névrose de rente ne peut pas être considérée comme délirante, ce qui aurait pu ouvrir le droit à reconsidérer l'invalidité psychique. L'urgence du règlement de son dossier va en quelque sorte conditionner l'avenir mental de ce sujet prédisposé à de telles manifestations, où l'exagération de l'impotence fonctionnelle qui prolonge anormalement une inaptitude au travail s'enrichit avec le temps de séquelles objectives d'une série de malaises subjectifs. On retient ici les tendances revendicatrices importantes probablement dans l'espoir d'une indemnisation maximale du préjudice présumé.

Le tout prend racine sur une personnalité qui s'organise sur un mode paranoïaque, rigide, sûr de lui-même, orgueilleux, susceptible, ayant une haute estime de lui-même, avec une forme d'hyperesthésie dans la relation avec autrui et souvent une appréhension hypocondriaque du corps.

Cette personnalité du registre paranoïaque existe de longue date. Elle ne paraît pas plus décompensée que précédemment et en tant que telle ne devrait pas véritablement justifier de reconsidérer cette situation.

On ne peut pas parler évidemment d'une aggravation mais d'une fixation vers un statut d'invalidé; l'assuré est dans un "cul de sac", et probablement se sent-il légitimé avec les années par son entourage et la fréquentation multiple de ses médecins traitants, dans ses droits face à l'Al.

Nous maintenons les conclusions de notre expertise du 08.06.2000. Le traitement ici fait surtout appel aux possibilités d'abstention thérapeutique face à toute nouvelle plainte, car le risque de iatrogenèse et de chronicisation est important.

Il s'agit plutôt d'une problématique psychosociale et économique, que médicale au sens des assurances sociales.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

Au plan physique

Cf. spécialiste concerné. Tendance hypocondriaque.

Au plan psychique et mental

Cette situation n'a guère évolué depuis notre rapport de 2000.

Au plan social

L'assuré allègue une tendance à l'isolement et des conflits de couple.

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

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

De notre point de vue, incapacité de travail toujours à 50%.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

50%.

(...)

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

Stationnaire.

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

D'un point de vue médico-théorique, nous pouvons estimer que l'assuré est toujours apte à exercer une activité professionnelle en fonction de sa motivation et de ses compétences. Il y a peu d'espoir que cela arrive dans la réalité. La durée de l'incapacité de travail ainsi que la situation économique, psychosociale et le manque de motivation exprimé de très longue date indiquent qu'il y a peu d'espoir que l'assuré fasse de véritables démarches en ce sens. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il soit complètement invalide, car la motivation du sujet et sa responsabilité sont aussi engagés.

(...)

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

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Pas de proposition de traitement particulière, si ce n'est d'éviter la multiplication des investigations médicales, exploratoires ou chirurgicales devant toute nouvelle plainte. Le souci principal du médecin étant de ne pas nuire; le risque de iatrogenèse est important dans ce cas".

Dans un avis médical SMR du 14 avril 2008, le Dr F._____, a considéré ce qui suit:

"L'expertise du Dr Q._____ rendue en mars 2008 explique que la situation actuelle correspond de plus en plus à une névrose de rente. Dans son résumé de l'anamnèse intermédiaire l'expert mentionne le rapport médical de l'UPA de [...] du 18.08.2006 et souligne leur appréciation (... personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaques). Dans la discussion, l'expert ne se prononce pas sur la différence de diagnostic en ce qui concerne la personnalité, et dans l'appréciation de la capacité de travail le Dr Q._____ atteste une CT de 50% inchangée depuis 2000. Or, en 2000 il avait attesté une CT de 75% au moins...

Il faut demander des explications au Dr Q._____ au sujet de ces deux points, avant de pouvoir conclure.

Merci d'adresser les questions suivantes au Dr Q._____:

Le médecin SMR, le Dr F._____, chargé d'examiner le dossier de l'assuré susmentionné, a pris note avec grand intérêt de votre complément d'expertise du 13.03.2008. Il a noté que vous avez mentionné sous point 1.1 les conclusions des médecins de l'UPA de [...] et en particulier de leur diagnostic de personnalité, à savoir: ... *personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaques*. Dans votre appréciation de la capacité de travail, vous

avez noté sous point 2.1: *De notre point de vue, incapacité toujours à 50%*, et sous point B.1: *Cette situation n'a guère évolué depuis notre rapport de 2000*. Or, en 2000 vous aviez attesté une capacité de travail de 75% au moins.

S'agissant d'un cas qui avait été porté au TCA et puis au TFA, qui les deux avaient confirmé la position de l'Al basée entre autres sur votre expertise de 2000, il est important de clarifier ces deux points.

Le Dr F. _____ vous prie de répondre aux questions suivantes:

1. Merci de prendre position en quelques mots par rapport à la différence de diagnostic de la personnalité de cet assuré (personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaques versus personnalité de registre paranoïaque).
2. Quelle est la CT exigible du point de vue psychiatrique: 50% comme indiqué actuellement ou 75% au moins comme mentionné en 2000?"

Le 30 mai 2008, le Dr Q. _____ a répondu ce qui suit aux questions posées:

"1. Par définition, les personnalités paranoïaques font partie, selon l'ancienne nosologie, du groupe des personnalités psychotiques. Le concept des troubles du caractère est moins utilisé actuellement. Celui-ci ne recouvre pas une réalité clinique précise, car il fait référence à des perturbations du comportement, une conduite agressive - verbale ou physique - des provocations. Cette conception provient de l'école allemande qui définit l'ensemble de la personnalité par le "tempérament", le "caractère" et la "personnalité".

2. Il s'agit d'une coquille. Il faut effectivement comprendre 75% de capacité de travail".

Dans un avis médical SMR du 16 juin 2008, le Dr F. _____ a constaté ce qui suit:

"Nouvelle demande le 26.01.2006 au motif que les troubles psychiques se seraient aggravés.

Après instruction, une nouvelle expertise a été demandée au Dr Q. _____ qui avait déjà examiné l'assuré en 2000.

Dans un premier temps, les termes de la conclusion de cette expertise n'étaient pas clairs, mais après avoir réinterrogé l'expert, les conclusions suivantes peuvent être tirées:

Les diagnostics sont inchangés. L'atteinte psychique ne s'est pas aggravée depuis 2000, par contre elle s'est figée et l'évolution va vers une névrose de rente. Il y a bien un trouble de la personnalité, appelé personnalité du registre paranoïaque par le Dr Q. _____ et personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaque par les médecins de l'UPA de [...]. Mais selon le Dr Q. _____, interrogé spécifiquement à ce sujet, il s'agit du même groupe de personnalité. Cet assuré ne présente pas un trouble de la

personnalité décompensé, et le Dr Q._____ ne constate pas d'apparition d'une comorbidité psychiatrique invalidante depuis 2000.

Il arrive aux mêmes conclusions qu'en 2000 en ce qui concerne la capacité de travail exigible, à savoir: 75% du point de vue psychiatrique. Une erreur s'était glissée dans son expertise du 13.02.2008, rectifiée dans son complément du 30.05.2008.

Conclusion:

Cet assuré souffre encore et toujours d'un trouble somatoforme douloureux, sans comorbidité psychiatrique invalidante, comme en 2000. Sur le plan somatique, la situation est inchangée.

La CT est de 75% dans une activité légère, théoriquement améliorable à 80 à 100%.

Par conséquent, il faut refuser cette demande”.

Par projet de décision du 6 avril 2009, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que son état de santé ne s'était pas modifié depuis la décision de refus du 6 avril 2001, son taux d'invalidité étant toujours de 23% au plus, comme l'avait retenu le Tribunal fédéral des assurances dans son arrêt du 7 mai 2003.

Le 19 mai 2009, l'assuré a adressé à l'OAI, par l'intermédiaire de son conseil, des observations à propos de ce projet de décision. Il a pour l'essentiel fait valoir une grave détérioration de son état de santé, le rendant totalement incapable d'exercer une activité professionnelle. Il a conclu à ce qu'un degré d'invalidité de 100% lui soit reconnu dès le 6 janvier 2006, une prestation lui étant allouée en conséquence et, subsidiairement, à la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique par un psychiatre indépendant, le rapport du Dr Q._____ étant selon lui entaché de contradictions fondamentales, le rendant ainsi impropre à déterminer sa capacité de gain.

Dans un avis médical SMR du 18 juin 2009, le Dr F._____ a écrit ce qui suit:

“Dans son mémoire du 19.05.2009, Me Ayer revendique un taux d'invalidité de 100% depuis le 06.01.2006 et, subsidiairement, une nouvelle expertise psychiatrique.

(...)

Il faut noter qu'il n'y a pas contradiction entre le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par les médecins traitants et le refus de

l'Al de reconnaître cette affection comme invalidante: il y a des critères juridiques définis en médecine des assurances qui imposent une analyse pointue et exigent certains critères pour que ce diagnostic puisse être reconnu par l'Al comme affection invalidante.

Ces critères ne sont pas remplis dans le cas présent.

Les médecins traitants ou hospitaliers ne posent pas leurs diagnostics, en particulier celui de trouble somatoforme douloureux, en tenant compte de ces considérations juridico-asséculo-logiques. Ce diagnostic figure dans la CIM, il est parfaitement admis de poser ce diagnostic, mais cette classification ne permet pas de tirer des conclusions directes en ce qui concerne la capacité de travail.

Concernant la procédure et la pertinence des moyens d'instruction:

Me Ayer critique le fait que l'Al ait procédé à une expertise rhumatologique et psychiatrique au lieu d'une expertise pluridisciplinaire. Ce reproche n'est pas fondé, étant donné que la problématique de cet assuré est essentiellement rhumatologique et psychiatrique, et que ces deux aspects ont été explorés.

Par ailleurs, il n'accepte pas la rectification fournie par le Dr Q. _____ dans son complément de réponse du 30.04.2008, lorsqu'il reconnaît qu'il s'est trompé de chiffre et qu'il s'agit bien d'une capacité de travail de 75%. Or, selon le texte de l'expertise, en particulier la discussion, il est clair qu'il s'agissait d'une erreur de frappe, étant donné que l'expert avait clairement décrit la situation comme étant inchangée depuis sa dernière expertise. Je ne vois pas pourquoi une nouvelle expertise doit être demandée".

Le 16 septembre 2009, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 6 avril 2009, accompagnée d'une lettre explicative qui répondait aux objections formulées par l'assuré à l'encontre de ce projet en reprenant en substance les éléments exposés par le Dr F. _____ dans son avis médical SMR du 18 juin 2009.

L'assuré a recouru par acte du 21 octobre 2009 contre cette décision, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant avec dépens à son annulation, une rente d'invalidité entière lui étant allouée, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction médicale complémentaire. Il a fait valoir en substance que, contrairement à ce qu'avait retenu l'expert Q. _____ dans son rapport d'expertise du 13 mars 2008, son état de santé s'était sensiblement dégradé au cours des dernières années. Il a notamment produit un rapport de l'UPA du 13 octobre 2009, dans lequel la Dresse W. _____, cheffe de clinique adjointe, et le Dr C. _____, médecin-assistant, avaient observé une situation chronicisée avec un état psychique cristallisé, ainsi qu'une

perte totale de l'intégration sociale, autant sur le plan familial que social élargi, l'intéressé passant l'essentiel de la journée et de la nuit au lit; de très nombreux essais thérapeutiques avec des médicaments de tout type avaient été effectués sans mener à une amélioration significative de la symptomatologie, mais entraînant de possibles effets secondaires majeurs (tachycardie ventriculaire). Les Drs W. _____ et C. _____ avaient conclu que dans l'ensemble, cette situation remplissait les critères de Mosimann et qu'elle évoluait vers une chronicisation progressivement défavorable, la capacité de travail était considérée comme nulle; quant à une éventuelle reprise d'activité, elle leur paraissait très improbable. Le recourant a également produit un rapport du Dr X. _____ du 16 octobre 2009, faisant état d'une hospitalisation intervenue du 27 septembre au 6 octobre 2009 en raison d'une pancréatite aiguë en relation avec une cholecystite sur cholelithiase. Sur le plan psychique, le Dr X. _____ était d'avis que l'assuré souffrait de problèmes psychiatriques graves, auxquels il convenait d'imputer son incapacité de travail. Il s'étonnait en outre du fait que le Dr Q. _____ retienne néanmoins une incapacité de travail de 50%. A ses yeux, il convenait de solliciter l'avis d'un psychiatre neutre à même de pouvoir cerner le cas de manière plus détaillée et approfondie.

Dans la procédure de recours, l'assuré a encore produit un rapport d'expertise privée du 1^{er} avril 2010 du Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, auquel était joint un rapport d'examen neuropsychologique du 16 février 2010. Le rapport d'expertise du Dr S. _____ contient les passages suivants:

“Constataions cliniques:

M. V. _____ est un homme de 48 ans, grand, soigné, faisant plus que son âge, bien orienté aux 4 modes. Il arrive à l'heure aux rendez-vous accompagné les deux fois de sa fille aînée, ne pouvant plus conduire lui-même sur une grande distance.

Il se montre plutôt distant et méfiant dans le contact, indifférent, à tendance négative, à tendance projective sans aucune capacité à se remettre en question. Sa thymie est clairement abaissée. Il garde les yeux fermés, la tête appuyée en arrière, durant la plus grande partie de l'entretien. Il semble peu impliqué, présent malgré lui, exprime un faciès souffrant.

L'expertisé est nettement ralenti sur le plan psychomoteur. Le discours est également lent, M. V. _____ mettant plusieurs dizaines de

secondes avant de répondre aux questions. Sur le plan de l'élocution, ce ralentissement n'est pas explicable par l'utilisation d'une langue étrangère qu'il maîtrise relativement bien ni par une réflexion excessive en rapport avec la méfiance dont il fait preuve. Il s'agit plutôt du ralentissement du dépressif pour qui la moindre activité exige un effort quasi surhumain.

Il accroche sur les mots, a conscience qu'il a de la peine à décrire ce qu'il veut dire, mais ne peut pas faire mieux.

L'expertisé paraît peu investir ce contexte d'expertise et paraît désintéressé comme s'il subissait ces entretiens malgré lui. Il confirme qu'il ne serait pas venu lors du second entretien si sa fille ne l'avait pas poussé, tant il souffre de tout son corps.

L'expertisé verbalise un sentiment d'infériorité et un sentiment de honte. Il ne peut aucunement se projeter dans l'avenir. Il se plaint d'un manque d'énergie permanent.

Une perte de poids est rapportée d'environ 10 kg depuis 10 ans.

Examen neuropsychologique du 16 février 2010 (rapport complet en annexe):

L'examen psychologique met en évidence de sévères troubles de la mémoire antérograde (nouvelles informations) et de la mémoire immédiate (restitution immédiate). Une sévère dysfonction exécutive est détectée (difficulté à mettre en pratique une action), ainsi qu'une difficulté à soutenir l'attention.

Il s'agit d'une diminution importante des performances mentales qui sont évaluées ici de manière objective et standardisées. La neuropsychologue exclut une exagération volontaire des défaillances et relève la bonne collaboration de l'expertisé.

Madame [...] arrive à la conclusion que l'expertisé souffre d'une atteinte cognitive importante (à savoir des problèmes d'attention, de concentration et de mémoire) à prédominance dysexécutive (à savoir une difficulté à exécuter des actes).

Diagnostics selon CIM-10:

Episode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques F32.2

Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique] F41.0

Trouble spécifique de la personnalité paranoïaque F60.0

Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4

Commentaire:

Les critères diagnostics CIM-10 sont remplis pour un trouble dépressif d'intensité sévère, notamment sur le plan de l'isolement social, du ralentissement psychomoteur, de la fatigue et de la fatigabilité, des troubles du sommeil et de l'appétit, des troubles de la concentration et de la mémoire, de l'humeur sombre, de la perte de plaisir et de la perte d'intérêt, des sentiments de honte et de l'incapacité à se projeter dans l'avenir.

Il existe également une symptomatologie anxieuse de type attaque de panique, maîtrisée par un traitement anxiolytique important.

Il s'agit dans ce cas cependant en premier lieu d'une problématique liée à une organisation bancale et psychotique de la personnalité qui implique une précarisation du fonctionnement psychique.

L'état dépressif est certainement l'expression de la décompensation des mécanismes de défenses peu efficaces chez cette personne, tout comme l'expression somatique de la souffrance à travers un syndrome douloureux somatoforme.

L'atteinte des fonctions cognitives doit être mise sur le compte de ce fonctionnement psychique et mental précaire. L'impact éventuel d'un syndrome post-commotionnel en rapport avec l'accident de 1984 ne peut pas être déterminé actuellement, 25 ans plus tard.

Discussion:

Monsieur V. _____ est un homme de 48 ans, qui ne travaille plus depuis quinze ans. Il s'agit d'un homme marié, père de quatre enfants qui est assisté par ses enfants.

Sur le plan psychique, il y a un consensus de diagnostic médical dans le sens d'une organisation de personnalité du registre psychotique paranoïaque, associé à un syndrome somatoforme douloureux persistant.

Il existe par contre une divergence de vue entre la sévérité de cette limitation entre les médecins traitants et l'expert Q. _____.

Il existe une réalité juridique qui a confirmé l'absence d'incapacité de travail au moment du refus de rente en 2000.

Il s'agit dès lors de vérifier s'il existe une aggravation de la situation depuis 2001, puisque Monsieur V. _____ a déposé une deuxième demande de rente en 2006.

Force est de constater, aussi bien sur le plan clinique qui englobe l'anamnèse, l'hétéroanamnèse et l'observation clinique, que sur la base de l'évaluation neuropsychologique, que l'expertisé se trouve actuellement en incapacité de travail complète.

Il est globalement ralenti et présente une atteinte documentée des fonctions mentales qui semble exister selon les informations recueillies depuis une dizaine d'années. Cette atteinte n'a pas cédé à une longue prise en charge psychiatrique avec de nombreuses tentatives de traitement médicamenteux.

Le rapport d'expertise de 2008 du Dr Q. _____ est très réduit, ce qui confirme indirectement les dires de l'expertisé quant à la pauvreté de son existence. Apparemment, rien ne s'est passé dans la vie de cette personne en 8 ans (cf. page 4 du rapport Q. _____). Les quelques informations fournies ne sont pas précises, ce qui semble indiquer que les troubles cognitifs et la déstructuration mentale existent en tous cas déjà en 2008.

Le Dr Q. _____ écrit que l'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. Si cela était effectivement le cas, alors nous devrions constater une aggravation évidente de l'état de santé mental de Monsieur V. _____, puisqu'il présente actuellement une atteinte importante des fonctions neuropsychologiques (cf. rapport Madame [...]).

En réalité, nous pensons plutôt, sur la base de la description faite par les médecins traitants, la fille de l'expertisé et l'expertisé lui-même, que le Dr Q. _____ a passé à côté d'une atteinte cognitive qui existait déjà.

Le Dr Q. _____ interprète finalement la symptomatologie aboutissant à une incapacité de travail comme une névrose de rente et il estime que les médecins traitants sont trop flexibles et pas assez critiques face à leur patient (page 7).

Nous nous écartons de cette appréciation qui est subjective et implique par ailleurs une inversion logique de la cause et de l'effet, puisque les problèmes économiques sont vus comme une cause et non pas comme une conséquence de la symptomatologie et que la dimension psychosociale est écartée comme étant non médicale, alors que cette dimension ne peut pas être séparée du domaine psychiatrique.

Dans ce cas il est clair que Monsieur V. _____ souffre d'une pathologie psychique, que le Dr Q. _____ reconnaît d'ailleurs, qui engendre des complications psychosociales (travail, famille, amis).

(...)

4. Diagnostics

4.1 Diagnostics selon le DSM-IV-TR

- Episode dépressif majeur, sévère sans caractéristiques psychotiques, chronique 296.22
- Trouble panique sans agoraphobie 300.01
- Personnalité paranoïaque 301.0
- Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques 307.80

4.2 Discussion

Dans le cas de Monsieur V. _____, il existe une organisation de personnalité bancale avec épuisement des mécanismes de défense au fil des années. Les informations recueillies par le médecin traitant qui connaît ce patient depuis de nombreuses années, ainsi que les renseignements fournis par la fille aînée, font penser que Monsieur V. _____ présente une diminution de ses capacités d'adaptation et d'intégration depuis dix ans environ.

Le dysfonctionnement psychique sévère, avec répercussions majeures sur le plan professionnel et social, ainsi que sur le plan de la souffrance subjective, justifie à notre avis un diagnostic de trouble de la personnalité et non pas seulement un diagnostic d'organisation de personnalité. La question des répercussions d'un dysfonctionnement psychique est déterminante selon la CIM-10 et selon le DSM-IV pour retenir un diagnostic de trouble de la personnalité.

Dans le cas de Monsieur V. _____, la froideur affective, l'égocentricité, l'absence de tissu social et les tendances projectives vont dans le sens d'un trouble de la personnalité antérieur à l'état dépressif.

La précarisation de ses mécanismes de défense psychiques a débouché sur des tableaux psychiatriques florides, tels un état dépressif majeur selon le DSM-IV ou des attaques de panique. Le syndrome douloureux est probablement une autre soupape à la

tension psychique intense que Monsieur V. _____ n'arrive pas à métaboliser.

Actuellement, ce qui est déterminant, c'est la mise en évidence d'une atteinte marquée des fonctions cognitives qui ne rend plus possible aucune intégration professionnelle.

Diagnostic principal:

Les quatre diagnostics psychiatriques sont déterminants dans l'appréciation de la capacité de travail de cette personne.

Diagnostic secondaire:

Il n'y a pas de diagnostic secondaire.

B. Influence sur la capacité de travail

1. Limitations de la capacité de travail (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés.

Au plan physique

A déterminer par les médecins somaticiens.

Au plan psychique et mental

Incapacité de travail complète, tant sous l'angle du fonctionnement psychotique (intolérance au stress, irritabilité, mauvaise gestion des pulsions, faible capacité d'adaptation) que du fait de l'état dépressif cristallisé sur un mode régressé, que sous l'angle neuropsychologique qui met en évidence des limitations sévères de la mémoire, de la concentration et de la fatigabilité.

Au plan social

Difficultés relationnelles, sociales et difficultés d'intégration impliquant des limitations sévères.

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

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

L'expertisé ne travaille plus depuis quinze ans.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Il n'existe plus aucune capacité de travail résiduelle. Les troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire rendent un processus d'apprentissage illusoire. De plus, il existe une difficulté pratique à exécuter une action difficile à planifier mentalement.

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

L'expertisé ne travaille plus depuis quinze ans.

2.4 Y' a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure?

Le rendement de l'expertisé est nul (ralentissement psychomoteur et troubles cognitifs).

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y' a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

La réalité juridique (Tribunal cantonal des assurances sociales et Tribunal fédéral des assurances) dit que Monsieur V. _____ n'avait pas d'incapacité de travail significative en avril 2000.

En l'absence d'activité, il est difficile de définir a posteriori l'évaluation de l'incapacité de travail, incapacité de travail qui s'est sans aucun doute aggravée au fil des ans.

Nous n'avons pas de raison de nous écarter des appréciations faites au CPS [...] et au [...], alors que nous ne pouvons pas partager le point de vue du Dr Q. _____ (cf. rubrique Remarques ci-dessous).

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

Actuellement, la capacité de travail est de toute évidence nulle.

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

L'expertisé présente une faible capacité d'adaptation.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants:

Aucunement, cf. réponse 2.2.

- L'aptitude à s'intégrer dans le tissu social

Il existe de fortes limitations.

- La mobilisation des ressources existantes

Il n'existe plus de ressources mobilisables.

Si non, pour quelles raisons?

Monsieur V. _____ a épuisé ses ressources et se trouve dans un état dépressif et régressif depuis une dizaine d'années. Sa structuration bancale de la personnalité ne lui permet pas d'exploiter d'autres ressources personnelles. Les atteintes cognitives barricadent définitivement tout pronostic favorable.

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

Non. L'expertisé ne travaille plus depuis quinze ans.

2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail).

Cette question tombe. Le traitement médical permet tout au plus une stabilisation, mais aucunement une amélioration des défaillances. Divers produits ont été prescrits sans succès, ce qui est habituel dans ce type de problématique où il existe une forte méfiance face à toute intrusion (problématique psychotique paranoïaque, en l'absence de psychose franche).

(...)

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

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Plus aucune activité lucrative n'est possible.

3.3 Y'a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Le rendement est nul.

3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Monsieur V._____ a épuisé ses ressources et se trouve dans un état dépressif et régressif depuis une dizaine d'années au moins. Sa structuration bancale de la personnalité ne lui permet pas d'exploiter d'autres ressources personnelles. Les atteintes cognitives barricadent définitivement tout pronostic favorable.

Remarques

A notre avis, l'expertise Q._____ a sous-estimé les limitations de l'expertisé déjà en 2000. L'expertise de 2008 n'explique pas pourquoi le Dr Q._____ s'écarte de l'avis des psychiatres traitants et du médecin traitant si ce n'est qu'il évoque un clivage médical et qu'il affirme que les médecins experts seraient plus objectifs (en réalité il est seul à défendre le point de vue psychiatrique que l'expertisé est apte au travail à 75 %).

A notre avis, l'expert Q._____ interprète les manifestations comportementales de l'expertisé comme des manifestations manipulatoires, sans faire le lien avec la problématique psychotique paranoïaque qu'il a pourtant bien décrite.

Par exemple, les problèmes de complaisance, tout comme le caractère orgueilleux et susceptible, la haute estime de soi de l'expertisé (page 8 de son rapport), correspondent précisément à la faille narcissique du paranoïaque et échappent à un contrôle conscient de sa part.

Ces traits signifient des dysfonctionnements et des difficultés d'adaptation et d'intégration de ce type de personnalité, ainsi qu'une intolérance au stress. Il s'agit précisément d'une symptomatologie limitant la capacité de travail et non pas de simples traits de caractère déplaisants.

Le Dr Q._____ n'observe pas les limitations de l'expertisé, alors que ce dernier a pourtant été largement investigué au [...] et au CPS de [...] et qu'il existe un consensus pour apprécier son incapacité de travail.

Notre propre investigation confirme l'analyse des collègues psychiatres du [...] et du CPS [...], partagée d'ailleurs par le médecin traitant. Nous ne pouvons pas adhérer aux conclusions du Dr Q._____.

Celui-ci inverse la relation de cause à effet entre troubles psychiatriques et problèmes économiques et sociaux. De toute évidence, les problèmes de santé psychique étaient antérieurs aux problèmes sociaux et surtout économiques dans le cas de Monsieur V._____.

Prôner l'abstinence thérapeutique dans ce cas serait ignorer, par exemple, que le service de protection de la jeunesse a été alerté il y a quelques années et que Monsieur V._____ vit toujours avec sa famille qui subit son état et ses troubles du comportement.

Etablir un lien thérapeutique avec ce type de personnalité est toujours difficile, mais l'abstinence thérapeutique nous paraît peu défendable.

Relevons enfin que le Dr Q._____ avait lui-même proposé un traitement antidépresseur dans le cadre de son expertise 2000,

traitement qui est en définitive resté sans effet notable, ce qui n'est pas surprenant vu la pathologie psychiatrique majeure.

Actuellement, l'évaluation neuropsychologique que nous avons demandée met en évidence que le fonctionnement mental de l'expertisé est sévèrement défaillant et ne pourra plus être amélioré".

Pour sa part, l'OAI a produit un avis médical du 18 mai 2010 du Dr H._____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR, à la teneur suivante:

"Le rapport d'expertise du Dr S._____ du 01.04.2010 suscite les commentaires suivants:

- il s'agit d'une expertise privée, à la demande de l'avocat de l'assuré.
- elle est lacunaire sur les points suivants:
 - o Absence de dosages plasmatiques médicamenteux;
 - o Les éléments permettant d'analyser les critères de gravité du syndrome douloureux somatoforme selon la jurisprudence ne sont pas retrouvés dans l'expertise, hormis la mention de l'absence de vie sociale hors de la famille nucléaire.
- l'expert ne fait pas preuve de recul par rapport aux éléments anamnestiques; au contraire, il les valide par des hétéro-anamnèses partiales (fille de l'assuré, médecins traitants de l'assuré).
- le ralentissement psychomoteur constaté est mis sur le compte d'un épisode dépressif sévère. Or, les effets psychotropes d'une consommation importante de benzodiazépines ([...] 4mg/j et [...] 6 mg/j) associée à du [...] sont complètement occultés par l'expert, alors qu'à ces doses, ces médicaments expliquent au moins en partie les troubles neuropsychologiques. Il était dès lors essentiel de connaître les concentrations plasmatiques des médicaments psychotropes au moment de la passation des tests neuropsychologiques.
- la description par les médecins traitant et la famille d'une personnalité autoritaire, tyrannique et violente, présentant des épisodes impulsifs avec accès de colère et même crise clastique (casser une chaise dans un bistrot) n'est pas compatible avec un épisode dépressif sévère.
- le Dr S._____ ne démontre pas une aggravation de l'état de santé de l'assuré et ne le date pas mais au contraire estime que "l'expertise Q._____ a sous-estimé les limitations de l'expertisé déjà en 2000". Il va donc à l'encontre d'une décision entrée en force et confirmée par le TFA en 2006.

En conclusion, cette expertise privée comporte des lacunes et contient des contradictions. Elle est le reflet d'une appréciation différente d'une situation médico-psycho-sociale complexe mais ne permet ni de remettre en cause la deuxième expertise Q._____, ni de démontrer une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision".

Par arrêt du 9 mars 2011 (AI 498/09 - 116/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré contre la décision de l'OAI du 16 septembre 2009. En substance, elle a retenu que le rapport d'expertise du Dr Q. _____ du 13 mars 2008 remplissait les critères jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître force probante, ses conclusions devant l'emporter sur l'appréciation du Dr S. _____. Cet arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours et est entré en force.

C. Le 9 janvier 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en précisant quant au genre de l'atteinte "accident de travail en 1981 — affection psychiatrique cf. certificat médical". Il a joint à son envoi un courrier du Dr C. _____ à l'OAI du 28 décembre 2011 à la teneur suivante:

"Le patient susnommé nous a informé qu'il a déposé une nouvelle demande de prestations. Une nouvelle investigation de sa situation psychiatrique est actuellement en cours et nous serons en mesure de la clore d'ici mi-février, moment où nous pourrons vous fournir des éléments plus précis quant à sa situation, le diagnostic et la capacité de gain. L'aggravation de sa pathologie nous paraît d'emblée probable et nous soutenons notre patient dans sa démarche de demande de révision. Il nous signale notamment la présence de symptômes psychotiques avec répercussions fonctionnelles paraissant importantes".

Par courrier du 12 janvier 2012, l'OAI a invité l'assuré à lui fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, lui impartissant un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé ou apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Le 7 février 2012, les Drs K. _____ et C. _____ ont adressé à l'OAI un rapport médical, dans lequel ils ont détaillé l'anamnèse de leur patient. Ils ont posé le diagnostic de trouble schizo-typique (F21.0). La rubrique "discussion" de leur rapport médical a pour le surplus la teneur suivante:

"Les nombreux symptômes de la lignée psychotique tant positifs (pensées imposées, auto-observation, modification et bizarrerie perceptives somatosensorielles, acoasme, préoccupation du registre

urogénital, méfiance et interprétativité) que négatifs (perplexité, repli social important, désorganisation de la pensée et des activités) apparemment d'intensité fluctuante depuis une période de maintenant au moins 18 ans, suggèrent la présence d'un trouble du spectre de la schizophrénie. L'absence de critère à l'heure actuelle pour une des formes de schizophrénie à proprement dit et la présence de très nombreux critères diagnostics pour le trouble schizo-typique nous font retenir en définitive ce dernier. Ce trouble a la caractéristique d'évoluer de façon fluctuante en fonction des aléas, traumatismes et difficultés relationnelles de la vie, fluctuant autant dans son intensité que dans les manifestations principales du tableau clinique. Le diagnostic est rendu plus probable par la présence dans sa fratrie d'une autre personne qui aurait subi un fléchissement général des performances au début de l'âge adulte, dont il n'est pas exclu qu'il soit dû à une affection du même spectre clinique.

Le parcours de vie de notre patient semble être fortement marqué par un milieu de provenance initialement extrêmement démunie et déjà au moment de la fondation familiale menacée dans sa survie par les pertes de proches et la précarité économique extrême. Son père et sa force de travail sont dès lors perçus comme des éléments ayant rendu la survie possible. La première couverture défensive de ce patient démunie dont la personnalité psychotique a pu être confirmée par des tests projectifs en 1996, semble dès lors avoir été essentiellement d'un registre narcissique et hypomaniaque peu structuré recouvrant les contenus anxieux de mort et de morcellement jusqu'aux premières confrontations concrètes avec la menace de mort, dont principalement l'accident professionnel survenu en 1981 et l'accident de circulation en 1984. C'est en effet après ces épisodes qu'apparaissent les premiers signes cliniques de l'affection dont le tableau complet est présent depuis 1993. On peut émettre l'hypothèse que le patient ait pu remobiliser sa couverture défensive antérieure jusqu'à la naissance de ses deux fils, dont il semble avoir investi particulièrement le deuxième né en 1991, qu'il perçoit comme semblable à lui, présentant les mêmes caractéristiques physiques et fragilités psychiques. C'est cette confrontation et la fonction de rappel qu'elle implique quant à sa propre vulnérabilité, tout particulièrement dans son lien au père et à l'identification de ce dernier qui semble avoir mis à nu les contenus anxieux archaïques précités, sans que l'appareil défensif fragile de provenance biographique (identification au père) soit en mesure de les recouvrir. L'essentiel de cette identification semblant centrée sur la notion de performance physique et laborale garantissant la survie, rôle dans lequel le patient se voit de plus en plus en échec, il ne paraît pas surprenant que la symptomatologie se manifeste prépondérément dans ces domaines. Le décès du père en 1997 dans les circonstances décrites, n'a pu que renforcer et rigidifier les convictions du patient à ce niveau. L'essentiel de la symptomatologie est construit autour de la notion de menace vitale physique dans sa réalité crue et impensable. Ceci explique l'aspect inabordable de la pathologie à la psychothérapie en dehors d'un accompagnement centré sur l'échange sur les situations de la vie courante et les enjeux relationnels de ces dernières. Il est probable qu'un traitement neuroleptique adapté dans les périodes de symptomatologie accrue soit la seule piste pharmacothérapeutique en dehors du traitement en réserve de benzodiazépine pour les paroxysmes anxieux.

Même si les symptômes dans leur ensemble sont anamnesticquement présents depuis 1993, une péjoration plus récente (depuis environ

2007) de la situation est suggérée par le fait même que M. V. _____ puisse les dévoiler à son thérapeute. On peut faire à ce propos l'hypothèse que l'épuisement lié à la chronicisation ait eu progressivement raison de l'aspiration défensive au maintien vers l'extérieur d'une image de "normalité" et de compétence. Ces éléments sont défavorables dans la mesure où elles doivent être ressenties par le patient comme une "exposition" de sa vulnérabilité qui pourrait le menacer davantage.

Les limitations fonctionnelles de la capacité de gain sont données par les symptômes mentionnés. Les troubles de la perception somatosensorielle envahissent de façon majeure le vécu global du patient avec des répercussions sur son comportement qu'il cherche en pratique à adapter à ce ressenti. Ces tentatives d'adaptation marquent l'essentiel de son quotidien et sont ressenties par le patient comme impératives à l'image de l'enjeu de "vie ou de mort" attribuées globalement aux éléments de sa symptomatologie. Il en va de même pour les pensées imposées, la désorganisation de la pensée avec en corollaire les pertes de maîtrise du comportement, les troubles importants de la mémoire et de la concentration voire la perplexité. Il en va aussi de même de son besoin d'être face à un environnement prévisible et déterminé en fonction de ses craintes, dont l'absence génère rapidement la nervosité et l'impulsivité. L'adéquation relationnelle est fortement compromise par un climat de méfiance et d'interprétativité, l'autre étant facilement perçu comme une source de menace "vitale" potentielle. Les relations sont en outre compliquées, en particulier dans le domaine professionnel, par la situation actuelle d'échec de rétablissement du mode défensif précédent, dont la mise en place d'une activité professionnelle serait dans les faits une tentative de rétablissement. M. V. _____ aborde souvent lors de ses entretiens son souhait fondamental d'avoir une activité se demandant si une réadaptation serait possible. Vu l'importance actuelle de l'envahissement de sa vie par la symptomatologie, un tel projet ne paraît pas envisageable à court ou moyen terme où la capacité de gain de notre patient doit être considérée comme nulle. Reprécisons néanmoins que l'évolution du trouble peut fluctuer en fonction des aléas de la vie et que plus à long terme cette question pourrait être à nouveau d'actualité".

Par avis médical du 27 avril 2012, le Dr H. _____ du SMR a estimé que le rapport des Drs K. _____ et C. _____ du 7 février 2012 présentait une appréciation différente d'une situation identique à celle précédemment jugée. L'incapacité de travail attestée ne pouvait de ce fait pas être retenue.

Par projet de décision du 12 juillet 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision, si bien qu'il

s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Le 7 août 2012, le Dr C. _____ a rédigé un nouveau rapport médical à l'attention de l'OAI, à la teneur suivante:

"Il nous semble important de relever que le fait que nous soyons d'avis que l'ensemble des symptômes sont anamnestiquement présents depuis 1993 n'exclut nullement une modification récente de l'état de santé. Il nous paraît en effet clair que les symptômes mentionnés portent au fil du temps une atteinte croissante, notamment en termes de domaines de la vie concrète et relationnelle affectée, à l'autonomie et aux compétences du patient. C'est en effet rétrospectivement qu'il paraît dans l'essentiel improbable que la nature du tableau clinique et des limitations fonctionnelles déterminant la capacité de gain ait été différente depuis le milieu des années 1990 de celles que nous observons à l'heure actuelle, même si elles n'ont pas pu être documentées par les investigations d'alors (rapports de notre unité de 1997 et 2006 et rapport d'expertise du Dr Q. _____ de 2000 à 2007). Nous précisons à ce titre que l'absence de documents sur l'évaluation des symptômes retenus actuellement comme motivant principalement l'incapacité de gain nous prive d'une base qui permettrait une comparaison a posteriori.

Le fait même que les investigations précédentes n'aient pas pu avoir accès aux éléments du vécu psychique de notre patient qui déterminent sa capacité de gain peut par contre constituer un signe d'intensification significative de ces symptômes. Il est en effet habituel dans les troubles du spectre de la schizophrénie que les patients soient réticents à partager avec autrui ce qu'ils vivent eux-mêmes comme déstabilisant et inquiétant. Cette réticence est généralement motivée par une crainte de fragilisation de l'image qu'autrui se fait d'eux, vécue d'une part comme une menace supplémentaire à leur représentation identitaire et d'autre part comme une menace à l'autonomie décisionnelle. La possibilité d'une telle investigation nous paraît dès lors conditionnée essentiellement par deux facteurs. D'une part, elle présuppose très souvent une intensité suffisante des répercussions de ces phénomènes sur la qualité de vie; d'autre part, elle nous semble favorisée par un espace d'investigation dont l'objectif est explicitement celui du soin.

En synthèse, nous nous trouvons dans une situation où la notion d'aggravation ne peut pas être étayée par simple comparaison. Elle ne peut dès lors médicalement pas représenter l'enjeu déterminant pour une nouvelle évaluation de la capacité de gain, qui est, elle, définie par les limitations fonctionnelles. Or celles mises en évidence par notre investigation diffèrent très nettement, en termes de nature, de celles décrites dans les évaluations précédentes. Nous nous trouvons en effet face à un tableau clinique du spectre de la schizophrénie, marqué par les symptômes positifs (troubles de la perception, troubles du cours et du contenu de la pensée avec notamment projectivité, idées de concernement, méfiance et impulsivité) et négatifs (désorganisation, perplexité, apragmatisme fluctuant, retrait social, émoussement affectif, ambivalence) qui le caractérisent. Les répercussions

fonctionnelles de ces symptômes communs sont, comme dans les autres pathologies de ce spectre, le plus souvent plus déterminantes quant à la capacité de gain que celles de leur symptômes spécifiques. L'aspect souvent peu ou pas influençable du trouble schizotypique par les traitements neuroleptiques fournit par contre un élément négatif en terme pronostic en comparaison avec certaines formes spécifiques de schizophrénie".

Dans son avis médical du 3 octobre 2012, le Dr Z. _____ du SMR a relevé que le rapport complémentaire du 7 août 2012 n'apportait pas d'élément médical nouveau, le Dr C. _____ expliquant que bien que la symptomatologie psychique de l'assuré soit présente depuis 1993, une modification plus récente de l'état de santé était possible. Le Dr Z. _____ précisait encore que dans le rapport du 7 février 2012, la possible péjoration était datée "d'environ 2007", soit antérieurement au jugement du 9 mars 2011.

Par décision du 26 octobre 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision.

D. Par acte du 23 novembre 2012, V. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'il soit entré en matière sur sa nouvelle demande de prestations et à la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique. En substance, il fait valoir que selon son médecin, sa situation a évolué sous forme de symptômes psychotiques nouvellement décrits de nature à avoir des conséquences importantes sur sa capacité de gain. Complétant son recours, il fait encore valoir que tous les médecins consultés (Les Drs S. _____, K. _____, R. _____, B. _____, W. _____ et C. _____) estiment que son incapacité de travail est totale et requiert à nouveau la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique. Il produit avec son écriture un rapport médical du 12 mars 2013 des Drs K. _____ et C. _____, qui retiennent le diagnostic de trouble mnésique, attentionnel, exécutif, perceptif, affectif, relationnel et comportemental post-traumatique chronique (état de stress post-traumatique chronique, F62.8). Il produit également un rapport initial de programme Recos du 12 février 2013 et un article

médical intitulé "Trauma et mémoire - quand la douleur infiltre le corps et l'âme".

Dans sa réponse du 25 avril 2013, l'OAI propose le rejet du recours, en se fondant sur les avis du SMR des 27 avril et 3 octobre 2012.

Les parties ont confirmé leur position dans leurs écritures ultérieures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent.

b) La 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), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recourant conteste le refus d'entrer en matière de l'intimé sur une nouvelle demande qu'il a présentée le 9 janvier 2012. Le litige porte donc uniquement sur le point de savoir si le recourant a ou non

rendu plausible, devant l'intimé, la péjoration de l'état de santé qu'il allègue.

3. Conformément à l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Selon la jurisprudence, l'exigence posée à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement l'art. 87 al. 2 et 3 RAI) doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand

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

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI (actuellement: art. 87 al. 2 RAI). Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3).

Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1).

4. a) Dans le cas présent, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 16 septembre 2009, entrée en force à la suite de l'arrêt de la Cour de céans du 9 mars 2011, 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. En effet, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 9 janvier 2012. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de janvier 2012, a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations. En d'autres termes, la présente procédure ne porte que sur le point de savoir si le recourant a rendu plausible,

devant l'intimé, une péjoration de son état de santé depuis la décision de refus de rente.

Dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans n'a ainsi pas à mettre en oeuvre une expertise psychiatrique, la requête du recourant dans ce sens devant être rejetée. Il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations - en l'occurrence, le rapport médical du 7 février 2012 des Drs K. _____ et C. _____ et celui du 7 août 2012 du Dr C. _____ - justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

b) A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit un rapport du 7 février 2012 des Drs K. _____ et C. _____. Si ce document contient certes une anamnèse très détaillée, il n'en demeure pas moins que ces médecins posent pour la première fois le diagnostic de trouble schizo-typique (F21.0). S'ils admettent que les symptômes dans leur ensemble sont anamnestiquement présents depuis 1993, ils estiment qu'une péjoration plus récente, qu'ils font remonter à 2007 environ, est suggérée par le fait que le recourant puisse dévoiler lesdits symptômes à son thérapeute. Dans son rapport du 8 juillet 2012, le Dr C. _____ précise que le fait que les symptômes soient anamnestiquement présents depuis 1993 n'exclut pas une modification "récente" de l'état de santé, estimant que les symptômes portent au fil du temps une atteinte croissante. Dans ce rapport, le Dr C. _____ répète se trouver face à un tableau clinique du spectre de la schizophrénie, marqué par des symptômes positifs (troubles de la perception, troubles du cours et du contenu de la pensée avec notamment projectivité, idées de concernement, méfiance et impulsivité) et négatifs (désorganisation, perplexité, apragmatisme fluctuant, retrait social, émoussement affectif, ambivalence) qui le caractérisent. Si certains de ces symptômes ont déjà été mentionnés par les médecins qui ont examiné l'assuré, il apparaît que tous n'étaient pas réunis dans le cadre de l'instruction de sa précédente demande de prestations.

Au demeurant, les Drs K._____ et C._____ font état d'une péjoration qui remonterait à 2007 dans leur rapport du 7 février 2012, alors que le Dr C._____ mentionne une péjoration "récente", sans plus ample précision, dans son rapport médical d'août 2012. En pareilles circonstances, on ne saurait dès lors parler d'une appréciation différente d'une situation similaire comme le fait le SMR.

En effet, les rapport médicaux des 7 février 2012 et 7 août 2012 produits par le recourant font état d'éléments nouveaux susceptibles de modifier la capacité de travail et de gain du recourant. L'intimé ne pouvait nier une aggravation de l'état de santé du recourant sur la seule base des avis du SMR, sans plus ample examen. Il appartiendra donc à l'OAI d'instruire le cas de l'intéressé, avec la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique indépendante, afin que les incidences de son état de santé sur sa capacité de travail et de gain soient déterminées.

5. Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande présentée par le recourant et mette en oeuvre une expertise.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 - 144/2012 du 23 avril 2012, consid. 7). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés 400 francs.

Le recourant obtenant gain cause et ayant procédé avec l'assistance d'un mandataire a droit à des dépens qu'il convient équitablement de fixer à 2'000 fr. (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. 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 admis.

- II. La décision du 26 octobre 2012 rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, par 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 V._____ des dépens à hauteur de 2'000 fr. (deux mille francs).

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Graf (pour V._____),
- 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 :