

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 septembre 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Jomini et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 4 et 28 LAI, 17 LPGA

E n f a i t :

A. a) A._____, né en 1962, marié et père de 4 enfants, travaillait à temps complet depuis le 18 août 1997 en qualité d'ouvrier (grenailage de pièces) auprès de [...] SA à [...]. Le 26 juin 2003, alors qu'il effectuait une manœuvre, il a été frappé à l'arrière de la tête par un crochet de grue. Souffrant d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC) léger et d'un syndrome post-commotionnel suite au choc pariéto-temporal, il a été transporté à l'hôpital intercantonal [...] à [...] où il a été procédé à des radiographies du crâne et à une suture sur une plaie d'environ 3 cm du cuir chevelu. Le patient a pu regagner son domicile le jour même, avec toutefois une incapacité de travail totale du 26 juin au 27 juillet 2003 attestée par le Dr H._____ (rapport du 20 août 2003), la suite du traitement étant assurée par le Dr G._____, médecin généraliste et traitant de l'assuré. En raison de la persistance d'une douleur pariéto-occipitale et nuchale diffuse, l'assuré a été examiné par le Dr T._____, spécialiste FMH en neurologie, qui a conclu à une réaction démesurée par rapport au TCC, même en cas de petite contusion cérébrale, préconisant un traitement antidépresseur et un séjour à la Clinique K._____ à [...] en vue d'une réhabilitation (rapport du 14 juillet 2003). Le cas de l'assuré a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA).

L'assuré a finalement séjourné du 11 août au 2 septembre 2003 dans le service de réadaptation neurologique de la Clinique K._____. Dans un rapport de synthèse du 17 septembre 2003, les Drs W._____ et M. X._____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant du Service de réadaptation neurologique, ont posé les diagnostics de rééducation neurologique et de syndrome post-commotionnel à la suite d'un TCC léger avec plaie du cuir chevelu, ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive en tant que co-morbidités (consilium psychiatrique du 14 août 2003 du Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie). Les Drs W._____ et X._____ ont en outre exposé ce qui suit :

"En résumé, on se trouve face à un patient de 41 ans qui présente des céphalées avec une baisse de l'élan vital qui selon lui seraient consécutifs à un accident de travail en juin 2003. Le bilan étiologique conduit à ce jour n'a pas montré de lésion cérébrale traumatique, mais une image compatible avec un angiome caverneux pariétal gauche a été mise en évidence sur l'IRM cérébrale effectuée en cours de séjour. Ces lésions ne suffisent pas à elles seules à expliquer la symptomatologie actuelle.

On retient un trouble de l'adaptation motivant le maintien du traitement de Deroxat. Devant l'échec du traitement médicamenteux et de la physiothérapie douce, avec une impression subjective de péjoration de la part du patient, nous décidons de mettre fin au séjour de manière plus rapide que prévue. Il reste en suspens un taux de fer élevé que nous proposons de reconstruire prochainement. L'incapacité de travail reste pour l'instant totale pour des raisons psychiatriques. Un suivi psychologique est vivement recommandé chez ce patient que l'on sent abattu et triste et un peu perdu par rapport à cette situation. Nous restons à disposition pour une nouvelle hospitalisation si besoin".

Dans un rapport médical du 10 février 2004, le Dr S. _____, spécialiste FMH en neurologie, a mentionné avoir procédé à un examen neurologique de l'assuré à la demande de la CNA. S'agissant de l'appréciation du cas, il a notamment précisé ce qui suit :

"(...) En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué permet de retrouver un patient visiblement très algique et démonstratif avec de nombreuses atypies au status. On note tout d'abord une marche spontanée hésitante et boitillante avec un caractère très démonstratif. La station pieds joints et la marche un pied devant l'autre sont tantôt instables, tantôt encore normalement possibles. L'examen des paires crâniennes révèle une hypoesthésie tactile et douloureuse de l'hémiface droite avec des réflexes cornéens vifs et symétriques. Il n'y a pas d'autres troubles bien significatifs à l'examen des paires crâniennes. Au niveau des membres contrastant avec une épreuve des bras tendus et des jambes fléchies normalement possible, on relève un ralentissement des mouvements rapides, des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire des 4 extrémités. La trophicité et les réflexes tendineux ainsi que cutanés sont normalement présents (bien que peu vifs) avec un cutané plantaire en flexion ddc. Les épreuves de coordination sont effectuées avec une dysmétrie tout à fait atypique et démonstrative contrastant avec une épreuve du rebond négative et des marionnettes lentement mais correctement effectuées. Enfin, l'examen de la sensibilité révèle une hypoesthésie tactile et douloureuse ainsi que posturale et vibratoire de tout l'hémicorps droit, à nouveau très atypique

(par exemple le patient répond haut pour le bas de façon systématique à l'examen de la sensibilité posturale).

(...) Au terme du présent bilan, comme les observateurs préalables, je pense que Monsieur A. _____ a présenté lors de l'accident du 26.06.2003 un TCC mineur avec plaie du cuir chevelu suivi de l'apparition d'un syndrome post-commotionnel classique. Il est également possible qu'il ait subi une distorsion cervicale légère. L'évolution a malheureusement été caractérisée par la survenue d'une décompensation psychologique majeure expliquant les plaintes présentées encore actuellement par Monsieur A. _____.

(...) Sur le plan thérapeutique, d'un point de vue somatique, il n'y a pas de proposition thérapeutique particulière à formuler étant donné l'échec de toutes les mesures tentées jusqu'ici et la prédominance des éléments psychiques sur les troubles somatiques".

Le Dr S. _____ a également procédé à un examen électrophysiologique et a conclu qu'il avait été effectué dans des conditions médiocres de collaboration sans anomalie significative, mais de bas voltage et surchargé de nombreux artéfacts musculaires et oculaires comme on le rencontre chez les sujets tendus et anxieux.

Dans un rapport médical du 27 février 2004, le Dr V. _____ et B. _____, respectivement médecin-associé et psychologue-associé à Y. _____, ont posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après l'accident et d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, réactionnel à l'accident. Notant une très légère amélioration suite à l'augmentation récente du traitement antidépresseur et l'introduction du traitement anxiolytique, ils ont toutefois estimé que la situation de leur patient paraissait plus sévère que lors de la dernière évaluation psychiatrique. Ils ont en effet précisé que l'assuré présentait un trouble psychiatrique sévère appartenant à la lignée des troubles de la personnalité suite à une expérience traumatique, associé à un trouble de l'humeur de type dépressif, l'épisode actuel étant qualifié de sévère. Le traitement consistait en un suivi psychiatrique ambulatoire de soutien à raison d'un entretien par mois destiné à évaluer l'évolution et à adapter le traitement médicamenteux.

Par décision du 25 juin 2004, confirmée sur opposition le 7 septembre 2004, la CNA a annoncé à l'assuré qu'elle mettait un terme au versement de ses prestations avec effet au 30 juin 2004, estimant que les troubles pour lesquels il était encore en incapacité de travail étaient désormais du ressort de son assurance-maladie, puisqu'ils n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident. La CNA a en outre considéré que les conditions requises pour l'octroi de prestations supplémentaires (rente d'invalidité et indemnité pour atteinte à l'intégrité) n'étaient pas remplies en l'espèce en l'absence de séquelles susceptibles de réduire la capacité de gain de façon appréciable et d'atteinte durable à l'intégrité physique ou mentale due à l'accident.

Le cas a alors été pris en charge par N. _____ Assurances, assureur perte de gain en cas de maladie.

b) Dans l'intervalle, soit en date du 2 septembre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en précisant le genre d'atteinte en ces termes : "1. accident de travail : choc à l'arrière de la tête par un crochet de grue. 2. épisode dépressif sévère réactionnel à l'accident". L'assuré signalait en outre sous la rubrique "remarques complémentaires" de la demande de prestations que les conséquences psychiques de l'accident de travail survenu le 23 juin 2003 étaient telles qu'une reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable dans un avenir proche.

Procédant à l'instruction du cas de l'intéressé, l'OAI a sollicité des renseignements du médecin traitant en date du 3 septembre 2004. Dans un rapport médical du 13 août (recte septembre) 2004, le Dr G. _____ a posé les diagnostics de TCC mineur avec plaie au cuir chevelu et de décompensation grave de la structure de la personnalité. Il a attesté une totale incapacité de travail dès le 26 juin 2003 dans l'activité exercée jusqu'ici, sans être en mesure de se prononcer quant à l'exercice d'une autre activité. Il a en outre précisé que son patient était incapable de gérer seul les nécessités sociales de son rôle de chef de famille.

L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 30 octobre 2004 en raison d'une restructuration (cf. questionnaire de l'employeur du 21 septembre 2004).

Dans un rapport médical du 18 janvier 2005, le Dr V. _____ a retenu que les diagnostics de modification durable de la personnalité après un accident professionnel survenu le 26 juin 2003 et d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique réactionnel à l'accident avaient des répercussions sur la capacité de travail de son patient. Attestant une incapacité de travail à 100 % dès le 1^{er} novembre 2004, il s'est référé pour la période antérieure à l'appréciation du Dr G. _____ qui avait toutefois également retenu une incapacité de travail totale. S'agissant des constatations objectives, le Dr V. _____ a exposé ce qui suit :

"C'est un homme qui paraît plus âgé qu'il n'est, d'une hygiène inférieure aux normes, se déplaçant en boitant, grimaçant, cherchant à s'orienter spatialement nécessitant d'être aidé par son épouse jusqu'au lieu de rendez-vous et durant l'entretien. Il est désorienté sur le plan temporel et spatial et ne paraît pas comprendre les enjeux de sa situation sur le plan asséculo-logique notamment. Il est dépendant de son épouse en ce qui concerne les démarches administratives. Celle-ci paraît, par ailleurs, démunie. Le contact est entravé par des ruptures dans la communication qui font montre de troubles de la pensée ponctuelle : barrages, perplexité, rétrécissement du champ de la conscience et de la capacité à se concentrer. On relève la présence de tremblements aux mains et d'un agrippement à la chaise au moment de l'entretien. L'assuré offre parfois une mimique effrayée et "perdue" lorsqu'on le rappelle à la vigilance durant l'entretien. L'humeur paraît déprimée, marquée par un retrait social important, une anhédonie, un ralentissement idéatoire et psychomoteur, la présence d'idées noires. L'anxiété paraît importante, associée à l'imposition d'images en flash-back associées à l'accident, survenant de jour comme de nuit, selon ses dires. L'assuré rapporte se sentir impuissant à contenir la résurgence d'angoisses de mort ponctuellement associée à ses images".

Sur le plan thérapeutique, le Dr V. _____ a signalé que son patient était suivi par des entretiens psychiatriques de soutien fixés toutes les 3 semaines environ, à la demande du Dr G. _____, médecin traitant

et prescripteur du traitement médicamenteux, qui, en raison d'effets secondaires probables de certains médicaments, se limitait à un seul traitement antalgique et hypnotique. Le Dr V._____ a conclu à l'octroi d'une rente complète, l'intéressé ne paraissant pas apte à reprendre une activité professionnelle.

En date du 15 février 2005, la CNA a transmis à l'OAI un rapport du 18 novembre 2004 du Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui avait été mandaté par N._____ Assurances pour la réalisation d'une expertise psychiatrique de l'assuré. D'un point de vue psychopathologique, le Dr D._____ a noté que le tableau clinique était surtout caractérisé par le comportement théâtral et démonstratif de l'assuré, ainsi que de nombreuses atypies et contradictions observées à l'examen clinique et à l'interrogatoire médical. Excluant une symptomatologie dépressive et anxieuse moyenne ou sévère, le Dr D._____ a retenu tout au plus un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive en rémission partielle. S'agissant de la symptomatologie douloureuse très atypique tant par ses caractéristiques que sa localisation, le Dr D._____ l'a qualifiée d'hystérisiforme avec une évolution vers une névrose de la rente, dans la mesure où des motifs sortant probablement du champ médical expliquaient la persistance des plaintes alléguées et l'attitude globale de l'assuré. Il a enfin exclu tout trouble majeur de la personnalité. La différence d'appréciation avec le psychiatre traitant s'expliquait par l'attitude globale du patient, l'expert considérant en outre ce qui suit :

"En effet, le médecin traitant fait par définition le postulat de sincérité de son patient qui tient bien entendu une place fondamentale dans la relation médecin/malade quand on se situe dans le champ d'un mandat de traitement. Dans le mandat d'expertise, la mission du praticien est toute autre, car il doit évaluer des plaintes de façon critique en procédant à une démarche exhaustive indispensable pour l'évaluation exacte de l'exigibilité qui respecte le principe souverain de l'égalité de traitement entre tous les assurés. Vu le comportement démonstratif et la suggestibilité importante nous avons pu observer nous-mêmes que le questionnement direct était peu instructif car Monsieur A._____ a tendance à majorer ses difficultés, ceci expliquant peut-être cela.

D'un point de vue médical, nous n'avons aucun traitement à recommander.

Le pronostic ici dépend de notre point de vue d'une prise de décision ferme des assurances sociales afin que Monsieur A. _____ puisse mobiliser son énergie dans la reprise d'une activité professionnelle, ce qui semble ici indispensable".

Au vu de ses éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical (SMR). Dans un rapport d'examen du 28 février 2005, le Dr L. _____ a retenu comme atteinte principale à la santé un syndrome post-commotionnel suite à TCC et plaie au cuir chevelu, un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive atypique en rémission partielle, attestant une incapacité de travail totale jusqu'au 30 juin 2004. Dans le cadre de l'appréciation du cas, il a considéré ce qui suit :

"Les doutes diagnostics dans les premiers temps qui ont suivi l'accident, la longueur de l'instruction expliquent que la SUVA ait servi des prestations pendant 1 année pour un traumatisme modeste dont les conséquences n'auraient pas mérité plus que quelques jours d'IT. Le rapport d'expertise du Dr D. _____ est probant et bien étayé, et l'on peut suivre la SUVA dans son exigibilité médicale. Les divers traitements mis en place sont des échecs (antidépresseurs, anxiolytiques, prise en charge psychiatrique pour l'essentiel assuré par une psychologue à Payerne). Le manque de collaboration n'a pas permis au Dr D. _____ de savoir vraiment comment se déroule une journée; mais on sait que Monsieur voit son beau-frère tous les 10 jours, qu'il entretient de nombreuses relations avec ses compatriotes, l'entente familiale est bonne, la relation avec Madame semble plus tendue les derniers temps en raison de l'état de santé. Bref, il n'y a pas d'éléments majeurs permettant de penser que le trouble somatoforme soit invalidant".

Par courrier du 15 mars 2005, le Dr V. _____ a mis en évidence une péjoration de l'état de santé psychique de l'assuré depuis février 2005 sous forme d'hallucinations cénesthésiques récurrentes et visuelles ponctuelles. Le patient continuait en outre à se plaindre d'idées d'intrusion de type hypocondriaque, de troubles du sommeil importants, d'un état de confusion et de désorientation, ainsi que d'une présence figée suggérant une impression d'effroi.

Par avis médical du 14 avril 2005, le Dr L._____ a sollicité du Dr D._____ une expertise complémentaire afin de déterminer l'évolution de l'assuré, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles.

Dans un rapport d'expertise complémentaire du 21 octobre 2005, le Dr D._____ n'a mis en évidence aucun élément nouveau susceptible de modifier les conclusions de son expertise du 18 novembre 2004. Il a estimé que la capacité de travail était toujours supérieure à 80 % dans toute activité adaptée à ses compétences et à ses limitations somatiques objectivables.

Par avis médical du 18 novembre 2005, le Dr L._____ a constaté que les diagnostics retenus par le Dr D._____ restaient inchangés, de même que le test d'Hamilton. L'expert précisait l'évolution, déjà suspectée en 2004, vers une névrose de la rente. Il a en outre démontré en quoi l'assuré ne présentait pas de symptômes psychotiques au vrai sens du terme, raison pour laquelle il ne confirmait pas l'aggravation retenue par le Dr V._____.

c) Par décision du 21 février 2006, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée à la période allant du 1^{er} juin 2004 (compte tenu du délai d'attente d'un an) au 30 septembre 2004 (soit après 3 mois d'amélioration de l'état de santé). Le contrat de travail de l'assuré ayant pris fin le 30 octobre 2004, l'OAI le priait de s'adresser à l'assurance-chômage.

L'intéressé a formé opposition contre la décision précitée, en ce sens qu'il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1^{er} octobre 2004. Dans ce contexte, il a produit des certificats médicaux du 13 avril 2006 du Dr V._____, faisant état d'une hospitalisation en milieu psychiatrique à des fins d'évaluation et d'adaptation de traitement; du 10 juillet 2006 de la Dresse M._____, cheffe de clinique à Y._____ constatant une péjoration de l'état de santé de son patient dès son retour à domicile le 26 avril 2006 (lettre de sortie du 3 mai 2006 signée par le Dr F._____, chef de clinique) motivant le maintien d'une incapacité de

travail complète; du 4 octobre 2006 de la Dresse M._____ mentionnant une nouvelle hospitalisation en date du 19 septembre 2006 en raison d'une péjoration de l'état de santé de son patient et du 13 novembre 2006 de la Dresse K._____, spécialiste FMH en médecine interne et nouveau médecin traitant de l'assuré, considérant que le patient n'était pas en état de travailler.

Par avis médical du 25 septembre 2007, le Dr L._____ a demandé une copie des rapports d'hospitalisation dès le 19 septembre 2006, ainsi qu'un rapport médical de Y._____.

Dans un rapport médical du 5 décembre 2007, la Dresse R._____, cheffe de clinique adjointe à Y._____, a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après un accident professionnel survenu le 26 juin 2003 et d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique réactionnel à l'accident. Elle a attesté une totale incapacité de travail dès le 1^{er} novembre 2004 pour une durée indéterminée, se référant pour la période antérieure à l'attestation du Dr G._____. Elle a précisé que l'aggravation était progressive, plus marquée début 2006 sans facteur déclenchant.

Par avis médical du 22 janvier 2008, le Dr L._____ a considéré que malgré un tableau clinique qui paraissait impressionnant, l'assuré et les médecins traitants n'avaient pas apporté les éléments qui permettaient d'admettre une réelle aggravation.

d) Par décision sur opposition du 26 mars 2008, confirmant la décision du 21 février 2006, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1^{er} juin 2004 (compte tenu du délai d'attente d'un an) au 30 septembre 2004 (soit après 3 mois d'amélioration de l'état de santé). Ainsi, après instruction et examen du dossier, il a retenu qu'à partir du 1^{er} juillet 2004, sa capacité de travail était entière dans toute activité, raison pour laquelle le droit à une rente d'invalidité était limité au 30 septembre 2004, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI. Cette décision est entrée en force.

B. a) Le 9 juillet 2008, A._____, a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une dépression et d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive.

Par courrier du 19 septembre 2008, la Dresse R._____ a déclaré qu'elle appuyait la demande de rente de son patient, notamment en raison des observations des moniteurs socio-professionnels de l'assuré (activité protégée de 10 % au Centre de réhabilitation de l'Hôpital de [...] depuis juin 2007) qui n'imaginaient pas que l'assuré puisse avoir une activité professionnelle au vu de l'état clinique présenté.

Par avis médical du 9 octobre 2008, le Dr L._____ a considéré que le rapport médical de la Dresse R._____ n'apportait aucun élément nouveau, les diagnostics étant les mêmes que ceux retenus depuis le rapport médical du 18 janvier 2005. Aucune aggravation n'était perceptible au vu du rapport médical du 5 décembre 2007 de cette praticienne, puisque l'on retrouvait les mêmes éléments.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI a prié la Dresse K._____ de lui adresser un nouveau rapport médical qu'elle a finalement rempli en date du 18 décembre 2008. Elle a attesté un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques présent depuis 2006 et a fait part des constatations suivantes :

"Son état général ne cesse de s'aggraver, le patient est renfermé sur lui-même, le contact est difficile. Il présente des cénesthésies (à l'impression que des petites bêtes lui montent sur le visage), il est extrêmement tendu et angoissé, ce qui se traduit au niveau somatique par des contractures musculaires importantes. Retrait social.

Malgré un suivi psychiatrique soutenu, le passage de l'infirmière en psychiatrie à domicile, un suivi régulier de son médecin traitant, la situation s'empire. Le patient ne peut pas rester seul plus de 1-2h de temps sinon son angoisse devient intolérable, obligeant sa famille à se relayer auprès de lui.

Depuis que je le connais en 2006 la situation s'est empirée, le contact appauvrit, le patient ne disant plus que quelques mots. Il reste prostré, figé. Son épouse doit l'aider à s'habiller. A noter qu'une tentative de traitements par neuroleptiques s'est soldée par un échec, le patient ayant présenté d'importants troubles de l'équilibre (cf. consultation du Dr Q._____) contre-indiquant dorénavant ces médicaments.

En résumé, le pronostic est vraiment mauvais, il n'y a aucune amélioration à espérer, ce patient est incapable de travailler".

La Dresse K._____ a joint un rapport médical du 12 mars 2008 du Dr Q._____, spécialiste FMH en neurologie, qui a retenu un état psychotique, associé à des troubles de l'équilibre d'origine incertaine (imprégnation neuroleptique ? syndrome tardif après neuroleptique ? maladie de Huntington ? maladie de Wilson ?).

Une IRM cérébrale pratiquée le 12 février 2009 a été qualifiée de normale. En effet, l'aspect était inchangé depuis 2003 avec une lésion centimétrique pariétale gauche, non caractérisable (possible hématome ou angiome), mais d'allure et évolution non inquiétantes.

Dans un rapport médical du 4 mai 2009, la Dresse R._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient de modification durable de la personnalité après un accident professionnel (présent depuis 2003), d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (présent depuis 2006), de syndrome douloureux somatoforme persistant (présent depuis 2003) et de troubles cognitifs sans précision (diagnostiqué dès août 2003). Elle a indiqué qu'un test d'Hamilton avait été coté à 36 en date du 16 mars 2009. Elle a ajouté que son patient remplissait tous les critères de Mosimann, à savoir qu'il souffrait d'une affection corporelle chronique sous forme de céphalées violentes persistantes, de douleurs chroniques à la nuque et aux membres inférieurs, d'une perte d'intégration sociale, un retrait étant constaté dans tous les domaines de sa vie, d'un état psychique cristallisé, avec péjoration graduelle malgré de nombreuses approches thérapeutiques, tous les traitements ayant été voués à l'échec. Elle a également transmis

un rapport du Prof. P._____ du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre J._____ faisant suite à un examen neuropsychologique du 19 janvier 2009. Par rapport à l'examen pratiqué en août 2003, il a été constaté une péjoration globale des fonctions cognitives, mais les performances observées étaient difficilement interprétables, en raison de discordances importantes dans les performances de l'examen. La Dresse R._____ a enfin produit le rapport d'observation du 7 juillet 2008 de l'Atelier Z._____.

Par avis médical du 13 juillet 2009, le Dr L._____, après examen de l'ensemble des nouvelles pièces médicales versées au dossier, a rendu les conclusions suivantes :

"A nouveau, comme on le voit tout au long de ce dossier, les éléments qui pourraient être objectifs et permettre une évaluation plus précise de la situation, sont soit entachés d'incertitudes (examen neurologique, examen neuropsychologique) soit normaux (IRM cérébrale de 2009) soit absents (dosage sérique des médicaments); ainsi leur interprétation est rendue difficile; il y a l'échec répété des diverses prises en charges, surtout au plan psychiatrique, qui pourrait permettre la mise en doute des diagnostics posés; car aucun des médecins n'a donné l'explication de cette évolution décrite comme désastreuse.

Enfin rappelons que la gravité des affections touchant l'assuré et attestée médicalement depuis plusieurs années devraient incontestablement avoir fait l'objet de mesures d'interdiction de conduire un véhicule à moteur, ce qui n'est à ma connaissance pas le cas.

De plus on peine à s'expliquer comment il se fait que l'assuré ne comprenne que peu le français, alors qu'il est arrivé en CH il y a 25 ans, à un âge (22 ans) où l'on a encore intactes toutes ses facultés d'apprentissage.

Le comportement de l'assuré lors du stage en atelier protégé d'occupation Z._____, effectué au taux de 10 % du 14.06.2007 au 12.02.2008 (voir rapport d'observation du 07.08.2008) laisse à penser qu'il souffre d'une démence très avancée, d'un trouble psychiatrique ne permettant plus le maintien à domicile : on peine à comprendre comment cet ancien bachelier, ancien ouvrier apprécié, a pu développer et afficher des déficits tellement marqués mais qui ne correspondent à aucune entité nosologique répertoriée.

Les diverses incohérences relevées tout au long de ce dossier empêchent donc de retenir un diagnostic précis; elles engendrent des doutes qui ne peuvent profiter à l'assuré. En

2004, 2005 déjà les psychiatres traitants et le médecin traitant jugeaient la situation médicale comme gravissime, l'état de santé était impressionnant, ce que le Dr D. _____ avait clairement contredit dans ses rapports d'expertise, et qui avait été admis par le TCA. Là, dans leurs derniers divers RM, les médecins n'apportent pas d'éléments médicaux franchement et objectivement plus graves que tout ce qui a été prétendu jusqu'alors. Il s'agit dès lors de s'en tenir aux conclusions de 02.2005".

b) Par décision du 7 octobre 2009, confirmant un projet de décision du 28 août 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles. Procédant à la comparaison des situations médicales, l'OAI a considéré que l'assuré n'avait présenté aucun argument étayé et pertinent, ni apporté d'éléments nouveaux. Dès lors, aucune aggravation par rapport à l'évaluation établie en 2005 n'avait été rendue crédible, raison pour laquelle l'exigibilité était inchangée depuis la dernière décision.

C. a) A. _____, représenté par l'avocat Olivier Carré, interjette recours contre cette décision en date du 9 novembre 2009 et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée, en ce sens qu'il a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il fait valoir que son état de santé s'est péjoré depuis la décision définitive du 26 mars 2008, se prévalant du fait que tous les médecins ont mis en évidence une péjoration récente et qu'il est question de maladies graves nécessitant des investigations complémentaires. Par ailleurs, les symptômes psychotiques et le tableau de dépression grave chronique et non plus épisodique et réactionnel ne se reflétaient pas dans le dossier antérieur. Il en déduit qu'il était nécessaire d'entrer en matière, d'instruire ce dossier et de constater son droit à des prestations de l'AI. A l'appui de son recours, l'assuré produit notamment une lettre d'accompagnement du 28 janvier 2009 du Prof. P. _____ à son rapport d'examen du 19 janvier 2009.

b) Par décision du 8 décembre 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 6 novembre 2010.

c) Dans sa réponse du 9 décembre 2010, l'intimé a constaté que les arguments du recourant n'étaient pas de nature à mettre en cause sa décision. Ainsi, les symptômes psychotiques n'étaient pas nouveaux, puisqu'ils avaient été pris en compte tant par le Dr D. _____ que par le SMR. De plus, dans la seconde expertise organisée par le Dr D. _____, effectuée suite à la production d'un rapport du 15 mars 2005 de Y. _____ faisant état d'hallucinations cénesthésiques et visuelles lesquelles avaient motivé un traitement neuroleptique, le Dr D. _____ a considéré que ces éléments, de son point de vue, étaient des illusions sensorielles et non des symptômes psychotiques.

d) Dans sa réplique du 4 mars 2010, le recourant a confirmé l'aggravation de son état de santé.

e) Dans sa duplique du 9 avril 2010, l'intimé a maintenu ses conclusions.

f) Par courrier du 8 décembre 2010, le conseil du recourant a fourni deux lettres des 13 janvier et 30 juin 2010 adressées à la Dresse K. _____, sa réponse du 11 août 2010, selon laquelle elle est entièrement persuadée de la sévérité de l'affection de son patient entraînant une incapacité de travail totale, ainsi qu'une attestation du Dr V. _____ du 6 décembre 2010. Il a enfin sollicité la fixation d'une audience.

g) Dans sa détermination du 10 décembre 2010, l'intimé n'a formulé aucun commentaire particulier.

E n d r o i t :

1. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA).

Interjeté le 9 novembre 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), il est recevable.

2. En l'espèce, le litige, relatif au droit du recourant à une rente d'invalidité, porte sur l'atteinte à la santé et son incidence sur la capacité de travail et de gain, singulièrement sur le point de savoir si l'invalidité s'est modifiée de façon à influencer le droit à la prestation pendant la période entre la décision sur opposition du 26 mars 2008 et la décision litigieuse du 7 octobre 2009.

a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

3. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204 consid. 3a et les références; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, p. 259).

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. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté

recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1).

b) Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, 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, 130 V 75 consid. 3.2).

4. a) En l'occurrence, contrairement à ce que semble croire le recourant, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, déposée seulement quelques semaines après l'entrée en force de la décision de refus de rente. Ainsi, après avoir examiné le rapport médical du 18 décembre 2008 de la Dresse K._____, le courrier du 19 septembre 2008, ainsi que le rapport médical du 4 mai 2009 de la Dresse R._____, les rapports des 12 mars 2008 du Dr Q._____, 12 février 2009 relative à une IRM cérébrale et 19 janvier 2009 relative à un examen neuropsychologique, ainsi que les avis médicaux des 9 octobre 2008 et 13 juillet 2009 du Dr L._____ du SMR, l'intimé a considéré, par décision du 7 octobre 2009, que l'état de santé psychique de l'assuré ne s'était pas aggravé depuis la décision sur opposition du 26 mars 2008. Pour sa part, le recourant ne critique pas la décision sur opposition précitée, mais estime que dans l'intervalle, les circonstances ont changé, puisqu'il est question de maladies graves nécessitant des investigations, ainsi qu'un tableau de dépression grave et chronique auquel s'ajoute des symptômes psychotiques.

Il y a dès lors lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit aux prestations, en procédant à la comparaison des situations de fait existant au moment de la décision sur opposition du 26 mars 2008 et la décision litigieuse du 7 octobre 2009. La décision initiale est essentiellement basée sur le rapport d'expertise du 18 novembre 2004 du Dr D._____, complété à la demande du SMR en date du 21 octobre 2005. L'expert avait exclu une symptomatologie dépressive et anxieuse moyenne ou sévère, un trouble majeur de la personnalité, ainsi que la présence de symptômes psychotiques, suspectant une évolution vers une névrose de rente. S'agissant de la symptomatologie douloureuse, l'expert la qualifiait d'hystérisiforme, ajoutant qu'elle était atypique tant par ses caractéristiques que sa localisation.

b) Sur le plan neuropsychologique, l'examen effectué par le Prof. P._____ le 19 janvier 2009 a mis en évidence une péjoration globale des fonctions cognitives, mais n'a pas permis d'en tirer des conclusions précises, en raison de discordances qualifiées d'importantes par la praticienne précitée dans les performances de l'examen. Quant à l'examen neurologique réalisé par le Dr Q._____ le 12 mars 2008, ce dernier a conclu à un état psychotique, associé à des troubles de l'équilibre d'origine incertaine. Par la suite, la Dresse K._____ a été en mesure d'écartier les maladies de Huntington et de Wilson (avis du SMR du 13 juillet 2009), évoquées dans un premier temps comme explication par le Dr Q._____. Par ailleurs, l'IRM cérébrale pratiquée le 12 février 2009 était normale, l'aspect étant en outre inchangé depuis 2003. La Dresse R._____ a toutefois précisé que l'assuré présentait des troubles cognitifs marqués, l'handicapant même dans sa vie quotidienne avec un état de régression et de retrait social important (rapport du 19 septembre 2008), élément également mis en évidence par le Centre de réhabilitation de l'Hôpital de U._____ qui a noté que le recourant éprouvait des difficultés à assumer ses besoins de première nécessité (orientation dans le temps et dans l'espace, accès aux toilettes, communication avec autrui), ne donnant au demeurant pas l'impression d'être un simulateur (rapport d'observation du 7 juillet 2008).

Sur le plan psychique, dans son rapport du 4 mai 2009, la Dresse R._____ a retenu les diagnostics de modification durable de la personnalité après un accident professionnel (présent depuis 2003), d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (présent depuis 2006) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (présent depuis 2003). Ce faisant, la Dresse R._____, compte tenu des indications subjectives de son patient, a confirmé les diagnostics de modification durable de la personnalité après un accident professionnel (présent depuis 2003) et d'épisode dépressif sévère qui avaient déjà été avancés par le Dr V._____ en 2005 (rapport médical du 18 janvier 2005), ayant nécessité par la suite une hospitalisation en raison de symptômes psychotiques (rapport de la Dresse K._____ du 13 novembre 2006) et la mise en place d'un réseau de soins important associant une assistante sociale de Y._____, une infirmière en psychiatrie passant une fois par jour pour dispenser la médication et effectuer une évaluation de son état, un autre assistant social, une ergothérapeute de manière ponctuelle, ainsi que l'administration d'un traitement médicamenteux lourd et complexe. Au vu de ces éléments, une péjoration de l'état de santé du recourant n'est donc pas exclue. A cela s'ajoute que l'expertise psychiatrique du Dr D._____ est trop ancienne pour déterminer si l'état de santé psychique de l'assuré peut toujours ou non s'expliquer par son attitude globale, comme l'avait retenu l'expert en 2004 (rapport d'expertise psychiatrique du 18 novembre 2004 et complément du 21 octobre 2005).

5. a) Dans ces conditions, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à savoir si l'état de santé de l'assuré s'est effectivement péjoré jusqu'à la date de la décision attaquée, au point d'entraîner une incapacité de travail et de gain durable pouvant, le cas échéant, ouvrir droit à une rente. L'instruction menée par l'intimé est insuffisante, compte tenu de l'ancienneté de l'expertise psychiatrique du recourant et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

b) Partant, le Tribunal de céans n'a pas d'autre alternative que d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise (art. 44 LPG), respectivement toute mesure utile au regard des affections présentées par le recourant, puis qu'il rende une nouvelle décision.

6. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPG, 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

b) Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPG), qu'il y a lieu de fixer à 1659 fr. 20 compte tenu des opérations nécessaires effectuées par son avocat (art. 7 al. 1 du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales [TFJAS; RSV 173.36.5.2]), ce montant couvrant la somme réclamée par le Conseil de la recourante à titre d'indemnité AJ. Il n'y a dès lors pas lieu de fixer la rémunération de l'avocat d'office dans le cadre de l'assistance judiciaire.

**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 7 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, en ce sens que la cause est renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à Mejdî Ademi la somme de 1'659 fr. 20 (mille six cent cinquante-neuf francs et vingt centimes) 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 Olivier Carré, avocat à Lausanne, (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :