

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 décembre 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Feusi et M. Peter, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par ASSUAS (Association suisse des assurés), à Carouge (GE),

et

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

**Art. 6 s., 17 al. 1, 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ;
87 al. 2 et 3 RAI**

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, a œuvré depuis [...] dans divers domaines professionnels (horticulture, agriculture, déménagement, livraison, sécurité, montage de stores et vente en magasin). Il a travaillé en dernier lieu, du 25 août 2014 au 31 mars 2017, en qualité de livreur pour le compte de l'entreprise C. _____ à [...].

B. a) Le 29 juin 1998, alors domicilié dans le canton de [...], l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison des séquelles d'un accident de moto du 18 avril 1997.

Par décision du 7 avril 2000, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de [...] (ci-après : OCAI [...]) a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 mai 1998. Cette décision n'a pas été contestée.

b) Le 29 mai 2000, l'assuré a redéposé une demande de prestations en faisant état de lombalgies chroniques post traumatiques depuis le 19 (recte : 18) avril 1997.

Par décision du 4 septembre 2003, l'OCAI [...] a rejeté cette demande sur la base du dossier en sa possession faute de disposer des informations médicales demandées.

C. Le 20 août 2012, à l'arrêt de travail depuis le mois de novembre 2011, Q. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou une rente, au motif d'un syndrome lombo-vertébral après une chute du 17 novembre 2011 sur son lieu de travail.

Des renseignements médicaux ont été recueillis par l'OCAI [...] auprès des médecins consultés et des mesures d'intervention précoce ont

été octroyées sous la forme d'une orientation professionnelle auprès des A._____ (A._____) ainsi que d'un placement à l'essai comme opérateur en horlogerie du 16 mai au 30 septembre 2013. L'OCAI [...] s'est vu communiquer le dossier médical de l'assuré constitué par E._____ SA, assureur perte de gain de l'époque versant des indemnités journalières depuis le 20 novembre 2011. Il en ressort notamment :

- un rapport du 18 novembre 2011 de radiographies de la colonne lombosacrée (face / profil) et du bassin (face) réalisées le jour précédent, dans lequel le Dr D._____, spécialiste en radiologie, a constaté des discopathies étagées prédominant en L4-L5, sous forme de discrets pincements des espaces intersomatiques et d'une ébauche d'ostéophytose marginale antérieure des plateaux vertébraux adjacents ainsi qu'un discret élément de comblement osseux à la jonction tête et col supérieure des deux côtés, avec pincement modéré des interlignes articulaires coxo-fémoraux ;

- un rapport du 12 décembre 2011 relatif à une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire effectuée le même jour par le Dr X._____, spécialiste en radiologie, mettant en évidence une dégénérescence discale L1-L2 et L5-S1, une hernie discale sous-ligamentaire L5-S1, de localisation médiane à prédominance paramédiane gauche en contact discret avec la racine S1 gauche, ainsi qu'un cône médullaire de topographie normale et de signal homogène ;

- un rapport d'expertise médicale du 11 juillet 2012 confiée par E._____ SA au Dr W._____, spécialiste en neurochirurgie. Posant les diagnostics d'état après chute dans les escaliers (W10.0), de contusion lombaire (S30.0), de douleurs lombaires basses sans déficit radiculaire (M54.5) et de suspicion de troubles somatoformes (F45.4), ce médecin a fixé au 12 janvier 2012 le *statu quo ante* de l'événement du 17 novembre 2011 ;

- un rapport d'expertise médicale du 18 avril 2013 confiée par E._____ SA au Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, assisté de la psychologue I._____. Sans retenir de diagnostic incapacitant, ce médecin a posé ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, de gravité légère, de non ou très mauvaise observance au traitement (Cipralex®) et de personnalité traumato-névrotique ou abandonnique, sub-décompensée. Le Dr N._____ a indiqué qu'« afin de ne pas brusquer cet assuré relativement fragile », la capacité de travail était de 60 % dès le 1^{er} février 2013, puis entière depuis le 1^{er} avril 2013. Il préconisait la poursuite de la psychothérapie ;

- une décision du 26 avril 2013 par laquelle E._____ SA a mis fin au service de ses prestations d'assurance au 15 mai 2013, l'état de santé de l'assuré permettant une reprise du travail en plein dès le 1^{er} avril 2013.

Dans un avis médical du 17 octobre 2013, le Dr Z._____, du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a retenu, comme atteintes principales à la santé, des lombalgies chroniques sur hernie discale (M51.2) et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.9) avec, comme pathologies associées ne ressortant pas de l'assurance-invalidité, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis. Pour le médecin du SMR l'incapacité de travail était de 100 % du 17 novembre 2011 au 12 (recte : 11) janvier 2012, nulle du 12 janvier au 6 juin 2012, de 100 % du 7 juin 2012 au 31 janvier 2013, de 60 % du 1^{er} février au 31 mars 2013, puis nulle depuis le 1^{er} avril 2013 dans toute activité. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : d'une part l'abstention de port de charge lourde, de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, de position debout prolongée, de montée ou descente d'escaliers à répétition, d'autre part un changement fréquent de position (une fois par heure) et l'évitement des activités en hauteur ou sur terrain instable.

Par projet, puis par décision du 1^{er} avril 2014, l'OCAI [...] a nié à l'assuré le droit à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente.

Selon les constatations de l'office, l'assuré avait été en incapacité de travail du 17 novembre 2011 au 12 (recte : 11) janvier 2012, puis du 7 juin 2012 au 31 mars 2012 (recte : 2013) de sorte que les conditions de l'art. 28 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) pour ouvrir le droit à la rente n'étaient pas remplies. Des mesures professionnelles (en l'occurrence un reclassement au sens de l'art. 17 LAI) n'étaient pas de nature à sauvegarder ou améliorer la capacité de gain de l'intéressé. Cette décision n'a pas été contestée.

D. Le 7 mars 2017, Q._____, entre-temps domicilié dans le canton de Vaud, a déposé une nouvelle demande de prestations en faisant état de « gros problèmes de dos » depuis l'accident de 1997.

Dans un rapport du 21 avril 2017 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr O._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué une hernie discale L5-S1 et des lombalgies chroniques incapacitantes depuis novembre 2016 entravant l'exercice de tout travail physique. Sans se positionner sur une reprise d'activité, respectivement une amélioration de la capacité de travail, le médecin traitant a fait part de la nécessité d'une prise en charge de son patient sous antalgie, physiothérapie et éventuellement neurochirurgicale.

Le 31 mai 2017, l'OAI a reçu un rapport de consultation du même jour adressé au médecin traitant par le Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi que chef de clinique du Département de l'appareil locomoteur (DAL) au CHUV. Ce spécialiste a évoqué un tableau de lombalgies chroniques d'allure mécanique, sans signe de complication ou de gravité sur le plan neurologique, ni argument pour des rachialgies secondaires, le tout s'inscrivant dans une situation psychosociale complexe. Sur le plan thérapeutique, il a suggéré une rééducation interdisciplinaire de l'assuré en séjour ambulatoire d'une durée de trois semaines, avec un prochain contrôle prévu à la fin du mois d'août 2017.

En arrêt de travail depuis le mois de novembre 2016 en raison de lombalgies chroniques avec hernie discale L5-S1, selon les pièces au dossier médical de l'assuré constitué par T._____, assureur perte de gain versant des indemnités journalières depuis le 16 novembre 2016, l'assuré a bénéficié, de la part de l'OAI, d'une mesure d'intervention précoce auprès de la fondation V._____, du 16 mai au 25 juillet 2017. Selon un rapport de stage du 28 juillet 2017, l'intéressé n'était pas prêt à s'investir dans une démarche de réinsertion professionnelle en raison d'une instabilité psychologique, en l'occurrence l'existence d'une fluctuation de l'humeur et d'une difficulté à gérer les émotions, constatée en cours de mesure. L'OAI a, par communication du 7 novembre 2017, informé l'assuré que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables en l'état.

Dans le cadre de l'instruction, l'OAI s'est vu communiquer par T._____ les pièces suivantes :

- des rapports de consultations des 18 juillet et 3 octobre 2017 auprès du Dr H._____, confirmant le diagnostic de lombalgies communes aspécifiques. Dans le premier rapport, il est décrit, à l'examen neurologique, l'absence de déficit moteur net aux membres inférieurs, mais une hypoesthésie mal systématisée dépassant largement un territoire radiculaire ou tronculaire au membre inférieur gauche. Celui du 3 octobre 2017, pour valoir bilan de la prise en charge intensive du 11 au 29 septembre 2017 auprès de l'unité du rachis et réhabilitation du DAL, a conclu à une amélioration modérée des capacités physiques de l'assuré, avec la poursuite d'un travail en physiothérapie ambulatoire. Dans la rubrique « antécédents et comorbidités » de ce second rapport, il est mentionné une ménisectomie par voie arthroscopique en mars 2017 ;

- un rapport du 14 août 2017 adressé au médecin-conseil de T._____ par la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, en charge du suivi de l'assuré depuis le 28 mars 2017. Posant les diagnostics psychiatriques d'épisode dépressif d'intensité moyenne, avec syndrome

somatique (F32.11) dans le cadre d'un syndrome douloureux aigu et chronique, d'antécédent d'un épisode dépressif sévère en 2012 (F32.2), de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), la Dre F._____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de livreur, avec la précision que des mesures étaient en cours avec l'assurance-invalidité en vue d'une orientation vers « une activité adaptée physiquement, et si possible psychiquement ». Malgré une prise en charge sous la forme de consultations régulières alliant la prescription d'antidépresseurs, le pronostic était partiellement réservé en raison d'un risque de persistance et de chronicisation des troubles ;

- un rapport du 16 novembre 2017 de la psychologue en charge de l'assuré durant son séjour auprès de l'unité du rachis et réhabilitation du DAL au CHUV. Sous la rubrique status, confirmant l'existence d'une instabilité de l'humeur, cette intervenante a rapporté des épisodes d'amnésie depuis un an ainsi qu'une consommation quotidienne de cannabis ;

- un rapport d'« assessment » orthopédie et psychiatrie du 1^{er} décembre 2017 qui se base sur des examens cliniques des 21 et 22 novembre 2017 des Drs R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que E._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du centre d'expertises médicales B._____ SA de [...]. Sur le plan somatique, en présence des diagnostics de rachialgies cervicales et lombaires chroniques, de gonalgies gauches et de séquelles de fracture des branches ischio-pubiennes droites, les atteintes étaient qualifiées de banales avec des douleurs chroniques à traiter par de la gymnastique quotidienne d'auto-entraînement du rachis. Listant des limitations fonctionnelles (nécessité de changer de position, éviter les charges lourdes et les positions en porte-à-faux ainsi que la position accroupie, l'examiné pouvant marcher, être assis ou debout pendant au moins une heure), le Dr R._____ a constaté une capacité de travail entière de l'assuré dans toute activité dont celle de livreur. Selon ce médecin « les douleurs [étaient] identiques depuis des années ». Au plan psychiatrique, diagnostiquant un trouble de la personnalité sans

particularité (F60.9), la Dre E._____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité le jour de l'examen, préconisant le maintien du suivi psychiatrique.

Dans un rapport du 15 décembre 2017 à l'OAI, le Dr H._____ a posé les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques mécaniques communes aspécifiques, de méniscectomie par voie arthroscopique en mars 2017 et d'un suivi psychiatrique débuté au cours de l'année 2017 ainsi que celui, sans répercussion sur la capacité de travail, de status postcure de varices bilatérales en 1996. Enumérant des restrictions physiques liées au port de charges et au travail en flexion du tronc de façon prolongée (cf. chiffre 1.7 du rapport), ce médecin a évoqué une probable amélioration de la capacité de travail, en commençant à 50 % dans un poste adapté (cf. chiffre 1.9 du rapport). Le traitement alliait une rééducation par séances de physiothérapie ambulatoire et la prise de Duloxétine® 60 mg.

Aux termes d'un rapport du 28 décembre 2017 à l'OAI, la Dre F._____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne, avec syndrome somatique ([F32.11]; dans le cadre d'une atteinte dorso-lombaire, cervico-occipitale), de trouble spécifique de la personnalité, personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30). Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué des difficultés liées à l'emploi (licenciement en raison de maladie ; [Z56]), d'antécédent d'un épisode dépressif sévère en 2012 (F32.2) et d'antécédents de plusieurs accidents et chutes (1997, 2011, 2016). Indiquant des baisses de capacités mnésiques avec des oublis et des difficultés de concentration et de l'attention en sus de symptômes anxieux, dépressifs, douloureux chroniques affectant la confiance en soi-même et en autrui, ce médecin a fait part d'une capacité de travail nulle comme livreur depuis le 16 novembre 2016. Moyennant une prise en charge « complexe, spécialisée, somatique et psychique », la Dre F._____ était d'avis que des mesures en vue de la reprise d'une activité professionnelle, respectivement améliorant la capacité de travail, restaient possibles.

Par rapports des 2 mars et 2 octobre 2018, le Dr P._____, spécialiste en anesthésiologie, médecin traitant auprès de l'Institut Suisse de la Douleur, a noté l'absence d'évolution des lombalgies durant la prise en charge de l'assuré auprès de l'Institut. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.

Le 27 août 2018, annonçant une aggravation de son état de santé depuis le dépôt de sa dernière demande, l'assuré a remis à l'OAI des certificats médicaux du Dr O._____ attestant la poursuite d'une totale incapacité de travail en raison de maladie.

L'OAI a requis le point de vue du Dr M._____, du SMR, sur les renseignements recueillis dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations. Dans son avis du 4 octobre 2018, ce médecin a fait le point suivant de la situation :

"Conclusion: Jeune assuré présentant depuis de nombreuses années des douleurs lombaires, pour lesquelles le SMR avait retenu des limitations fonctionnelles, ainsi qu'une atteinte psychique sous forme d'un trouble de la personnalité. La présente demande intervient dans le cadre d'IT [incapacités de travail] à répétition ayant mené à un licenciement de son précédent poste de livreur de pizza[s]. D'après les informations au dossier, le facteur limitant principal actuel semble être les douleurs chroniques, et la situation est manifestement inscrite dans un contexte psychosocial défavorable.

En l'état, il semble clair que les limitations fonctionnelles décrite[s] dans le rapport SMR de 2013 sont toujours d'actualité. En considérant la description du poste de travail de livreur de pizza[s] (cf. rapport employeur du 06.04.17), force est de constater que cette activité ne semble plus exigible (conduite d'un véhicule à moteur, port de charge fréquent notamment). D'un point de vue psychique, les appréciations au dossier (B._____ et psychiatre traitant) sont relativement concordant[es] concernant la présence d'un trouble de la personnalité, mais pas concernant la CT [capacité de travail] exigible. Si ce trouble, déjà décrit par le Dr N._____ en 2013, peut justifier une certaine fragilité ainsi que des périodes d'IT, il n'est pas décrit actuellement comme étant décompensé ou pouvant justifier une diminution durable de la CT au long court (au contraire, le Dr P._____ annonce une amélioration).

En raison de ce qui précède, nous retenons les éléments suivants :

CT dans l'activité habituelle de livreur de pizza[s] : 0% depuis novembre 2016

CT dans une activité adaptée : 100% (sans interruption durable)

Limitations fonctionnelles : Pas de port de charge lourde, pas de position statique prolongée possibilité de changer de position, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du tronc, pas de position debout ou accroupie prolongée, éviter les activités en hauteur ou sur terrain irrégulier."

Par projet de décision du 10 décembre 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa dernière demande de prestations, au motif que sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir pas de port de charges lourdes, ni de position statique assise au-delà de quarante-cinq minutes, avec changement fréquent de position une fois par heure, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, éviter les activités en hauteur ou sur terrains instables, ni de positions debout prolongée) était de 100 % depuis le début de ses problèmes de santé, et qu'après comparaison des revenus, l'intéressé ne subissait aucun préjudice économique. Tout en refusant l'octroi de mesures professionnelles, l'OAI a néanmoins reconnu à l'assuré le droit à une aide au placement qu'il clôturera le 5 février 2019 à réception d'une lettre de renonciation.

Dans le cadre de ses objections des 28 janvier et 28 février 2019 sur ce préavis, l'assuré, par l'entremise d'ASSUAS (Association suisse des assurés), a demandé à l'OAI de lui reconnaître le droit à une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

Après avoir obtenu le point de vue du SMR, soit l'avis du 26 avril 2019 du Dr M. _____ concluant à l'absence de nouvelles pièces médicales en faveur d'une aggravation de l'état de santé depuis l'évaluation au B. _____, l'OAI a, par décision du 4 octobre 2019, rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a informé le conseil de l'assuré que la contestation élevée n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, le projet critiqué reposant « sur une instruction

complète sur le plan médical et économique » et étant « conforme en tous points aux dispositions légales ».

E. a) Par acte du 4 novembre 2019, Q._____, représenté par ASSUAS, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, en particulier une rente entière. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi de mesures professionnelles et plus subsidiairement encore, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. Opposant l'avis des médecins, soit des Drs F._____ et H._____, et le rapport du stage suivi auprès de V._____ à l'évaluation du B._____ ainsi qu'aux observations du SMR, le recourant conteste présenter une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

b) Dans sa réponse du 12 décembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée. Il souligne la valeur probante de l'évaluation du B._____ ainsi que des avis du SMR, et considère que les critiques du recourant ne sont pas de nature à modifier sa position.

c) Au terme d'un second échange d'écritures des 16 janvier et 6 février 2020, les parties ont maintenu leur position respective. Dans des déterminations complémentaires du 28 février 2020, l'assuré a précisé, à défaut d'obtenir une rente, conclure à l'octroi de mesures professionnelles.

d) Le 13 mars 2020, persistant dans ses précédentes conclusions, le recourant a produit un rapport du 6 mars 2020 de la Dre F._____ adressé à son représentant, et libellé comme suit :

"1. Depuis quand et à quelle fréquence soignez-vous M. Q._____ ?

Monsieur Q._____ est suivi à mon cabinet depuis le 28 mars 2017, avec une fréquence actuelle d'une séance toutes les 2 semaines.

2. Pour quelles affections le soignez-vous ?

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen avec syndrome somatique F33.11

Trouble spécifique de la personnalité, personnalité émotionnellement labile de type impulsif F60.30 avec antécédents de maltraitance dans l'enfance Z61.4
Rachialgies cervicales et lombaires chroniques, aggravées depuis 2016.

3. *Quel est votre diagnostic ? En particulier comprenez-vous que l'expertise psychiatrique en page 7 ne diagnostique qu'un trouble de la personnalité sans particularité et non pas un épisode dépressif de degré moyen comme vous l'avez vous-même diagnostiqué dans votre rapport médical du 28 décembre 2017 ? Ceci permet-il d'expliquer selon vous que l'experte psychiatre ne reconnaisse aucune invalidité dans le domaine psychiatrique quand vous estimez que l'incapacité de travail de monsieur Q._____ est de 100 % ?*

Du point de vue psychiatrique, Monsieur Q._____ présente des difficultés psychiatriques de longue date.

Il s'agit tout d'abord de séquelles psychiques d'une enfance difficile, avec des carences affectives, l'absence ou l'abandon de son père à sa naissance et pendant son enfance, la maltraitance sévère exercée par sa mère (violences, punitions, isolement) qui a impliqué l'intervention des autorités de protection, sa mise sous tutelle et son placement dans une famille d'accueil.

Monsieur Q._____ a eu un parcours scolaire chaotique, il n'a pas terminé de formation de base. Il s'est senti rejeté par sa famille, ses proches et par la société, abandonné, mis à l'écart, jugé et marginalisé. Du point de vue psychique on relève la présence d'affects négatifs, de sentiment d'abandon, de baisse de moral, avec des sentiments de rejet, de vide profond. Monsieur Q._____ fait part d'une importante sensibilité, avec intolérance à la frustration et des tendances à des manifestations de provocation, de crises de colère et de débordements agressifs autant dans ses relations personnelles, mais aussi professionnelles. Monsieur Q._____ évoque les difficultés rencontrées dans ses relations de couple, avec des conflits qui ont impliqué des ruptures difficiles et à répétition (avec ses ex-compagnes), mais aussi dans sa relation de couple actuelle, qu'il entretient depuis plusieurs années, mais en préférant vivre séparément. Il est probable que malgré ses efforts pour être un bon père pour ses 3 filles, son attitude labile et agressive a contribué à les éloigner de lui, n'ayant presque pas de contact avec elles.

Comme je l'avais signalé dans le rapport AI du 28.12.2017, Monsieur Q._____ signale avoir des difficultés à maîtriser son comportement et ses émotions, avec des tendances à être agressif verbalement et physiquement, ayant tendance parfois à partir, à mettre en échec sa situation. Il dit aussi éviter d'aggraver la situation. Il est connu et il se décrit comme une vraie « cocotte-minute », qui explose autant en parole que dans les gestes. Comme relevé dans son dossier AI, il a rencontré des difficultés de ce registre lors de son stage V._____ chez [...], parce qu'il ne s'est pas senti reconnu et respecté dans ses limitations et ses besoins. Depuis l'aggravation des douleurs, Monsieur Q._____ est encore plus sensible à tout commentaire, reproche ou manque de compréhension de ses difficultés, de ses douleurs, de son rythme lent ou de ses plaintes.

Monsieur Q._____ fait part de la présence à répétition d'affects négatifs, de sentiments de rejet, de perte et surtout de vide, qui précipitent de la négativité, des sentiments ou des pensées noires,

avec tendance à se renfermer et à s'isoler pendant plusieurs jours ou plus.

Les difficultés décrites justifient, à mon avis, le diagnostic retenu de Trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Je rappelle la description CIM-10, qui correspond amplement à l'assuré. Il s'agit « d'une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les comportements impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés. Le type impulsif est caractérisé principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions. »

Je précise, que le trouble de la personnalité émotionnellement labile se complique avec des troubles de l'humeur ou des addictions et qui sont présents dans son anamnèse.

Monsieur Q. _____ présente des symptômes dépressifs, des baisses de l'humeur, des idées noires, des colères, des appréhensions d'être jugé, rabaissé, des troubles du sommeil, de la fatigue qui sont alimentés par les douleurs et les limitations physiques ou qui les accentuent. La douleur deviendrait intolérable.

Monsieur Q. _____ a présenté plusieurs épisodes dépressifs, en tout cas en 2011 (épisode dépressif décrit comme sévère, avec tentamen et hospitalisation), en 2017 et actuellement.

La pathologie cervicale et lombaire confronte Monsieur Q. _____ à une souffrance persistante ou récidivante, qui épuise ses ressources psychiques, d'adaptation, qui accentuent son hypersensibilité, son négativisme et ses difficultés à gérer ses émotions et son comportement. Il rapporte des passages à l'acte, des conflits, des bagarres, verbales, gestuelles ou des crises avec des départs précipités et le besoin de s'isoler au moins quelques jours.

4. *Quelle est l'évolution de son état de santé ? s'est-il aggravé depuis le début du traitement ? En particulier, vous annoncez dans votre rapport médical du 15 (recte : 28) décembre 2017 que des activités uniquement en position assise, uniquement en position debout, dans différentes positions, exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), mais également des activités telles que se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, de rotation en position assise/en position debout, comme soulever/porter (près/loin du corps) monter sur une échelle/un échafaudage ou monter les escaliers, seraient exigibles chez M. Q. _____ mais qu'elles ne pourraient être exercées à temps complet. Est-ce que M. Q. _____ ne peut toujours exercer ces activités qu'à temps partiel et, si oui, à quel taux ?*

A mon avis, en ce qui concerne les limitations physiques, vous faites référence au rapport du médecin traitant, le Dr O. _____.

Du point de vue psychiatrique, l'état de Monsieur Q. _____ n'est pas stabilisé et il présente une symptomatologie dépressive, une hypersensibilité émotionnelle et du comportement et une souffrance physique avec des douleurs dorsolombaires, cervico-occipitales, des

limitations fonctionnelles qui l'épuisent physiquement et moralement.
La capacité de travail est à mon avis nulle.

5. *Quels traitements avez-vous prescrit à M. Q. _____ ?*

Monsieur Q. _____ est compliant et il s'investit dans son suivi psychiatrique ainsi que dans le traitement des douleurs et des limitations physiques.

Monsieur Q. _____ bénéficie d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré à mon cabinet, avec des consultations régulières, d'environ 1x/2 semaines, ainsi que d'une prescription médicamenteuse d'antidépresseur de Duloxétine 90mg/j, de Quétiapine 25mg 1cp/j en réserve, Tramal retard en réserve. Il est suivi par le Dr P. _____ au Swiss Pain Institute, Lausanne.

6. *Quelles limitations M. Q. _____ présente-t-il du fait de ses affections ?*

En raison des affections présentes, Monsieur Q. _____ présente une baisse du moral, une perte de la motivation, du ralentissement, de la fatigue, des troubles du sommeil, des troubles de l'attention et de la concentration, de l'hypersensibilité émotionnelle et du comportement avec des tendances à des crises de colère, d'agressivité ou de fuite et de repli sur soi.

7. *Quelle est la capacité de travail actuelle, justifiée par des éléments médicaux objectifs, de M. Q. _____, dans son ancienne activité et dans une activité adaptée ?*

La capacité de travail dans son ancienne activité de livreur est nulle. La capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée aux difficultés physiques est à mon avis actuellement nulle, en raison de l'épuisement physique et psychique et du risque élevé d'aggravation des troubles psychiatriques et de la symptomatologie douloureuse dans un nouveau contexte d'échec.

8. *Quel est votre pronostic sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de votre patient ?*

Le pronostic est à mon avis réservé. L'état de Monsieur Q. _____ n'est pas stabilisé et le risque de rechute, d'aggravation des symptômes psychiatriques et douloureux et d'absences de longue durée est élevé.

9. *Le SMR se base sur le rapport de consultation rédigé le 16 novembre 2017 à l'Unité du rachis pour affirmer que M. Q. _____ dispose encore de ressources adaptatives et que son trouble de la personnalité n'est pas décompensé. En effet, la psychiatre qui a rédigé le rapport affirme que M. Q. _____ semble dans le besoin d'une reconnaissance de ses douleurs et ses répercussions, qu'il semble adapté dans l'écoute de son propre fonctionnement, sait identifier les périodes de vulnérabilité psychique plus intense, adopte des stratégies pour se contenir et tenter d'évacuer un débordement émotionnel selon ses capacités et sait faire appel à son psychiatre en cas de besoin. Ce constat est-il conforme à ce que vous avez pu observer ? Pensez-vous qu'il permette de retenir que M. Q. _____ dispose encore de ressources adaptatives et que son trouble de la personnalité n'est pas décompensé ?*

Le rapport rédigé par la psychologue de l'Unité du rachis n'a pas, à mon avis, une valeur d'évaluation psychiatrique, mais plutôt de compte rendu du bref suivi psychologique mis en place. Dans son rapport, la psychologue reconnaît dans la brève synthèse-discussion, des difficultés psychiques comme : « ainsi lorsque Monsieur Q. _____ fait face à une forte personnalité, il a tendance à revivre des traumatismes précoces, avec un sentiment de perte de contrôle ». La psychologue ainsi que l'équipe de l'Unité du rachis ont été attentifs aux difficultés psychologiques de Monsieur Q. _____, pour qu'il puisse contenir ses débordements et pour ne pas quitter prématurément la cure mise en place. Dans son rapport, la psychologue résume l'effort de participation du patient et l'accompagnement et le soutien psychologique qui lui ont été utiles.

Il est conforme à la situation de Monsieur Q. _____, [qui] est compilant aux traitements proposés, autant psychiatriques, psychothérapeutiques, que somatiques, et [qui] fait beaucoup d'efforts pour contenir ses émotions et ses débordements. Comme noté précédemment, selon la réponse à la question 4, l'état de l'assuré n'est pas stabilisé. Malgré des efforts constants d'adaptation, il est confronté à des difficultés psychiatriques et physiques qui l'épuisent et le décompensent."

e) Dans d'ultimes déterminations du 28 mai 2020, l'OAI a derechef proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée en l'absence d'élément nouveau.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification notable depuis le 1^{er} avril 2014.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

e) aa) 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la

présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). 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 (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

bb) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la

mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également 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. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

f) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

g) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. En l'espèce, le recourant conteste disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Il fait valoir, pour sa part, que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations attestent une péjoration de son état de santé depuis novembre 2016 justifiant désormais l'octroi en sa faveur d'une rente entière d'invalidité.

5. a) aa) S'agissant des atteintes à la santé physique, la décision du 1^{er} avril 2014 repose sur l'analyse de la situation par le SMR. Dans

l'avis du 17 octobre 2013, le Dr Z._____ retient, comme atteinte principale à la santé, des lombalgies chroniques sur hernie discale (M51.2). Les limitations fonctionnelles retenues étaient : d'une part l'abstention de port de charge lourde, de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, de position debout prolongée, de montée ou descente d'escaliers à répétition, d'autre part un changement fréquent de position (une fois par heure) et l'évitement des activités en hauteur ou sur terrain instable. Ces restrictions classiques d'épargne du rachis s'expliquent par les radiographies de la colonne lombo-sacrée (face / profil) et bassin (face) du 17 novembre 2011 ainsi que par une IRM lombaire du 12 décembre 2011 mettant en évidence des discopathies étagées prédominant en L4-L5, une dégénérescence discale L1-L2 et L5-S1 ainsi qu'une hernie discale sous-ligamentaire L5-S1, de localisation médiane à prédominance paramédiane gauche, en contact discret avec la racine S1 gauche. Le rapport d'expertise médicale du 11 juillet 2012 du Dr W._____ à l'attention de l'assureur perte de gain se concentre sur l'examen de la question du lien de causalité entre les troubles persistants et l'accident survenu le 17 novembre 2011, sans évaluation de la capacité de travail, au contraire de celle constatée par le Dr Z._____ dans son avis SMR du 17 octobre 2013.

bb) Sur le plan des atteintes à la santé psychique, dans son rapport d'expertise du 18 avril 2013, le Dr N._____ diagnostique un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, de gravité légère, lequel n'est plus incapacitant depuis le 1^{er} avril 2013. L'expert mentionne également une personnalité traumato-névrotique ou abandonnique, sub-décompensée. Dans l'avis SMR du 17 octobre 2013, le Dr Z._____ retient finalement un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.9) et mentionne, comme pathologies associées ne ressortant pas de l'assurance-invalidité, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis.

b) aa) Dans le cadre de la nouvelle demande du 7 mars 2017, s'agissant des rapports médicaux établis en relation avec les atteintes à la santé physique, le rapport du 21 avril 2017 du Dr O._____ n'objective

pas l'incapacité de travail alléguée. Quant aux rapports du Dr H._____, celui du 31 mai 2017 évoque des lombalgies chroniques d'allure mécanique, affections déjà connues, sans signe de complication ou de gravité sur le plan neurologique, ni argument pour des rachialgies secondaires. Le rapport du 18 juillet 2017 n'objective pas d'éléments nouveaux, les lombalgies qualifiées de chroniques, ne présentant pas de signes d'irradiation radiculaire aux membres inférieurs, et celui du 3 octobre 2017, constituant un bilan de la prise en charge auprès de l'unité du rachis et réhabilitation du DAL, n'apporte aucun élément nouveau, sous réserve de la mention d'une méniscectomie par voie arthroscopique en mars 2017. Le rapport du 15 décembre 2017, sur lequel se fonde le recourant, mentionne des restrictions physiques, soit l'évitement de port de charge et travail en flexion du tronc de façon prolongée, limitations déjà connues en 2014. Ce rapport relève encore s'agissant de la reprise de l'activité professionnelle respectivement d'une amélioration de la capacité de travail, une probable amélioration de la capacité de travail, débutant à 50 % dans un poste adapté. Ce pourcentage ne doit pas être considéré comme un pourcentage définitif, mais bien comme le seuil d'une augmentation progressive du taux d'activité. Certes, l'auteur du rapport ne donne aucune indication quant au laps de temps nécessaire à la reprise d'une activité professionnelle à plein temps. On peut néanmoins se fonder sur l'évaluation B._____, laquelle mentionne à la date du 1^{er} décembre 2017, l'examen clinique datant du 22 novembre 2017, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La date de la dernière consultation de l'assuré au DAL coïncide avec la fin de la rééducation interdisciplinaire, soit le 29 septembre 2017. Le rapport du 15 décembre 2017 du Dr H._____ se réfère en conséquence à l'état de santé de l'assuré à la date du 29 septembre 2017. Une progression de la capacité de travail à 100 % entre cette date et fin novembre 2017 apparaît concevable.

L'évaluation B._____ fait encore état de nouveaux diagnostics, à savoir des rachialgies cervicales et des gonalgies gauches. Les atteintes sont qualifiées de banales avec des douleurs chroniques à traiter par gymnastique constante. Il existe des limitations fonctionnelles, soit la nécessité de changer de position, d'éviter les charges lourdes et les

positions en porte-à-faux ainsi que la position accroupie, l'examiné pouvant marcher, être assis ou debout pendant au moins une heure. Elles n'entravent pas une capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr R._____ indique en particulier que les douleurs sont identiques depuis des années, qualification significative de l'absence de modification s'agissant des effets des atteintes tels que ressentis par l'assuré. Il convient d'en déduire que la pleine capacité de travail dans une activité adaptée telle que retenue à la date de l'examen vaut également pour la période antérieure, étant précisé que le Dr R._____ ne se prononce pas explicitement pour la période entre le 1^{er} novembre 2016 et le jour de son examen clinique.

Quant au Dr P._____, médecin traitant de l'assuré auprès de l'Institut Suisse de la Douleur, il se refuse, par principe, à toute évaluation de la capacité de travail. Néanmoins sur la base du rapport du 2 mars 2018, il peut être déduit l'absence d'aggravation des lombalgies. En effet, le médecin traitant relève une absence d'évolution des lombalgies, ce qui est significatif d'une absence de modification pendant la période de prise en charge auprès de l'Institut.

Les limitations fonctionnelles décrites dans l'avis SMR du 4 octobre 2018 (pour rappel, pas de port de charge lourde, pas de position statique prolongée, possibilité de changer de position, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du tronc, pas de position debout ou accroupie prolongée, éviter les activités en hauteur ou sur terrain irrégulier) se rapportent aux lombalgies et sont inchangées depuis 2013. Par ailleurs, aucun rapport médical ne vient attester d'une quelconque aggravation de l'état de santé en relation avec les gonalgies et rachialgies cervicales, ni d'ailleurs d'une modification de l'atteinte lombaire depuis la prise en charge de l'assuré au sein du DAL en 2017.

Enfin, il ne peut rien être déduit du rapport de stage auprès de la fondation V._____ s'agissant des aptitudes physiques de l'assuré, étant rappelé que selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et

l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_762/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.3.1, 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3 et 9C_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2 et les références citées; TFA 762/2002 du 6 mai 2003 consid. 2). En effet, les indications des responsables de la fondation V._____ ont pu être influencées par des éléments subjectifs tels que les plaintes de l'assuré durant l'exécution du stage de sorte que cette jurisprudence est applicable également en la matière.

En conséquence, une modification de l'état de santé physique depuis le précédent examen n'est pas avérée.

bb) S'agissant de l'état de santé psychique, il apparaît que l'assuré bénéficie d'une nouvelle prise en charge depuis le 28 mars 2017 (rapport du 14 août 2017 de la Dre F._____).

En l'espèce, l'appréciation du psychiatre traitant s'oppose à celles du B._____ et du SMR. Il sera précisé en préambule que le rapport de stage auprès de la fondation V._____ et le rapport de la psychologue qui est intervenue auprès de l'assuré pendant sa prise en charge à l'unité du rachis et réhabilitation au DAL n'ont pas valeur de rapport médical. En revanche, il en ressort l'existence d'une fluctuation ou instabilité de l'humeur, d'une difficulté à gérer les émotions (rapport de stage), confirmée dans l'évaluation psychologique, sous la rubrique status, laquelle rapporte également des épisodes d'amnésie et la consommation de cannabis.

Le volet psychiatrique de l'évaluation du B._____ ne satisfait absolument pas aux exigences jurisprudentielles actuelles. Il manque en effet l'essentiel des éléments utiles à la grille d'évaluation. Les rapports successifs de la Dre F._____ ne permettent pas non plus d'apprécier la

capacité de travail exigible sur la base de la grille des indicateurs, outre que son évaluation doit être considérée avec les réserves jurisprudentielles d'usage en présence de rapports établis par les médecins traitants (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Quant au médecin du SMR, il indique que le trouble de la personnalité, déjà décrit en 2013, peut justifier une certaine fragilité ainsi que des périodes d'incapacité de travail mais que ce trouble n'est pas décrit actuellement comme étant décompensé ou pouvant justifier une diminution durable de la capacité de travail au long cours. Il s'agit là d'une simple affirmation, ne reposant pas sur des éléments anamnestiques exhaustifs, et encore moins sur une analyse détaillée et objectivée. Cet avis d'un médecin dont la spécialité n'est pas précisée ne saurait emporter la conviction.

Enfin, le rapport du 6 mars 2020 du psychiatre traitant ne fait que confirmer la nécessité d'une expertise psychiatrique afin de statuer en parfaite connaissance de cause sur l'évolution depuis le 1^{er} avril 2014 de la capacité de travail exigible.

c) Au vu des pièces actuelles au dossier, l'instruction s'avère lacunaire sur l'appréciation de l'état de santé psychique de l'assuré, plus particulièrement son évolution depuis la dernière décision litigieuse, mais encore les éléments recueillis sont insuffisants pour se prononcer à l'aune de la jurisprudence récente selon laquelle tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; cf. consid. 3e supra). Les faits pertinents n'ont ainsi pas été constatés de manière complète. Compte tenu de ces carences, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera

à l'intimé de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, l'expert étant libre de l'assortir d'un examen neuropsychologique, dans la mesure où le médecin traitant mentionne une baisse de la mémoire avec des oublis, des difficultés de concentration et d'attention (cf. rapport du 28 décembre 2017 de la Dre F. _____ p. 3). L'OAI veillera ainsi à ce que l'expertise soit complète et, en cas de besoin, devra requérir les compléments nécessaires avant de rendre une nouvelle décision.

6. a) En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**Par 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 4 octobre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il complète l'instruction au sens des considérants puis rende une 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 à Q. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- ASSUAS (pour Q. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :