

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 janvier 2017

---

Composition :       Mme     PASCHE, présidente  
                          Mme Dessaux, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffière         :       Mme     Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par **D.**\_\_\_\_\_, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 17, 43 et 44 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI ; art. 87 al. 2  
et 3 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant de [...] né en [...], a travaillé de 1984 à 1992 comme serrurier dans son pays d'origine. Il est arrivé en Suisse en septembre 1997. Selon l'extrait de son compte individuel AVS, il a eu plusieurs employeurs en Suisse à partir de 1999. Il a principalement travaillé de mai à novembre 2004 pour la société N. \_\_\_\_\_ en qualité de préparateur (réception de la marchandise, préparation des commandes). Le 22 novembre 2004, il a résilié ce contrat « pour la simple raison que cette entreprise n'a[vait] pas de travail fixe (à 100 %) à [lui] proposer ». Pour le reste, il a travaillé sporadiquement comme plongeur, notamment pour le [...], de 1999 à 2006.

Le 9 juillet 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant valoir une totale incapacité de travail dans sa profession, à partir de février 2003.

Dans un rapport du 24 octobre 2007 à l'OAI, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a retenu les diagnostics de gonalgies gauches invalidantes, de dorsalgies, de lombalgies, de cervicalgies chroniques, d'état de stress post-traumatique et de hernie inguinale gauche, induisant une totale incapacité de travail depuis le 29 mars 2006. Il a précisé qu'une décompensation dépressive importante survenue dès mars 2006 s'était améliorée sous traitement de Remeron.

Le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a effectué un examen bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique le 6 mars 2008. Dans leur rapport du 31 mars 2008, la Dresse C. \_\_\_\_\_ (psychiatre) ont posé les diagnostics suivants :

- « - avec répercussion sur la capacité de travail :
- gonalgies gauches résiduelles dans le cadre d'un status post-ménisectomie arthroscopique le 24.01.2008, ébauche de gonarthrose bilatérale et fémoro-patellaire gauche (M17.3)

- lombalgies gauches chroniques non déficitaires dans le cadre d'un trouble de la statique rachidienne et de dysbalances musculaires (M54.5)
- aucun sur le plan psychiatrique.
- sans répercussion sur la capacité de travail :
  - excès pondéral (BMI 27.5)
  - status post fracture du coude D [droit] avec douleurs résiduelles
  - hernie inguinale G [gauche] non opérée
  - reflux gastro-oesophagéen
  - dysthymie (F34.1). »

Sur le plan psychiatrique, les Drs O.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ont posé les conclusions suivantes :

« Le médecin traitant évoque le diagnostic d'état de stress post traumatique, cependant la CIM-10 précise que ce diagnostic ne peut être retenu au-delà de six mois succédant un événement traumatique, qui s'est déroulé pour l'assuré dans la période de 1992 à 1997. D'autre part si l'assuré précise l'existence de rêves, nous ne retrouvons pas, lors de l'examen, le contexte habituel de ce type de diagnostic avec "anesthésie psychique", d'émoussement émotionnel, détachement par rapport aux autres, insensibilité à l'environnement, anhédonie. Nous avons déjà souligné que lors de l'examen, l'assuré présentait plutôt une labilité émotionnelle alternant du rire aux larmes et qu'en aucun cas nous ne pouvons évoquer un émoussement émotionnel. D'autre part le diagnostic repose aussi sur l'existence d'une hyperactivité neurovégétative que nous n'avons pas retrouvée. Il est à noter de plus que les éléments diagnostics en faveur d'une modification durable de la personnalité auprès expérience de catastrophe (F60.0) n'ont pas été retrouvés non plus, à savoir une attitude hostile et méfiante envers le monde, un retrait social, puisque l'assuré déclare des promenades quotidiennes avec ses camarades tout l'après-midi, un sentiment de vide, l'assuré fait état d'une labilité émotionnelle et dit vouloir se battre pour ses enfants dont il est très fier.

En dehors de ce diagnostic de dysthymie, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée invalidante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Nous pouvons donc conclure que l'examen ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée. »

Au titre des limitations fonctionnelles, les auteurs du rapport ont retenu la nécessité d'éviter « la position statique prolongée debout, en flexion et rotation du tronc et en porte-à-faux, accroupie et agenouillée », ainsi qu'une limite occasionnelle à 15 kg pour le port de charges. En

conclusion, ils ont exposé que, dans toute activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était totale et l'avait toujours été (en dehors d'incapacités de travail de courte durée en raison de la fracture du coude droit et d'une opération au genou gauche).

Le 22 juillet 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations de l'AI (rente ou reclassement professionnel). L'assuré s'est opposé à ce projet et a produit un rapport du 18 août 2008 du cabinet du Dr S.\_\_\_\_\_, psychiatre, signé par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, psychiatre, ainsi que par la psychologue B.\_\_\_\_\_, faisant état des diagnostics de probable état de stress post traumatique, d'état dépressif sévère et d'attaque de panique, induisant une totale incapacité de travail.

Dans un avis du 5 décembre 2008, les Drs W.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ du SMR ont confirmé les précédentes conclusions de leur service. Ils ont en outre fourni les précisions suivantes :

« (...)

Dans le cadre de l'opposition, un courrier (certificat médical établi par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, psychiatre, et par Mme B.\_\_\_\_\_ [recte : B.\_\_\_\_\_] psychologue, à la demande de l'assuré après avoir reçu un projet de refus de prestation), retient un diagnostic de probable état de stress post-traumatique, d'état dépressif sévère et d'attaques de panique.

En ce qui concerne l'état de stress post-traumatique, « retenu comme probable », un tel diagnostic ne correspond pas à la définition établie par la CIM-10. Nous pouvons tout au plus évoquer une modification durable de la personnalité après exposition à un événement stressant ou traumatique mais aucun symptôme clinique n'a été mis en évidence pour pouvoir soutenir un tel diagnostic lors de l'examen SMR, de même que dans le document produit par la Dresse Q.\_\_\_\_\_.

En ce qui concerne les attaques de panique, à aucun moment la fréquence, l'intensité et la chronologie des attaques de panique n'est clairement décrite par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ ou la psychologue B.\_\_\_\_\_ [recte : B.\_\_\_\_\_]. De plus, une telle symptomatologie n'était pas présente lors de l'examen SMR. De ce fait, ce diagnostic ne peut être retenu comme une atteinte à la santé à caractère incapacité ou invalidant de longue durée.

En ce qui concerne l'état dépressif sévère retenu par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, aucun élément du status médical ne permet de soutenir ce diagnostic. Par ailleurs, nous n'avons aucune information chronologique par rapport au moment où l'évaluation psychique de M. G.\_\_\_\_\_ a pu être effectuée par Mme Q.\_\_\_\_\_ ou par Mme B.\_\_\_\_\_ [recte : B.\_\_\_\_\_]. Les documents médicaux mis à

disposition au dossier médical et confirmés par l'examen clinique au SMR, retiennent bien un épisode dépressif. L'évolution sous traitement antidépresseur (Remeron) est signalée comme favorable et l'assuré a suspendu ce traitement (attesté par une liste de médicaments pris, établie par son médecin-traitant habituel). Lors de l'évaluation au SMR, aucun élément en faveur d'un état dépressif sévère n'a pu être mis en évidence. »

Faisant siennes les conclusions des médecins du SMR, l'OAI a rendu le 16 février 2009 une décision refusant le droit à des prestations de l'AI, au motif que l'assuré était à même de reprendre son ancienne activité (préparation de commandes) ainsi que toute autre activité adaptée à sa situation, à plein temps, et qu'il ne subissait dès lors aucun préjudice économique. Cette décision a été confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dans un arrêt du 10 mars 2010 (AI 151/09 - 94/2010) entre temps entré en force, le tribunal ayant reconnu à l'avis du SMR une pleine valeur probante.

**B.** Le 7 septembre 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande, sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 8 novembre 2011.

**C.** Le 5 novembre 2014, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations, en indiquant souffrir d'une dépression post-traumatique suite à la guerre, depuis le 29 mars 2006.

Aux termes d'un rapport du 19 janvier 2015 à l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen à sévère (F33.1), avec apparition de symptômes psychotiques, induisant une totale incapacité de travail. Comparant cette situation à celle qui prévalait au moment de l'expertise du SMR du 6 mars 2008, le Dr S.\_\_\_\_\_ a observé que l'état de son patient ne présentait plus de fluctuations comme à l'époque, mais restait constant. L'assuré ne faisait plus de promenades avec ses amis ; il continuait certes à sortir parfois, mais seul, et sans aucun but. Ses sorties, tendant souvent à fuir le bruit régnant à la maison, ne duraient pas plus de quinze minutes, mais pouvaient se répéter dix à quinze fois par jour, sans que l'assuré n'en retire aucun plaisir.

Par avis médical du 25 mars 2015, le Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il convenait d'entrer en matière sur la nouvelle demande, compte tenu des éléments décrits par le Dr S. \_\_\_\_\_, en particulier l'aggravation au plan thymique avec un état dépressif décrit comme moyen à sévère, avec apparition de symptômes psychotiques.

Dans un rapport du 22 juin 2015 à l'OAI, le Dr S. \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen à sévère avec apparition de symptômes psychotiques (F33.1), prévalant au moins depuis le 8 janvier 2014, et de séquelles d'un état de stress post-traumatique. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré était dans un premier temps suivi en psychothérapie déléguée à son cabinet, auprès de la psychologue B. \_\_\_\_\_, et que dès le 8 janvier 2014, il avait repris son suivi personnellement, à raison d'une consultation par mois, et avait constaté une dégradation régulière. Le psychiatre estimait que cette évolution n'était pas incompatible avec l'état de stress post-traumatique, dont la symptomatologie pouvait apparaître plus de six mois après la survenance du traumatisme. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a confirmé une incapacité de travail de 100% dès le 20 mars 2006 et a fourni les précisions suivantes :

« Actuellement, M. G. \_\_\_\_\_ présente les symptômes suivants : abaissement de l'humeur (tristesse, pleurs fréquents), diminution de l'intérêt et du plaisir (ne s'intéresse à rien, n'a pratiquement plus de liens avec personne, absence de relations sexuelles et aucun intérêt pour elles - ne dort plus non plus dans la même chambre que sa femme - , absence d'intérêt pour ce que font ses enfants, ne regarde plus d'émissions de TV - au mieux zappe incessamment d'une chaîne à l'autre, ne parvient plus à rester plus de quelques secondes dans la même pièce que sa femme), réduction de l'énergie (ne va plus en commissions), fatigue, grande diminution de la concentration et de l'attention (se trompe de bus pour venir à mes rdv ; oublis systématiques, s'il sort il revient sur ses pas cinq minutes plus tard pour vérifier s'il a bien fermé la porte), très faible estime de lui-même et de confiance en soi, indifférence face à tout ce qui l'entoure, attitude morose et pessimiste face à l'avenir (il ne voit pas de « sortie » à son état, à sa souffrance, rien ne « l'anime » pour le futur, « ne veut plus rien »), ne supporte plus un quelconque bruit (ni la musique, ni la radio, ni le jeu de ses petits-enfants ; dit ne véritablement parler que lors de ses entretiens avec moi), importants troubles du sommeil (dort bien 2 à 3 heures, réveils par l'irruption de cauchemars, se lève et se couche sans cesse, grande peine à se rendormir), appétit variable mais n'apprécie plus aucun plat, céphalées, oppressions au niveau de la poitrine, impression de ne plus parvenir à respirer, effrois, peurs récurrentes. N'éprouve pas

de plaisir à être avec ses enfants, ni avec ses petits-enfants. A noter aussi qu'en fin de l'an passé (2014), M. G.\_\_\_\_\_ a exprimé d'importantes idées suicidaires, scénarisées (pendaison) qui ont légitimement beaucoup angoissé sa femme.

Il faut surtout signaler l'apparition, de plus en plus fréquente, d'hallucinations auditives et visuelles (il entend des voix qui l'appellent, l'obligeant à se retourner) ; ou voit quelqu'un devant lui, l'amenant à s'approcher, pour réaliser finalement qu'il n'y a personne.

Il faut aussi insister sur la pauvreté extrême de ses relations sociales, y compris avec ses proches. Dit en outre ne plus avoir d'amis ».

Par avis médical du 9 juillet 2015, les Drs R.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ du SMR ont estimé qu'il convenait de mettre en place un examen bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique de l'assuré, établi selon les dernières recommandations sur les affections psychosomatiques selon l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015.

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique au SMR le 9 novembre 2015, pratiqué par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et la Dresse I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. Dans un rapport du 15 novembre 2015, les examinateurs ont retenu notamment les éléments suivants :

« (...)

#### **DIAGNOSTICS**

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***
  - . RACHIALGIES DIFFUSES DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS (M 54).
  - . SYNDROME ROTULIEN BILATÉRAL DANS LE CADRE D'UNE GONARTHROSE BILATÉRALE ET D'UN STATUS APRÈS MÉNISCECTOMIE ARTHROSCOPIQUE DU GENOU G [gauche]. (M 17).
- ***sans répercussion sur la capacité de travail***
  - . FIBROMYALGIE (M 79.0).
  - . TROUBLES STATIQUES MODÉRÉS DES PIEDS AVEC HALLUX VALGUS BILATÉRAL DÉBUTANT.
  - . STATUS APRÈS FRACTURE DU COUDE D [droit].
  - . ASTHME ALLERGIQUE ANAMNESTIQUE AVEC ALLERGIES AUX POLLENS ET AUX POUSSIÈRES.
  - . ALLERGIES ALIMENTAIRES AUX FRAISES, KIWIS, POMMES ET POIRES.
  - . HYPERTENSION ARTÉRIELLE TRAITÉE.

- REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN DISCRET AVEC OESOPHAGITE PEPTIQUE.
- STÉATOSE HÉPATIQUE ANAMNESTIQUE.
- HÉPATITE B GUÉRIE.
- EXCÈS PONDÉRAL AVEC BMI À 27,5.
- SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS ANAMNESTIQUE.
- HERNIE INGUINALE G [gauche] ANAMNESTIQUE.
- MODIFICATION DURABLE DE LA PERSONNALITÉ APRÈS UNE EXPÉRIENCE DE CATASTROPHE (F62.0).
- DYSTHYMIE (F34.1).
- TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT EN RÉMISSION COMPLÈTE, DIAGNOSTIC ANAMNESTIQUE (F33.4).

## **APPRÉCIATION DU CAS**

(...)

Au status ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assuré déambule normalement, sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds n'est pas exécutée par l'assuré qui dit que son membre inférieur G [gauche] serait trop faible pour exécuter ce type de marche. La marche sur les talons est possible ddc [des deux côtés]. L'accroupissement est légèrement limité, il entraîne des lombalgies et des gonalgies. Le relèvement se fait sans aide extérieure. Le reste du status neurologique est marqué par une aréflexie rotulienne G [gauche] et achilléenne G [gauche] et une hyporéflexie rotulienne D [droite] et achilléenne D [droite]. L'épreuve de Lasègue est limitée à D [droite] à 60° par un raccourcissement des muscles ischio-jambiers et par des lombalgies. Elle est limitée à G [gauche] à 40° par des lombalgies et des douleurs du creux poplité G [gauches].

Au plan rachidien, on note des troubles statiques discrets à modérés du rachis. La mobilité lombaire est très diminuée, mais on note 4 signes de non organicité selon Waddell sur 5 sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une importante discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen et d'une importante démonstrativité, l'assuré poussant des cris à la mobilisation du rachis lombaire, notamment à la rétroflexion et aux latéroflexions du tronc. La mobilité cervicale est satisfaisante. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Seule la mobilité du genou G [gauche] est limitée en flexion, mais l'assuré pousse des cris à la mobilisation du genou G [gauche] et développe une importante résistance volontaire à la mobilisation passive du genou G [gauche]. La mobilité des hanches en flexion est également limitée, non par un problème local, mais par des gonalgies homolatérales.

L'assuré pousse également des cris et développe une importante résistance volontaire à la mobilisation passive des hanches. L'assuré présente également des troubles statiques modérés des pieds avec hallux valgus bilatéral débutant, tendance aux avant-pieds plats transverses et 3<sup>ème</sup> orteil D [droit] en griffe. Il ne présente par ailleurs aucun signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note cependant des douleurs à la palpation de 18 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant largement suffisant pour poser ce diagnostic selon les anciens critères de la fibromyalgie. On peut également poser ce diagnostic selon les nouveaux critères de la fibromyalgie de 2010.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs discrets à modérés du rachis lombaire qui ont eu tendance à s'aggraver entre 2005 et 2008. Une IRM du genou

G [gauche] de 2007 met en évidence déjà une chondropathie de grade III - IV du cartilage de recouvrement de la face postérieure du plateau tibial externe. Il existe également une déchirure horizontale de la corne antérieure du ménisque externe et une déchirure verticale de sa corne postérieure. Il existe également une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne et un foyer de chondropathie du versant interne du cartilage rotulien. Il existe une tendinite quadricipitale distale et un kyste poplité. C'est après cette IRM du genou G [gauche] que l'assuré a été opéré du genou G [gauche]. Une IRM du genou D [droit] de mai 2013 met en évidence un status après contusion du plateau tibial interne, une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne, un status après déchirure partielle du ligament latéral interne ainsi qu'un volumineux kyste poplité avec un status après rupture et une déchirure horizontale de la corne antérieure du ménisque externe avec lésion mucoïde de grade II de la corne postérieure du ménisque externe. Il existe également des aspects compatibles avec une bursite entre le tractus ilio-tibial et le condyle fémoral externe. Il existe également une chondropathie fémoro-patellaire de grade III à IV et une insertionnité quadricipitale distale. Quant à la fracture du coude D [droit], elle paraissait bien consolidée sans complication sur les dernières radiographies à notre disposition.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité de plongeur dans une cuisine ou de magasinier. Ainsi, dans ces deux activités, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune indication biomécanique à attester d'une incapacité de travail contrairement à ce que font les médecins traitants. A cet égard, il faut relever que la tolérance à la position assise en cours d'entretien a été bonne. Par ailleurs, alors que l'assuré n'a montré aucun comportement algique en cours d'entretien et est resté assis pendant 1<sup>1/4</sup> heure sans gêne particulière, il s'est montré très démonstratif à l'examen clinique et a présenté de nombreux signes de non organicité selon Waddell et Kummel. Ces signes de non organicité avaient déjà été relevés par le Dr [...] dans son rapport du 16.06.2009. D'emblée, nous sommes également frappés, comme le Dr [...], par une importante discordance entre les plaintes importantes de l'assuré et la pauvreté du status clinique qui est rassurant. Par ailleurs, il existe certaines incohérences, l'assuré se plaignant d'importantes douleurs et ne prenant aucune médication antalgique systématiquement, se contentant de prendre des médicaments antalgiques de type Dafalgan®, lorsque son médecin traitant les lui prescrit en cas d'exacerbation douloureuse. Ceci prouve que ses douleurs ne sont pas importantes de manière permanente, contrairement à ce qu'il nous a signalé au début de l'anamnèse.

En ce qui concerne les traitements, l'assuré a eu de la physiothérapie à sec et de l'ostéopathie. Il a cependant eu surtout des traitements passifs. Dans cette situation, on peut regretter qu'il n'ait pas eu plus de physiothérapie active, bien que l'assuré nous ait dit qu'il a eu certains exercices et de l'ostéopathie pour la région lombaire. L'assuré n'a par ailleurs pas eu de physiothérapie en piscine, ce que l'on peut regretter. Par ailleurs, on peut se demander s'il ne faudrait pas prescrire à l'assuré un antalgique ou un anti-inflammatoire non stéroïdien de manière systématique pour atténuer ses douleurs. Il faut par ailleurs noter chez cet assuré des facteurs négatifs comme le manque de motivation pour la reprise d'une activité professionnelle, même dans une activité adaptée et plus légère que les activités qu'il a eues auparavant ainsi que la mauvaise connaissance du français. Ces facteurs négatifs ainsi que la présence d'une importante démonstrativité et de nombreux signes de non organicité selon Waddell et de Kummel risquent de faire échouer des mesures d'ordre professionnel.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'un assuré, âgé actuellement de [...] ans, originaire de [...], en Suisse depuis 1997, qui a travaillé

seulement du 27.05.2004 au 22.11.2004, comme préparateur des commandes, employé par N. \_\_\_\_\_ à [...].

L'assuré bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire à U. \_\_\_\_\_ et après auprès du cabinet du Dr S. \_\_\_\_\_, pédopsychiatre. Il aurait bénéficié d'une psychothérapie déléguée auprès d'une psychologue, Mme B. \_\_\_\_\_.

Suite à une 1<sup>ère</sup> demande de prestations AI en 2007, sur la base d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR, en mars 2008, qui concluait à une pleine capacité de travail, la décision de rente a été refusée. Par jugement du 10.03.2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 16.02.2009.

Le 07.09.2010, l'assuré dépose une 2<sup>ème</sup> demande de rente et son médecin traitant, le Dr F. \_\_\_\_\_, annonce une aggravation de l'état de santé tant sur le plan psychique que somatique. Sur le plan psychique, il relève une aggravation de la symptomatologie dépressive et atteste une incapacité de travail à 100 % depuis mars 2006.

Un rapport de Mme B. \_\_\_\_\_, psychologue traitante et du Dr S. \_\_\_\_\_, est également versé au dossier. Ces derniers retiennent le diagnostic d'état de stress post-traumatique, d'épisode dépressif actuel sévère dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent et d'attaques de panique. Ce rapport médical est presque superposable, mot pour mot, à celui du 18.08.2008, établi par Mme B. \_\_\_\_\_ et la Dresse Q. \_\_\_\_\_, ainsi qu'à celui du 18.01.2010 de Mme B. \_\_\_\_\_ et du Dr S. \_\_\_\_\_. Les diagnostics retenus sont identiques, notamment au niveau de la sévérité de l'état dépressif présenté par l'assuré. Toutefois, on notera que si l'assuré souffre d'un état dépressif qualifié de sévère par sa psychologue et ses psychiatres traitants, celui-ci est traité uniquement par un traitement anxiolytique, comme en témoigne le rapport médical du 18.10.2010 du Dr F. \_\_\_\_\_.

Pour sa 3<sup>ème</sup> demande AI du 05.11.2014, nous disposons du rapport médical du Dr S. \_\_\_\_\_, pédopsychiatre, qui atteste une aggravation sur le plan thymique, avec un état dépressif décrit comme moyen à sévère, avec apparition de symptômes psychotiques. Le Dr S. \_\_\_\_\_ décrit une symptomatologie basée sur les dires de l'assuré et certaines hallucinations sont exprimées au conditionnel. Le traitement est de Cymbalta® 60 mg, depuis mars 2014.

Dans son rapport médical du 19.01.2015, le Dr S. \_\_\_\_\_ retenait comme «possibles» les hallucinations auditives. Le rapport médical du 22.06.2015 contient une contradiction dans le diagnostic : la présence de symptômes psychotiques implique un épisode dépressif sévère et non moyen à sévère. Le code F33.1 désigne un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Le Dr S. \_\_\_\_\_ retient encore les séquelles d'un état de stress post-traumatique, bien que ce diagnostic ait été écarté lors de l'examen SMR de 2008, avec des éléments pour lesquels nous apprécierions un 2<sup>ème</sup> avis.

Notre examen clinique psychiatrique de ce jour n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de trouble phobique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, de symptômes en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

Sur la base de notre observation clinique, le diagnostic anamnestique de trouble dépressif récurrent, objectivé par le Dr S. \_\_\_\_\_, est en rémission complète et ne justifie pas une quelconque diminution de la capacité de travail.

Nous avons retenu le diagnostic de dysthymie, qui est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est

insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen.

Nous avons retenu également le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe qui repose sur la présence d'une attitude hostile, d'un retrait social, l'impression permanente d'être constamment menacé et d'un détachement. Cette modification de la personnalité doit exister depuis au moins 2 ans, ce qui est le cas de notre assuré. Elle n'est pas imputable ni à un trouble antérieur de la personnalité ni à un autre trouble mental, à l'exception d'un état de stress post-traumatique. La modification durable de la personnalité est présente depuis de nombreuses années et n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. L'assuré est démonstratif, ne présente pas de plaintes somatiques spontanément ni de sentiment de détresse ni de comportement algique.

A l'examen rhumatologique, le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de fibromyalgie sans incidence sur la capacité de travail.

Il s'agit d'un assuré extrêmement démotivé, sans activité lucrative en tout cas depuis 2004, où les facteurs étrangers à l'invalidité, tels que la situation économique difficile, le risque d'être expulsé de la Suisse, les incompétences linguistiques, l'absence de formation, sont très présents.

Nous avons été étonnés de voir un assuré très démonstratif, peu authentique, incapable de donner des informations au sujet de sa souffrance, de ses difficultés actuelles et des raisons médicales qui l'empêchent d'assumer ses responsabilités socioprofessionnelles. Sa vie sociale est pauvre, mais l'assuré est soutenu, aidé par son épouse (ressources mobilisables). L'assuré a adhéré à la prise en charge psychiatrique ambulatoire et anamnestiquement, la compliance médicale est bonne.

Tout au long de l'entretien, nous avons objectivé des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen et les observations faites par d'autres experts. Les oublis de l'assuré ou surtout les « je ne sais pas la date de naissance de mes enfants, combien de frères et sœurs sont décédés » etc. sont difficiles à évaluer cliniquement. L'assuré ne présente pas des troubles de la concentration ou de l'attention, de ralentissement psychomoteur, d'agitation psychomotrice.

Pour les symptômes psychotiques, soit des hallucinations auditives sous forme de voix qui appellent son nom, avec un assuré qui crie son nom de façon extrêmement théâtrale, sont difficiles également à évaluer.

Sur la base des diagnostics psychiatriques objectivés ce jour, la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité.

### **Limitations fonctionnelles**

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 7 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

Membres inférieurs : pas de genuflexion répétée. Pas de franchissement d'escabeau ou d'échelle. Pas de travail en hauteur. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de franchissement régulier d'escalier. Pas de marche ou de position debout de plus de 1/2 heure.

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques.

Il s'agit seulement de la démotivation de l'assuré, de ses difficultés linguistiques, de son âge, de ses difficultés financières et

d'une longue interruption de toute activité professionnelle depuis 2004.

***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?***

Depuis le 31.05.2013, où une IRM du genou D met en évidence une chondropathie fémoro-patellaire de grade III à IV au genou D.

Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

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

Il est resté complet depuis cette date dans l'activité de magasinier et de plongeur dans un restaurant. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète dès le 31.05.2013.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 % COMME PLONGEUR DANS UN RESTAURANT, SERRURIER ET MAGASINIER.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % DEPUIS LE 31.05.2013  
A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION. »

Dans un rapport du SMR du 24 novembre 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de rachialgies diffuses et de gonalgies comme atteintes principales à la santé. Au titre de pathologies associées du ressort de l'AI, il a fait état de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, de syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une gonarthrose bilatérale et d'un status après méniscectomie arthroscopique du genou gauche. Il a en outre estimé qu'il n'existait aucune pathologie du ressort de l'AI au plan psychiatrique. Demeuraient sans effet sur la capacité de travail la fibromyalgie, les troubles statiques modérés des pieds avec hallux valgus bilatéral débutant, le status après fracture du coude droit, l'asthme allergique anamnestique avec allergies aux pollens et aux poussières, les allergies alimentaires, le syndrome des jambes sans repos anamnestique, la hernie inguinale gauche anamnestique, la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), la dysthymie (F34.1), le trouble dépressif récurrent en rémission complète, diagnostic anamnestique (F33.4). De l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_, l'assuré ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle ; par contre, il

était pleinement capable de travailler dans une activité adaptée. Il n'a retenu que des limitations fonctionnelles en lien avec les pathologies du rachis et des genoux, précisant qu'il n'existait aucune limitation psychiatrique.

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> décembre 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. L'office admettait que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait plus d'exercer les activités exercées jusqu'alors (serrurier, hôtellerie). Par contre, il estimait qu'il existait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à sa situation, telle qu'une activité dans l'industrie légère, le conditionnement léger, ou l'activité d'ouvrier à l'établi (petits montages), d'opérateur de production, dans la mesure où elle respectait les limitations fonctionnelles arrêtées par le SMR. Procédant à une comparaison des revenus réalisables avec et sans invalidité, l'office a défini un degré d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à un reclassement professionnel.

Le 19 janvier 2016, représenté par D.\_\_\_\_\_, l'assuré a fait valoir ses objections au projet de décision précité. Il a contesté les conclusions du SMR ensuite de l'examen clinique du 9 novembre 2015, soutenant que celui-ci ne satisfaisait pas pleinement aux niveaux indicateurs standards prescrits par le Tribunal fédéral s'agissant de l'évaluation du caractère incapacitant des troubles somatoformes douloureux ou autres maladies associées. A son sens, son état de santé avait connu une aggravation induisant une totale incapacité de travail et de gain. A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit un rapport établi par le Dr S.\_\_\_\_\_ le 6 janvier 2016, auquel il reconnaissait une valeur probante plus importante qu'à celui du 18 novembre 2015 du SMR. Dans son rapport du 6 janvier 2016, le Dr S.\_\_\_\_\_ a exposé en quoi, selon lui, l'avis de la Dresse I.\_\_\_\_\_ était erroné. Il a maintenu que son patient présentait une claire anhédonie et des ruminations, dans la mesure où aucune activité ne lui procurait de sensations positives et où son discours sur ses difficultés, sa tristesse et ses douleurs était extrêmement répétitif. Le fait qu'il ait de la peine à décrire ses cauchemars ne permettait pas de

mettre en doute leur existence. Le Dr S.\_\_\_\_\_ contestait également l'appréciation de la Dresse I.\_\_\_\_\_ selon laquelle l'assuré ne présenterait pas de comportement d'évitement, dans la mesure où il avait clairement cherché, lors de son examen au SMR, à éviter toute question se référant à sa famille, décimée lors du génocide de [...]. Son patient faisait preuve de détachement par rapport aux autres et restait insensible à son environnement, n'étant même pas intéressé par ses petits-enfants. S'agissant de la contradiction relevée par le SMR quant à son diagnostic de dépression, le psychiatre traitant a admis une erreur de codification et précisé que, comme cela ressortait de sa description « en mots », il entendait que son patient souffrait parfois d'épisodes moyens (F33.1) et parfois d'épisodes sévères (F 33.2), et que les symptômes psychotiques apparaissaient durant les phases sévères, très présentes dans la dernière période. Le Dr S.\_\_\_\_\_ observait encore que le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe retenu par le SMR, souvent corrélé à un état de stress post-traumatique, avait fréquemment une répercussion sur la capacité de travail. Enfin, examinant la situation de l'assuré à la lumière des critères de la CIM 10, il a estimé que celui-ci présentait trois critères de la dépression, ainsi que six voire sept symptômes dépressifs énumérés par la classification, de sorte que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère, était selon lui manifeste, celui de dysthymie lui paraissant « réellement stupéfiant ». Le Dr S.\_\_\_\_\_ a ainsi confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport, tout en acceptant d'y ajouter, selon les conclusions du rapport du SMR, celui de modification durable de la personnalité à la suite d'une expérience de catastrophe. Il a maintenu que son patient se trouvait en totale incapacité de travail.

Dans un avis du SMR du 10 février 2016, les Drs I.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et B.C.\_\_\_\_\_ se sont déterminé sur les objections de l'assuré en ces termes :

« **Point 1** : *Intensité du trouble de l'humeur* : Le Dr C.\_\_\_\_\_ lors de l'examen psychiatrique SMR du 06.03.2008, demandé sur suggestion du Dr F.\_\_\_\_\_, retient le diagnostic de dysthymie sans caractère incapacitant sur la base de constatations cliniques cohérentes (page 6) ; l'anamnèse de troubles de l'humeur est détaillée ainsi que la date de la prise en charge spécifique (automne

2007). La rubrique *plaintes actuelles* permet de mettre en évidence la fluctuation de l'humeur reportée par l'assuré. Cet état de fait permet d'écarter le grief fait par Me [...] au point 5 de sa lettre. En effet, l'alternance thymique est une caractéristique intrinsèque du trouble dépressif récurrent, qui peut se présenter aux observateurs avec une intensité variable dans le temps, l'expert a décrit la symptomatologie objectivée à l'examen clinique.

A l'examen clinique du 09.11.2015, la symptomatologie dépressive chronique selon les critères cliniques de la CIM-10 ne justifiait plus un diagnostic de trouble dépressif récurrent, en rémission complète et sans incidence sur la capacité de travail.

Le diagnostic de dysthymie existant depuis 2008, montre une évolution stationnaire.

Concernant la *modification durable de la personnalité*; ce diagnostic a été retenu le 11.10.2005 par la Dresse [...], médecin responsable d'U.\_\_\_\_\_ et il est en effet absent de l'examen du Dr C.\_\_\_\_\_ de 2008, comme d'ailleurs dans le RM [rapport médical] du Dr F.\_\_\_\_\_ d'octobre 2007. Il est repris comme *probable* dans le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 18.01.2010.

Il est possible que l'assuré ait pu développer un état de stress post-traumatique avant son arrivée en Suisse en 1997 et selon la CIM-10 la période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois (mais il est rare qu'elle dépasse six mois). L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, comme dans le cas de l'assuré, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et conduire à une modification durable de la personnalité. A l'examen clinique du 09.11.2015, les critères cliniques sont réunis en faveur d'un tel diagnostic qui n'a pas empêché de travailler comme plongeur et magasinier jusqu'en 2003. L'assuré décrit un travail lourd *physiquement* (page 3 de l'examen clinique) sans aucune plainte psychiatrique. Par ailleurs, dans le rapport médical du 14.11.2001, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ d'U.\_\_\_\_\_ atteste que depuis 1999, l'assuré n'a plus consulté à U.\_\_\_\_\_ et à notre connaissance il ne bénéficiait d'aucune prise en charge psychiatrique ambulatoire. L'annonce d'un refus d'asile politique en Suisse et d'un éventuel renvoi, ont réactivé une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22.06.2015, signale des séquelles d'un état de stress post-traumatique sur la base d'un état clinique. La description des symptômes, à dominance dépressive, est compatible avec le diagnostic (point 1.4, dernier paragraphe).

Lors de l'examen SMR du 09.11.2015, nous avons objectivé les critères cliniques en faveur d'un diagnostic de modification durable de la personnalité.

**Point 2 :** *la symptomatologie psychotique anamnétique, mais objectivée*, est appréciée différemment par le Dr S.\_\_\_\_\_ et par la Dresse I.\_\_\_\_\_ qui, à la demande d'évoquer l'hallucination auditive, décrit une certaine « théâtralité » de l'assuré qui commence à montrer comment les voix l'appellent en criant fort son prénom. Au status clinique il n'y a pas de signes évocateurs d'un état psychotique (attitude d'écoute, barrages) car nous n'avons pas objectivé de délire ni des hallucinations auditives.

Il s'agit d'une appréciation différente de la même description anamnestique.

**Point 3 :** Me [...] fait référence aux indicateurs à prendre en considération dans le respect de l'ATF 9C\_492/2014.

La journée habituelle est décrite selon les dires de l'assuré.

La démotivation, l'absence de formation, l'âge, les difficultés financières sont des facteurs qui ne sont pas pris en considération par l'assurance.

Les ressources personnelles sont diminuées vu la longue incapacité de travail mais sont existantes.

L'expert a constaté des divergences entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré.

Les conclusions de l'examen sont inchangées ».

Par décision du 2 mars 2016, l'OAI a confirmé son projet du 1<sup>er</sup> décembre 2015, selon lequel les conditions d'octroi d'une rente ou de mesures de reclassement n'étaient pas réalisées, compte tenu du taux d'invalidité de 10% reconnu après comparaison des revenus.

**D.** Par acte du 19 avril 2016, G.\_\_\_\_\_, toujours représenté par D.\_\_\_\_\_, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, il conteste la valeur probante du rapport d'examen clinique et rhumatologique du SMR du 18 novembre 2015, l'instruction médicale étant selon lui incomplète. Il fait en outre valoir que les conséquences de la fibromyalgie et du trouble somatoforme douloureux dont il souffre n'ont pas été examinés à l'aune de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281), relevant en particulier que la fibromyalgie n'a été que constatée et n'a pas fait l'objet d'une évaluation, si bien que l'on ignore les conséquences de cette atteinte sur sa capacité de travail. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise. Le recourant a également demandé à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire s'agissant des frais de justice.

Dans sa réponse du 30 mai 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours.

## **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 (art. 1 al. 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 – comme c'est le cas en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 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 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)** Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent compte tenu de la suspension des délais durant les fêtes judiciaires pascales (art. 60 et 38 al. 4 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours déposé le 19 avril 2016 contre la décision de l'OAI du 2 mars 2016 est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre les 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, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** Le présent litige a trait au droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 5 novembre 2014 et porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 16 février 2009 et la décision litigieuse.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demie-rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en

lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1).

**c)** De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel

et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), bien qu'ils ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. TF 9C\_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 [TF 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009]). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C\_500/2011 précité loc. cit., 9C\_28/2011 du 6 octobre 2011 et 9C\_745/2010 du 30 mars 2011).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller

des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C\_407/2014 précité ; voir également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3

**4.** Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA), l'impotence (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins 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 de l'al. 2 sont remplies.

Ces dispositions doivent 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 (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b ; cf. TF 9C\_67/2009 consid. 1.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation et ne constitue pas un motif de révision (ATF 112 V 72 consid. 2b ; AVR 1996 IV no 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, *Rechtprechung des Bundesgerichts zum IVG*, p. 259).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi 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 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond, et

vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. 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 (cf. ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, consid. 6.1 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7).

**5.** Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, dont fait notamment partie la fibromyalgie. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place

de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Le catalogue d'indicateurs doit être appliqué en fonction des circonstances du cas

particulier et répondre aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, ainsi qu'un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.3, 4.4 et référence citée).

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.).

**6. a)** En l'occurrence, à l'appui de sa nouvelle demande du 4 novembre 2014, le recourant a argué d'une péjoration de son état de santé au plan psychiatrique, dans le sens d'une totale incapacité de travail. L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande de prestations, admettant que l'assuré avait rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. L'office a ensuite examiné si dite modification suffisait à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et a conclu que tel n'était pas le cas, l'assuré disposant toujours, selon les conclusions du SMR, d'une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans son acte de recours, l'assuré ne conteste pas le volet somatique du rapport d'examen du SMR du 15 novembre 2015. Cet aspect de l'évaluation de la capacité de travail et de gain n'étant pas litigieux, il ne sera pas examiné plus avant. Il convient dès lors de déterminer si, d'un point de vue psychiatrique, la situation de l'assuré a subi, entre 2009 et 2015, une aggravation susceptible de lui donner droit à une rente d'invalidité.

**b) aa)** La décision du 16 février 2009 de l'OAI a été rendue sur la base des conclusions de l'examen rhumato-psychiatrique pratiqué le 6 mars 2008 au SMR. Dans leur rapport du 31 mars 2008, les Drs O. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ avaient en substance retenu que l'assuré souffrait de gonalgies gauches, assorties d'une ébauche de gonarthrose bilatérale et fémoro-patellaire gauche, ainsi que de lombalgies gauches chroniques non déficitaires, ces pathologies portant atteinte à la capacité de travail. Par contre, aucune atteinte invalidante n'avait été constatée sur le plan psychiatrique, la seule atteinte de cet ordre mentionnée par les médecins étant une dysthymie, restant sans effet sur la capacité de travail. Les médecins avaient spécifiquement exclu le diagnostic d'état de stress-post traumatique posé par le Dr F. \_\_\_\_\_, d'une part compte tenu de l'éloignement dans le temps de l'événement traumatique (soit la guerre en [...], subie par l'assuré de 1992 à 1997), et, d'autre part, en raison de l'absence de nombres des symptômes inhérents à une telle pathologie. Les Drs O. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ ont arrêté des limitations fonctionnelles au seul plan physique, liées aux gonalgies et lombalgies. Ainsi, dans toute activité ne mettant pas outre mesure ces parties du corps à contribution, l'assuré conservait selon eux une pleine capacité de travail. Dans un avis du 5 décembre 2008, les Drs W. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ du SMR ont confirmé les conclusions de leurs confrères, en réfutant les diagnostics de probable état de stress post traumatique, d'état dépressif sévère et d'attaque de panique allégués par la Dresse Q. \_\_\_\_\_ et la psychologue B. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 18 juillet 2008.

**bb)** Procédant à l'évaluation de l'état de santé prévalant au moment de la nouvelle demande, l'OAI s'est fondée sur les conclusions de l'examen clinique bidisciplinaire pratiqué le 9 novembre 2015 par les Drs M. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, rhumatologue et psychiatre auprès du SMR. Aux termes de leur rapport du 15 novembre 2015, ces médecins ont reconnu un effet incapacitant à deux seules pathologies d'ordre somatique (rachialgies et syndrome rotulien bilatéral). Ils ont également notamment posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de dysthymie, de trouble dépressif récurrent en complète rémission et de fibromyalgie, qu'ils ont cependant estimés

sans incidence sur la capacité de travail. Ainsi, s'agissant des limitations fonctionnelles, à l'instar de leurs confrères en 2008, les Drs M. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ n'ont retenu que les restrictions usuelles liées aux troubles du rachis et des genoux, à l'exclusion de toute contre-indication au plan psychiatrique. Dans une activité adaptée à ces limitations, ils ont estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière, alors que les activités de magasinier, de serrurier et de plongeur n'étaient plus exigibles.

Le recourant remet en cause le caractère probant du rapport du 15 septembre 2015 des Drs M. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, estimant que les conclusions de son psychiatre traitant sont plus convaincantes, et demande le renvoi de son dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. Il convient dès lors d'examiner ledit rapport du SMR à la lumière des réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux (cf. consid. 3c supra).

**7.** Il sied de rappeler à cet égard que la tâche des médecins consiste à évaluer l'état de santé de la personne examinée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est capable de travailler. Afin que son avis puisse se voir reconnaître pleine valeur probante, le médecin se doit notamment de motiver clairement ses conclusions. Or, en l'espèce, cette exigence n'est pas satisfaite.

**a)** En effet, s'agissant tout d'abord des troubles de l'humeur, la Dresse I. \_\_\_\_\_ a constaté une dépression chronique de l'humeur, mais elle en a estimé la gravité insuffisante pour justifier, au moment de son examen, un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen, l'examen n'ayant pas montré de dépression majeure. A l'instar de ses confrères en 2008, elle a ainsi retenu une dysthymie. Elle a cependant admis que le Dr S. \_\_\_\_\_, qui avait repris personnellement le suivi de l'assuré depuis le 8 janvier 2015, avait objectivé un trouble dépressif récurrent, mais que celui-ci avait bénéficié depuis lors d'une rémission complète. Force est toutefois de constater que la Dresse I. \_\_\_\_\_ ne motive pas à satisfaction son appréciation, qui reste insuffisamment

circonstanciée. Elle n'explicite notamment pas sur quels éléments elle s'est basée pour retenir que la situation et les symptômes observés par le Dr S.\_\_\_\_\_, dont elle reconnaît le caractère objectif, n'auraient plus cours, ni depuis quand. Ceci méritait d'autant plus d'être développé que le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est prononcé au travers de rapports des 19 janvier et 22 juin 2015, soit peu de temps avant l'examen du SMR du 9 novembre 2015, et qu'à teneur du chiffre F33.4 de la CIM 10, un trouble dépressif récurrent en rémission nécessite une absence de symptôme dépressif depuis plusieurs mois. Ainsi, à titre exemplatif, dans ses rapports précités, le Dr S.\_\_\_\_\_ observe une diminution de l'intérêt et du plaisir, en précisant que son patient ne s'intéresse à rien, qu'il n'a pratiquement plus de lien avec personne, qu'il n'a plus de relations sexuelles et aucun intérêt pour elles, qu'il ne dort plus dans la même chambre que sa femme et ne parvient plus à rester dans la même pièce qu'elle plus de quelques minutes, qu'il ne ressent plus aucun intérêt pour ce que font ses enfants et n'a plus de plaisir à être ni avec eux ni avec ses petits-enfants, qu'il ne regarde plus d'émission de télévision, zappant au mieux incessamment d'une chaîne à l'autre, qu'il ne fait plus de promenades avec ses amis, et que s'il sort parfois seul, il le fait sans aucun but, souvent pour fuir le bruit régnant chez lui, à raison d'une dizaine de fois par jours pour quelques minutes seulement, sans en retirer aucun plaisir. Or, dans le rapport du 15 novembre 2015, la Dresse I.\_\_\_\_\_ se limite à affirmer que son examen n'a pas montré de dépression majeure et que l'assuré ne présentait pas d'anhédonie, sans précision, notamment sur ce qu'il était advenu des comportements observés par le Dr S.\_\_\_\_\_ quelques mois auparavant. Sa description de la vie quotidienne de l'assuré reste au demeurant peu circonstanciée.

L'avis du SMR du 10 février 2016, signé notamment par la Dresse I.\_\_\_\_\_, ne comble pas ce défaut de motivation. Dans son rapport du 6 janvier 2016, le Dr S.\_\_\_\_\_ s'était employé à examiner systématiquement les conditions inhérentes au trouble dépressif récurrent au sens de la CIM 10, en illustrant chacune d'elles, et en concluant que son patient présentait un tel trouble, au degré sévère (3 critères principaux : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir,

fatigabilité, plus 6 à 7 symptômes dépressifs : diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, idées de culpabilité et de dévalorisation, pessimisme et morosité face à l'avenir, diminution de l'appétit, perturbation du sommeil, idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires, diminution de la concentration et de l'attention). Invités à se déterminer sur ce rapport, les médecins du SMR n'ont pas expliqué en quoi, selon eux, les symptômes relevés par le psychiatre traitant ne dénotaient pas d'un état dépressif, ou n'étaient plus de mise, et en quoi la situation du recourant ne justifiait plus un tel diagnostic. Après s'être employé à expliciter en quoi le diagnostic de dysthymie s'imposait en 2008, ce qui n'est nullement litigieux en l'espèce, le SMR s'est contenté d'affirmer qu'« *à l'examen clinique du 09.11.2015, la symptomatologie dépressive chronique selon les critères cliniques du la CIM-10 ne justifiait plus un diagnostic de trouble dépressif récurrent, en rémission complète et sans incidence sur la capacité de travail* ». En définitive, l'appréciation et les conclusions du SMR s'agissant du trouble de l'humeur et de ses effets sur la capacité de travail ne sont pas suffisamment motivées et ne permettent pas au tribunal de se prononcer en toute connaissance de cause.

**b)** La même conclusion s'impose s'agissant du diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience catastrophique, retenu par la Dresse I.\_\_\_\_\_. Si finalement, à teneur de son rapport du 6 janvier 2016, le Dr S.\_\_\_\_\_ se rallie à ce diagnostic, il ne partage pas l'appréciation du SMR quant au fait qu'il ne serait pas incapacitant. En réponse au recourant qui lui faisait grief de ne pas avoir motivé en quoi, selon lui, ce diagnostic ne porterait pas atteinte à sa capacité de travail, le SMR a indiqué, dans son avis du 10 février 2016, que ce trouble, présent « *depuis de nombreuses années* », ne l'avait « *pas empêché de travailler comme plongeur et magasinier jusqu'en 2003* ». Or, cette motivation n'est pas convaincante. Le fait que l'assuré ait travaillé sporadiquement dans les années 2000, soit plus de dix ans auparavant, ne suffit pas à établir de manière probante que le trouble de modification durable de la personnalité diagnostiqué en 2015 est sans effet sur la capacité de travail. Enfin, on relèvera qu'en 2008, le SMR avait spécifiquement exclu le diagnostic de modification durable de la

personnalité après une catastrophe, estimant que l'assuré ne présentait pas les symptômes y relatifs (cf. rapport d'examen du SMR du 31 mars 2008 et avis du SMR du 5 décembre 2008). A cet égard, l'évocation de périodes de travail en 2003 pour établir le caractère non incapacitant d'une modification durable de la personnalité se justifie d'autant moins.

**c)** S'agissant de la fibromyalgie, les éléments figurant au dossier ne permettent pas une appréciation concluante du cas d'espèce à l'aune des critères déterminants selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. L'analyse de son caractère incapacitant est restée sommaire. Le rapport du SMR du 15 novembre 2015 ne montre pas que les médecins aient procédé à un examen sur la base de la nouvelle grille préconisée par le tribunal fédéral, et les éléments retenus dans leur rapport ne permettent pas au juge de procéder à une telle évaluation. Il apparaît ainsi également nécessaire de compléter l'instruction du dossier s'agissant de la fibromyalgie et de ses répercussions sur la capacité de travail, étant relevé que dans un arrêt du 19 octobre 2016, le Tribunal fédéral a précisé qu'une exagération des symptômes par l'assuré ne doit pas permettre d'exclure facilement la présence d'une atteinte à la santé assurée. Cela ne doit être possible que si, dans le cas concret, il découle de manière plausible de l'analyse médicale que l'exagération, clairement prouvée, prédomine de manière significative, et qu'elle excède la mesure d'un comportement simplement démonstratif. Il faut en outre que l'exagération ne soit pas la conséquence d'un diagnostic psychiatrique indépendant (cf. TF 9C\_154/2016 du 19 octobre 2016).

**d)** Au final, il appert que le rapport du 15 novembre 2015 du SMR ne permet pas d'apprécier valablement les atteintes à la santé du recourant et leurs répercussions sur sa capacité de travail. La Cour de céans ne dispose au demeurant pas d'informations médicales suffisantes pour trancher la question du droit aux prestations du recourant en toute connaissance de cause. Ledit rapport reste trop peu détaillé et l'analyse au plan psychiatrique est particulièrement succincte. La Dresse I. \_\_\_\_\_ n'a pas discuté de manière circonstanciée les pièces médicales versées au dossier et ses conclusions ne sont pas suffisamment motivées. L'ensemble

de ces éléments tend à affaiblir considérablement sa valeur probante. Même si les pièces produites par le recourant proviennent de son psychiatre traitant,

il n'en demeure pas moins qu'elles émanent d'un spécialiste et qu'elles ne peuvent être simplement écartées du fait du lien qui existe entre le praticien et son patient. Les rapports du Dr S. \_\_\_\_\_ suffisent en tous les cas à jeter un doute sur la fiabilité et la validité des constatations médicales du SMR, de sorte que, selon la jurisprudence fédérale, la mise en œuvre d'une expertise s'impose. Il se justifie donc d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, dès lors qu'il lui appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend en effet jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique au sens de l'art. 44 LPGA, étant ici réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

**8.**                   **a)** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'intimé.

**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 2 mars 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui était renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs) à G.\_\_\_\_\_.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- D.\_\_\_\_\_ (pour le recourant),
- 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 :