

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juillet 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Feusi et Gabellon, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1964, travaillait depuis le 1^{er} mars 2001 en qualité d'opérateur de production auprès de la société R. _____ SA. Présentant une totale incapacité de travail depuis le 14 novembre 2004, il a perçu des indemnités journalières versées par [...] Assurances, assureur perte de gain. L'échec de deux tentatives de reprise du travail à 25% a entraîné la résiliation de son contrat de travail avec effet au 31 juillet 2006.

Le 27 février 2006, l'assuré a déposé une première demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de maux de dos importants avec irradiation dans le bras et la jambe droits.

Le 21 mars 2006, l'OAI a réceptionné une copie du dossier « perte de gain » transmis par [...] Assurances, dont lequel figuraient notamment :

- un compte-rendu d'hospitalisation du 19 au 30 novembre 2004 auprès du Centre hospitalier d'E. _____, indiquant que l'IRM cérébrale ainsi que le scanner cérébral étaient dans les limites de la norme ;

- un rapport médical du Service de neurologie Centre hospitalier B. _____ du 7 décembre 2004 mettant en évidence un tremblement orthostatique d'origine plutôt fonctionnelle et notant l'absence de pathologie neurologique ;

- un compte-rendu du 7 juillet 2005 relatif à une hospitalisation du 29 juin au 6 juillet 2005 auprès des Etablissements [...] suite à l'exacerbation des tremblements aux membres inférieurs, posant le diagnostic principal de suspicion de tremblement orthostatique primaire (DD [diagnostic différentiel]: troubles fonctionnels), de diagnostic secondaire d'hypoacousie droite et, sous la mention « comorbidité » de troubles anxio-dépressifs. Ce rapport indiquait que les séances de

physiothérapie avaient permis d'observer une discordance avec disparition du tremblement et précisait qu'une consultation psychiatrique avec le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait été organisée, lequel concluait à un état dépressif sans trouble somatique.

Dans le cadre de l'instruction de la demande AI, un rapport complété le 15 juin 2006 par la Dresse I._____, spécialiste en neurologie du Service de neurologie du Centre hospitalier B._____, a été adressé à l'OAI. La Dresse I._____ a posé le diagnostic ayant effet sur la capacité de travail de trouble de conversion avec tremblement orthostatique et troubles sensitifs hémicorporels droits depuis 2004, ainsi que le diagnostic non incapacitant de lombo-sciatalgies non déficitaires depuis début 2006. Elle a indiqué que le tremblement avait disparu et que la capacité de travail était dès lors totale. Elle a précisé qu'il était néanmoins possible que d'autres systèmes neurologiques apparaissent comme c'est souvent le cas dans les troubles de conversion.

Était joint au document précité un rapport du 16 mars 2006 des Drs I._____ et P._____, spécialiste en neurologie, posant le diagnostic de troubles de conversion avec tremblement orthostatique et troubles sensitifs hémicorporels droits et se concluant en ces termes :

« N._____ nous avait donc consultés en raison d'un tremblement orthostatique dont l'allure fonctionnelle avait été discutée (cf. nos courriers précédents). Ces tremblements ont complètement disparu mais la symptomatologie a changé pour revêtir un caractère douloureux et le patient signe une importante douleur irradiant dans la jambe droite. Aucun déficit de force et de réflexes ou sensitifs d'allure radiculaire n'est démontré. Dès lors nous ne proposons de ne pas poursuivre plus loin les investigations, mais d'entreprendre un traitement conservateur d'antalgie et physiothérapie de mobilisation.

Signalons en effet que si aucun territoire radiculaire n'est mis en évidence au status, on relève par contre des signes positifs pour une atteinte d'origine psychogène puisque le territoire sensitif hypesthésié correspond à une ligne médiane sur toute la jambe et touche toute la face latérale de la jambe, y compris la plante du pied. Ceci ne correspondant à aucun territoire organique tant radiculaire que tronculaire ou même cortical.

Signalons de plus la persistance comme signe positif fonctionnel d'un abaissement lent sans pronation à l'épreuve des bras tendus.

Enfin, signalons la présence d'un nystagmus dissocié dans le regard latéral des deux côtés, mais sans apparition de nouveaux signes neurologiques et, au vu de l'IRM cérébrale récente dans la norme, nous ne proposons pas de nouvelles investigations mais un suivi clinique.

L'origine en partie psychologique des troubles a été discutée avec le patient, qui accepte cette fois une prise en charge psychiatrique (...) ».

Dans un rapport réceptionné par l'OAI le 6 décembre 2006, les Drs T._____ et W._____, psychiatres auprès de l'Unité de psychiatrie ambulatoire d'E._____ (ci-après : UPA), ont posé les diagnostics affectant la capacité de travail de somatisations et de dysthymie (F 34.1) depuis le 15 novembre 2004 et indiqué que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis plusieurs mois selon les certificats établis par son médecin généraliste. Indiquant que l'état de l'assuré était stationnaire et que leur dernier examen remontait au mois d'octobre 2006, ces médecins ont en outre relevé avoir effectué chez l'intéressé une psychothérapie de soutien durant environ 6 mois, durant laquelle il avait été impossible d'aborder autre chose que ses problèmes somatiques, que l'assuré venait sur demande de son généraliste et qu'il n'avait lui-même aucune demande par rapport à une prise en charge psychiatrique. Ils ont conclu qu'il était difficile de se prononcer par rapport à l'incapacité de travail en raison des problèmes psychiatriques de l'assuré, étant donné l'intrication étroite entre les problèmes somatiques et psychiatriques, relevant qu'une évaluation dans le cadre d'un COMAI devrait être faite afin de déterminer l'incapacité de travail en lien avec toutes ces problématiques. Dans l'annexe au rapport, les Drs T._____ et W._____ ont indiqué que l'assuré présentait une incapacité de travail totale en raison de sa problématique somatique et psychique, précisant qu'un examen complémentaire devait être effectué afin de mieux cerner les raisons de cette incapacité ainsi que le pronostic.

Dans un rapport adressé à l'OAI le 21 février 2007, le Dr Y._____, médecin traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles de conversion avec tremblements orthostatiques, troubles sensitifs hémicorporels droits,

crises non épileptiques psychogène et d'état dépressif modéré depuis 2005, ainsi que les diagnostics non incapacitants de gonalgies droites, lésions dégénératives du ménisque interne droite, discrète surdité à droite et de lombalgies modérées sans symptôme radiculaire. Il a considéré que la capacité de travail était nulle depuis le mois de juin 2005.

Etat notamment joint à ce document un rapport du 25 janvier 2007 des Drs P. _____ et I. _____ dont il ressort que l'assuré présentait, en plus du tremblement orthostatique d'origine fonctionnelle et des troubles dissociatifs sensitifs hémicorporels droits, une nouvelle symptomatologie neurologique toujours dans le cadre des troubles fonctionnels, sous forme de crises non épileptiques psychogènes, lesquelles nécessitaient également un suivi tant neurologique que psychiatrique.

Dans un rapport médical à l'OAI du 15 mai 2007, la Dresse I. _____ a posé les diagnostics incapacitants de troubles de conversion sous forme de tremblements orthostatiques psychogènes, crises non épileptiques psychogènes et troubles sensitifs hémicorporels droits depuis fin 2005. Elle a indiqué que les symptômes étaient stables et que l'assuré n'avait plus de crises depuis janvier 2007, précisant que le traitement au long court nécessitait un suivi psychiatrique et qu'une amélioration pouvait être attendue. Dans l'annexe au rapport, la Dresse I. _____ a considéré que l'assuré était à même d'exercer toute activité, précisant qu'on pouvait s'attendre à un rendement diminué si les symptômes devaient s'accroître, le pourcentage n'étant toutefois pas prévisible, car la pathologie était très variable d'un patient à l'autre.

Dans un avis médical du 18 septembre 2007, le Dr Z. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a rappelé que le neurologue du Centre hospitalier B. _____ considérait la capacité de travail de l'assuré totale et que la récente prise en charge psychiatrique avait permis de retenir le diagnostic de somatisation et de dysthymie, ce qui ne contredisait pas les conclusions du Dr S. _____ datant de 2005. Il a précisé que le dossier avait été présenté à la Dresse O. _____,

psychiatre auprès du SMR, laquelle estimait que ni le diagnostic retenu de troubles de la conversion, ni les comorbidités psychiques ne justifiaient d'incapacité de travail durable. Il a conclu que la capacité de travail était entière depuis toujours.

Par décision du 15 avril 2008 confirmant un projet de décision du 13 décembre 2007, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité pour les raisons suivantes :

« [...] Après votre objection, votre dossier a de nouveau été transmis au Service médical régional AI pour examen de votre demande. Il en ressort qu'il n'y a pas de motif [à] entreprendre une expertise.

En effet, selon l'UPA d'E._____, les incapacités de travail sont attestées par votre médecin traitant. Selon le service de neurologie du Centre hospitalier B._____, votre capacité de travail est entière et votre médecin traitant ne nous annonce aucun fait nouveau.

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 20 décembre 2007 et votre complément du 18 janvier 2008 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet de décision du 13 décembre 2007 est fondé et doit être entièrement confirmé [...] ».

Dans la décision précitée, l'OAI a en outre retenu que sur le plan purement somatique, l'assuré ne présentait aucune atteinte limitant sa capacité de travail dans son activité habituelle d'opérateur de production et que sur le plan psychiatrique, il présentait un trouble dépressif sans syndrome somatique, aucune comorbidité psychiatrique grave n'ayant au demeurant été mise en évidence.

b) Le 20 décembre 2016, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles, subsidiaire d'une rente, sans autre indication relative à l'atteinte à la santé que celle de sa date, soit le 15 novembre 2004.

Dans le cadre de cette nouvelle demande, l'assuré a produit un rapport d'expertise pluridisciplinaire neurologique et psychiatrique - réceptionné par l'OAI le 30 décembre 2016 - émanant de la Dresse J._____, sous la supervision du Prof. H._____, spécialistes en

neurologie auprès des C. _____ et daté du 23 septembre 2016, dont on extrait ce qui suit :

« **Diagnostics**

- Tremblement chronique invalidant des membres inférieurs de phénotype orthostatique sur trouble de conversion, sans élément de simulation
- Tremblement physiologique exacerbé des quatre membres
- Probable polyneuropathie des membres inférieurs (hypopallesthésie en gradient, absence des r[é]flexes achilléens) dans le contexte du diabète
- Episode dépressif moyen

Appréciation du cas et pronostic

L'expertisé est un homme de 51 ans, père d'une fille de 25 ans, divorcé, entièrement autonome et travaillant comme opérateur de production dans une usine d'encre pour billet et carte de crédit à 100%, sans antécédents d'arrêt de travail jusqu'à la date d'apparition de sa maladie, soit le 15.11.2004. Date depuis laquelle il est en incapacité de travail à 100%. Des essais de reprise du travail à 25% se [sont] soldés par un échec net. Le 15 avril 2008, l'AI pour le canton de Vaud adresse une décision rejetant la demande de rente AI de N. _____ sur la base des arguments suivants :

- « Après analyse de votre situation par notre service médical régional, nous constatons que vous ne présentez pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. On entend par là, une affection entravant de façon durable et importante l'exercice d'une activité lucrative. L'étude du dossier et les pièces en notre possession n'ont pas montré d'atteinte à la santé physique ou psychique justifiant une incapacité de travail prolongée. »
- « Selon les pièce[s] médicales, au plan purement somatique, nous constatons que vous ne présentez aucune atteinte limitant votre capacité de travail dans votre activité habituelle d'opérateur de production. »
- « Au plan psychiatrique, il ressort de l'ensemble des données médicales que vous présentez un trouble dépressif sans syndrome somatique. Par ailleurs, aucune comorbidité psychiatrique grave n'a été mise en évidence. »

Or, il ressort de notre expertise que N. _____ présente bien une atteinte à la santé physique sans évolution favorable depuis 2004 entravant de façon durable (12 ans en l'occurrence) et importante l'exercice de son activité lucrative dans la mesure où les tremblements présentés sont tels qu'ils compromettent la stabilité en position debout et la marche, ce qui limite de toute évidence sa capacité de travail.

N. _____ présente un tremblement invalidant de phénotype orthostatique, clairement d'origine fonctionnelle sans élément de simulation. Comme l'indique notre examen clinique et l'ENMG, l'absence de critères en faveur d'un tremblement orthostatique idiopathique classique, nous dirige vers une origine fonctionnelle. La comparaison de notre examen clinique avec ceux effectués de 2004 à 2007 au Centre hospitalier B. _____ montre une stabilité de l'atteinte clinique soit une absence d'évolution favorable en 12 ans.

Les chances d'une amélioration clinique dans les années à venir au vu de ce qui précède, dans le cadre d'un trouble fonctionnel, sont très faibles et une chronicisation (comme pour le cas présent) se développe dans 40 % des cas de troubles fonctionnels.

La décision de l'AI faisait mention de l'absence de comorbidités psychiatriques graves. Or la consultation psychiatrique de notre confrère datant du 17.08.16 fait mention d'une dépression sévère sur l'échelle *Beck Depression inventory (80113)*: 18/39 et d'un niveau d'anxiété très élevé selon *The State-Trait Anxiety Inventory (STA!)*: Etat 75/80.

En résumé, ce patient présente un tremblement orthostatique atypique, sévère et durable, d'origine fonctionnelle, ayant d'importantes répercussions négatives sur sa capacité de travail. Il s'agit donc d'un trouble de nature psychiatrique, qui s'inscrit dans le contexte d'un état anxio-dépressif chronique. A notre point de vue, il ne s'agit pas du tout d'un contexte de simulation à but lucratif, mais d'une pathologie authentique. En conséquence, nous retenons une incapacité de travail à 100% au vu d'un pronostic extrêmement défavorable qui lui est associé. Les perspectives de réadaptation professionnelle ou de rééducation intensive, telles que déjà proposées et menées durant plusieurs années, ne sont plus envisageables au vu du peu de chances de récupération [...] »

Étaient notamment joints au rapport d'expertise les pages 1 et 3 d'un rapport de consultation de psychiatrie de liaison des C. _____ du 17 août 2016, émanant du Dr M. _____ et posant les diagnostics de troubles dissociatifs et d'épisode dépressif moyen (F32.1) et considéré par l'OAI comme le volet psychiatrique de l'expertise du 23 septembre 2016.

Dans un avis du 27 janvier 2017, le Dr Z. _____ du SMR a relevé que les diagnostics sur le plan psychiatrique étaient les mêmes que ceux annoncés par l'UPA d'E. _____ et conclu que l'état de santé et les diagnostics affectant l'assuré étaient inchangés depuis la demande de prestations AI du 15 avril 2008.

Le 29 juin 2017, l'OAI a rédigé la communication interne suivante, suite à un entretien avec le Dr Z. _____ :

« Le Dr Z. _____ a par conséquent repris le dossier ainsi que l'expertise, et m'a confirmé l'absence de modification plausible de l'état de santé sur les plans neurologique et psychiatrique, en lien avec les points exposés ci-après :

- Il a relevé entre autres l'absence de suivi psychiatrique depuis 5 ans, ce qui en termes de vraisemblance prépondérante ne milite pas, contrairement aux conclusions de l'expertise des C. _____, pour une aggravation du trouble psychiatrique (et en particulier dépressif) ; il s'étonne en effet que l'éventuelle aggravation ne se soit accompagnée d'aucune demande d'accompagnement psychiatrique et que le besoin supposé accru d'un tel accompagnement ne se soit pas traduit depuis par une reprise d'un suivi psychiatrique.

- Il note en outre que le volet psychiatrique de l'expertise (soit la page et demie annexée au rapport du neurologue) reste très succinct et ne fournit aucune description, aucun symptôme (notamment au regard de la CIM 10 ou du DSM) ni motivation susceptible d'étayer et d'objectiver les conclusions de l'expertise quant aux diagnostics et à leur évolution (en particulier quant au volet dépressif puisque c'est celui qui se serait éventuellement aggravé en relation avec un épisode nouvellement retenu en tant que moyen, mais ce nouveau diagnostic n'est soutenu par aucune motivation ni explication - voire au contraire, étant donné l'arrêt précité du suivi psychiatrique depuis plusieurs années). Pour ma part, je dois par ailleurs également constater le faible apport informatif du rapport psychiatrique de l'expertise.
- De même, aucune explication ni motivation n'est présente (ni dans la partie neurologique ni dans la partie psychiatrique) quant à la capacité de travail et en particulier quant à son éventuelle diminution qui serait intervenue - alors que de telles indications seraient précisément décisives pour pouvoir conclure à la plausibilité d'une aggravation.
- Le Dr Z. _____ souligne également l'absence de limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à la situation antérieure ainsi que, sur le plan neurologique, la stabilité de l'atteinte qui se trouve mise en évidence. Force m'est de constater avec le Dr Z. _____ que le neurologue lui-même confirme essentiellement la *stabilité de l'atteinte clinique* (page 9, 2^e §); *l'absence d'évolution favorable en 12 ans* qu'il mentionne n'est en outre nullement constitutive d'une aggravation et tend a fortiori à confirmer l'absence d'aggravation.
- S'agissant en outre des références faites par le neurologue aux scores obtenus selon l'échelle de Beck de la dépression ainsi que selon le State-Trait Anxiety Inventory (STAI), le Dr Z. _____ précise que ces scores sont de simples outils diagnostiques et ne permettent donc pas en tant que tels de conclure à une potentielle aggravation du trouble psychiatrique. Lesdits scores sont d'ailleurs mentionnés par le neurologue, mais ne sont pas repris ni explicités par le psychiatre lui-même (ce qui relativise d'autant plus leur portée) ».

Par décision du 21 juillet 2017 confirmant un projet de décision du 7 avril 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, au motif que sa situation ne s'était pas notablement modifiée.

B. Par acte du 14 septembre 2017, N. _____, représenté par Procap Suisse, Service juridique, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant

principalement à son annulation et, subsidiairement, à la condamnation de l'intimé à entrer en matière sur la demande du 19 décembre 2016 en application de l'art. 53 al. 1 LPGA. Il requiert au demeurant d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Sur le fond, le recourant soutient avoir rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 15 avril 2008 susceptible d'influer sur son droit aux prestations AI en produisant le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 23 septembre 2016, mettant en évidence une aggravation de son état sur les plans somatique et psychique.

Par décision du 25 octobre 2017, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 septembre 2017 dans la mesure de l'exonération des frais judiciaires et de leurs avances.

Dans sa réponse du 21 novembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision du 21 juillet 2017. Il soutient en substance que les pièces médicales produites par le recourant ne permettent pas de démontrer que son état de santé s'est modifié depuis la décision du 15 avril 2008 et renvoie pour le surplus à la note du SMR du 29 juin 2017.

Sur demande de la juge instructeur, le recourant a produit, le 12 février 2018, la page manquante du rapport médical des C. _____ relatif à une consultation de psychiatrie de liaison du 17 août 2016 initialement joint au rapport d'expertise. Il a soutenu que cette page manquante venait confirmer l'aggravation de son état de santé. La rubrique « Discussion et proposition thérapeutique » figurant presque intégralement sur la page manquante a la teneur suivante :

« A l'anamnèse, nous ne pouvons pas mettre en évidence d'élément évocateur d'un trouble psychiatrique dans le passé pour ce patient. L'anamnèse familiale semblerait aussi négative pour des pathologies psychiatriques. Nonobstant, on note une tendance anxieuse chez ce patient, avec des traits caractérisés notamment par des sentiments d'infériorité, de faible confiance en soi et d'échec, par contre d'intensité insuffisante pour constituer un trouble psychiatrique.

A l'évaluation psychiatrique actuelle, nous observons une symptomatologie dépressive importante. Son humeur est déprimée, avec une claire diminution de l'accès au plaisir, une certaine anergie avec élan vital diminué, un contenu de la pensée à valence négative prédominante et caractérisée par des pensées de dévalorisation et estime de soi faible, avec hyperémotivité à l'évocation des problèmes de santé et de la séparation du couple, des sentiments d'injustice et de colère prévalents mais mal élaborés, explicitant des idées autodommageables fugaces. En outre, une symptomatologie anxieuse est comorbide à son trouble de l'humeur, avec une tension interne, une nervosité et inquiétude quasiment constante. Au vu de ce qui précède, nous retenons le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1). Son trouble de l'humeur semblerait relativement résistant au traitement psychothérapeutique et psychotrope, car ceci a une forte composante réactionnelle à son trouble fonctionnel. En ce qui concerne le diagnostic de trouble neurologique fonctionnel, le patient demeure très enfermé à la discussion, résiste à l'acceptation de cette hypothèse diagnostique, ceci étant spontanément perçu par le patient en tant qu'une affirmation de simulation de sa part. En effet, les tentatives à visée psychopédagogique réalisées pendant notre entretien s'avèrent infructueuses, le patient persévérant sur le diagnostic de tremblement orthostatique retenu au Portugal et le respectif traitement prescrit qui a permis une légère amélioration de ses symptômes, se sentant peu investi par le corps médical en Suisse. On note des capacités d'élaboration et d'introspection assez déficitaires lors de la discussion d'une étiologie psychique éventuelle ainsi que des rapports corps-psyché de ses symptômes. En réalité, le patient décrit un début de prise en charge médical[e] en Suisse qui reste, encore à ce jour, perçu en tant que de la maltraitance médicale (« vous n'avez rien du tout », « vous faites exprès », « vous êtes un simulateur », etc.), ce qui semblerait influencer la perméabilité de ce patient à la discussion psychique et vraisemblablement en lien avec des difficultés d'élaboration et d'introspection susmentionnées. Son trouble fonctionnel est chronique, néanmoins il serait utile de reprendre une prise en charge multidisciplinaire pour son trouble, y compris avec prise en charge psychiatrique psychothérapeutique incluant une approche psychoéducative [...] ».

Dans sa détermination du 6 mars 2018, l'OAI a considéré que le rapport de consultation précité avait été étudié par le SMR dans son avis du 27 janvier 2017 auquel il renvoyait.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-

invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 14 septembre 2017 contre la décision de l'OAI du 21 juillet 2017 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées. Le recours est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 et ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) Est exclusivement litigieux in casu le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations présentée par le recourant au motif que ce dernier n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influer sur son droit à des prestations AI depuis la décision du 15 avril 2008.

Dès lors, la conclusion relative à l'admission des conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA sort de l'objet de la présente contestation – déterminé par la décision de refus d'entrer en matière du 21 juillet 2017 –, de sorte qu'elle doit être déclarée irrecevable.

3. a) En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

b) Selon la jurisprudence, cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits

déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b, 109 V 108 consid. 2a ; TF I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungs-recht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2, 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

c) Le Tribunal fédéral des assurances a rappelé qu'il avait modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'appliquait pas à cette procédure (TF I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et les références citées). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; cf. art. 43 al. 3 LPGa depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes

de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]).

Ainsi, 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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3, 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

d) Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative

justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). Il en va de même de la jurisprudence applicable.

e) On précisera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2).

4. a) En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 20 décembre 2016. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 15 avril 2008 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit aux prestations - s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son état de santé s'était modifié depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 21 juillet 2017 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 15 avril 2008. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Ainsi que l'a rappelé la jurisprudence (cf. supra considérant 3d), l'examen du juge doit se limiter au point de savoir si les pièces produites en procédure administrative impliquent l'instruction au fond de la nouvelle demande de prestations.

b) aa) L'OAI s'est fondé sur le rapport du SMR du 18 septembre 2007 pour rendre sa décision du 15 avril 2008. Sur le plan

somatique, le SMR retenait que « pour le neurologue, la CT [capacité de travail] est totale », faisant implicitement référence aux deux derniers rapports des neurologues du Centre hospitalier B._____. Ainsi, dans un rapport médical du 15 juin 2006 à l'OAI, la Dresse I._____ indiquait que les tremblements avaient disparu, que l'état de santé du patient s'améliorait et que la capacité de travail était dès lors totale dans l'activité habituelle sans diminution de rendement. Dans un rapport ultérieur du 15 mai 2007 à l'OAI, la Dresse I._____ qualifiait l'état de santé de stationnaire, l'intéressé n'ayant plus de crises non épileptiques psychogènes depuis janvier 2007. Elle confirmait l'évaluation de la capacité de travail effectuée dans son rapport médical précédent, ajoutant que « l'on pouvait s'attendre à un rendement diminué si les symptômes s'accroissent. Nous n'avons aucun moyen de prédire à quel %, cette pathologie étant très variable d'un patient à l'autre ».

Sur le plan psychique, le SMR a fait état des diagnostics de somatisations et de dysthymie posés par les Drs T._____ et W._____ de l' [...] (rapport médical du 6 décembre 2006 à l'OAI). Ils ont exposé que l'assuré venait sur demande de son médecin traitant et qu'il n'avait lui-même aucune demande de prise en charge psychiatrique. Ils ont précisé qu'il convenait de procéder à une évaluation de sa capacité de travail par un COMAI, dès lors qu'il était difficile de se prononcer par rapport à l'incapacité de travail vu l'intrication étroite entre les problèmes somatiques et psychiatriques du patient. Au vu de ces éléments, la Dresse O._____ du SMR a considéré que ni les troubles de conversion, ni les comorbidités psychiques ne justifiaient d'incapacité de travail (cf. avis médical du 18 septembre 2007).

bb) A l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 20 décembre 2016, le recourant se prévaut d'une expertise neurologique et psychiatrique du 23 septembre 2016 établie par la Dresse J._____ sous la supervision du Prof. H._____, ainsi qu'un rapport de consultation de psychiatrie de liaison du 17 août 2016 émanant du Dr M._____. Sur le plan neurologique, la Dresse J._____ et le Prof. H._____ ont retenu un tremblement chronique invalidant des membres inférieurs sur trouble de

conversion, sans élément de simulation ; un tremblement physiologique exacerbé des quatre membres et une probable neuropathie des membres inférieurs dans le contexte du diabète. Ils ont qualifié le tremblement orthostatique de sévère et durable, d'origine fonctionnelle, précisant que les tremblements sont tels qu'ils compromettent la stabilité du recourant en position debout ainsi qu'à la marche, ce qui limite de toute évidence sa capacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, l'intimé a écarté toute aggravation de l'état de santé et s'est référé à l'avis médical du SMR du 27 janvier 2017. Le Dr Z._____ du SMR a notamment relevé que le rapport de consultation de psychiatrie de liaison du 17 août 2016 avait retenu que le recourant n'avait plus de suivi psychiatrique depuis 2012 et que les diagnostics posés étaient ceux de troubles dissociatifs et d'épisode dépressif moyen, qualifiés par le SMR d'identiques aux problèmes et diagnostics annoncés par l' [...] en 2007.

Il apparaît toutefois que la version complète du rapport de consultation de psychiatrie de liaison du 17 août 2016 du Dr M._____ fournit une description et une motivation susceptibles d'étayer et d'objectiver les conclusions de l'expertise sur le plan psychiatrique, contrairement à ce que soutient le SMR dans son avis du 29 juin 2017. C'est ici le lieu de souligner que le Dr Z._____ s'est prononcé sur une version incomplète du rapport du psychiatre, puisqu'il soulignait le caractère succinct - une page et demi - du rapport de consultation ainsi que son faible apport informatif. Or le Dr M._____ a mis en évidence chez le recourant une symptomatologie dépressive, sous forme d'un épisode dépressif moyen, associé à une symptomatologie anxieuse. Si l'expert psychiatre ne s'est pas en tant que tel prononcé sur la capacité de travail du recourant, il n'en demeure pas moins qu'une aggravation de son état de santé apparaît au moins vraisemblable.

c) Au vu de ce qui précède, il s'avère que les éléments médicaux avancés par le recourant rendent plausible une modification de son état de santé tant sur le plan somatique, avec notamment l'apparition

d'une polyneuropathie diabétique, que psychique depuis la dernière décision de refus de prestations du 15 avril 2008 et se rapportant à l'avis médical du SMR du 18 septembre 2007, respectivement aux rapports médicaux des 15 juin 2006 et 15 mai 2007 de la Dresse I. _____ à l'OAI, ainsi que rapport médical du 6 décembre 2006 des Drs T. _____ et W. _____ de l' [...] à l'OAI. L'appréciation de l'état de santé de l'intéressé et de sa capacité de travail y figurant ne concorde plus avec les indications ressortant des documents médicaux produits à l'appui de la dernière demande de prestations du 20 décembre 2016. Ainsi, le SMR ne pouvait conclure à l'absence de changement de l'état de santé et des diagnostics affectant l'intéressé depuis la décision de l'OAI de 2008, sans procéder à un minimum d'investigations sur le fond, ce dont il s'est abstenu. A ce stade, il n'appartient toutefois pas à la Cour de céans d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement à l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations déposées le 20 décembre 2016. En conséquence, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il entre en matière sur cette demande de prestations puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), mette en œuvre les mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir les questions faisant l'objet du considérant 4b ci-dessus. Concrètement, il s'agira de déterminer les atteintes à la santé du recourant et leurs répercussions sur sa capacité de travail.

5. En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision de refus d'entrer en matière du 21 juillet 2017 et le renvoi de la cause à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par le recourant le 20 décembre 2016 et procède à son instruction.

6. a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice

doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

b) Obtenant gain de cause sur le fond, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. En l'occurrence, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr., supportés par l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 21 juillet 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par N._____ le 20 décembre 2016.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Etat.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour N. _____),
- 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 :