

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 octobre 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges  
Greffière : Mme Juillerat Riedi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Paul-Arthur  
Treyvaud, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 16 LPGA ; 28 et 28a al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** R. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, a travaillé en qualité d'ouvrier du bâtiment (manœuvre) depuis 1981 et a cessé cette activité en 2002 en raison de cervico-lombalgies et de douleurs hémicorporelles gauches. Le 11 mars 2003, il a déposé une première demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

L'instruction reposait notamment sur une expertise effectuée le 4 septembre 2003 par le Dr P. \_\_\_\_\_, dans laquelle ce spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie posait le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Il retenait notamment que, d'un point de vue psychopathologique, l'assuré présentait un tableau polyalgique à prédominance à l'hémicorps gauche, atypique tant par sa localisation et sa présentation que par la qualité des symptômes. Il relevait subjectivement un sentiment de perte de force, parfois d'hypo-esthésie, associé à des symptômes digestifs sous forme d'épigastralgie, et une légère anxiété flottante. En l'absence d'une symptomatologie digestive ou urogénitale manifeste, un trouble de somatisation semblait peu probable. Il n'avait pas d'arguments pour un trouble de conversion, une hypochondrie. Tout au plus pouvait-il évoquer un trouble somatoforme indifférencié, qui correspondait à celui de fibromyalgie en médecine générale. Il existait certains éléments de la lignée anxieuse et dépressive, qui semblaient toutefois insuffisants pour parler d'un état dépressif majeur moyen à sévère ou d'un trouble anxieux spécifique. L'hypothèse d'abus d'alcool ou d'une consommation excessive d'alcool ne pouvait pas être clairement démontrée et il n'y avait pas d'élément en faveur d'un trouble majeur de la personnalité en tous les cas assimilable à une atteinte à la santé mentale. Il ajoutait que l'assuré était revendicateur et polyplaintif, ce qui laissait penser qu'il ne semblait plus avoir la motivation de reprendre une activité professionnelle même adaptée. L'absence de qualification professionnelle et les problèmes linguistiques risquaient de représenter un obstacle important chez ce sujet par ailleurs vif d'esprit et intelligent. Selon l'expert, le trouble

somatoforme indifférencié ne se greffait pas sur une histoire personnelle douloureuse, voire un contexte psychosocial ou familial difficile. De surcroît, il n'y avait pas d'arguments pour un trouble de la personnalité prémorbide significatif. Les quelques éléments anxio-dépressifs chez ce sujet très démonstratif auraient dû réagir favorablement à l'introduction d'un antidépresseur sérotoninergique bien conduit. Le Dr P. \_\_\_\_\_ n'avait pas le sentiment que les éléments qui sortaient du champ médical expliquaient pourquoi l'assuré surinvestissait ses problèmes physiques. Son statut de malade semblait lui offrir de nombreuses solutions à des problèmes de réalité. Les troubles, d'un point de vue psychiatrique, valaient tout au plus pour une incapacité de travail de 20 à 30% dans une activité physique adaptée.

Dans un rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du Service médical régional (ci-après : SMR) du 22 juin 2005, le Dr Z. \_\_\_\_\_ et la Dre O. \_\_\_\_\_ relevaient qu'il s'agissait d'un deuxième examen bi-disciplinaire au SMR où l'assuré se montrait théâtral, démonstratif, oppositionnel et refusait toujours de répondre aux questions. Sur la base de l'observation clinique et en tenant compte du manque de collaboration de l'assuré, les médecins du SMR ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique. Sur la base de leurs observations, ils estimaient que l'assuré ne souffrait d'aucune maladie psychiatrique invalidante qui pouvait justifier une diminution de la capacité de travail. En tenant compte d'une exagération des douleurs chroniques et en dépit de doutes, ils estimaient que l'intéressé avait une capacité de travail exigible de 70% - 80% dans toute activité, en plein accord avec les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr P. \_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical du 11 août 2005 adressé à l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_, chef de clinique, et la Dre H. \_\_\_\_\_, médecin-assistante à l'Unité de psychiatrie ambulatoire (UPA) [...], qui suivaient l'assuré depuis le 7 juillet 2003, posaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4); ils évaluaient l'incapacité de travail à 100%, tant dans l'activité habituelle de manœuvre

que dans toute autre activité professionnelle, l'état dépressif de l'assuré associé à des troubles somatoformes, le ralentissement psychomoteur, l'irritabilité accrue, les difficultés de tenir le focus, l'impossibilité de contrôler ses impulsions et sa colère, les idées de persécution fluctuantes s'avérant des limitations fonctionnelles qui l'empêchaient de s'investir dans un régime de travail.

Dans son rapport d'expertise complémentaire du 25 juillet 2006, le Dr P. \_\_\_\_\_ décrivait les constatations opérées lors des examens cliniques du 10 novembre 2005 et du 20 mars 2006, qui lui permettaient d'affirmer qu'il n'y avait pas d'éléments pour une anxiété généralisée ou un trouble panique tel que défini par le DSM IV, ni d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique. Il posait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'éventuel état dépressif et retenait que l'activité exercée jusqu'ici était toujours exigible à 80%, en précisant qu'il n'y avait pas de diminution de rendement sur un tel taux d'activité. Il relevait notamment que, tout comme ses confrères du SMR qui avaient examiné l'assuré le 7 avril 2005 et le 8 juin 2005, il avait à faire à un sujet démonstratif, oppositionnel, geignard, créant une agitation manifeste dans le cabinet. Malgré l'importance des plaintes ainsi que son comportement, se dégagait un sentiment d'inauthenticité important. De son point de vue, l'assuré n'était pas au bout de ses revendications puisqu'il semblait s'être définitivement ancré dans son statut d'invalidé. Tout donnait lieu à penser que rien n'évoluerait tant qu'il n'aurait pas obtenu une rente.

Dans un rapport médical du 27 mai 2008, le Dr D. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint à l'UPA [...], posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), et exposait notamment que, du point de vue clinique, il observait une symptomatologie dépressive sévère et persistante sous forme d'anhédonie, d'aboulie, d'irritabilité, sentiment de désespoir important, troubles du sommeil avec idéation suicidaire fluctuante, ainsi que, d'autre part, une symptomatologie anxieuse sévère avec signes neurovégétatifs

tels que transpiration profuse, tremblements des deux mains et barre thoracique.

Par décision du 29 avril 2008, confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois du 17 février 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations en retenant une capacité de travail de l'ordre de 80% dans toute activité, n'ouvrant pas le droit à une rente.

**B.** Le 20 juillet 2011, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations, sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 15 juillet 2012.

Après avoir écarté le diagnostic de modification durable de la personnalité non objectivé, le SMR a constaté que le diagnostic d'épisode dépressif sévère avait déjà été investigué lors de la première demande et, s'agissant de l'atteinte somatique sous forme de trouble statique cervical et lombaire associé à un spondylolisthesis L4-L5 avec un rétrécissement canalaire, sa fréquence et sa banalité à l'âge de l'assuré ne pouvait pas avoir de caractère incapacitant hormis une gravité particulière qui aurait justifié une prise en charge thérapeutique spécifique documentée par un rhumatologue et/ou un neurochirurgien ; or aucun élément médical n'était fourni pour étayer le degré de gravité d'une telle atteinte à la santé. Quant à la baisse de l'acuité auditive de 75%, pour laquelle l'assuré a bénéficié de moyens auxiliaires, des limitations fonctionnelles étaient à retenir à savoir l'évitement d'une ambiance de vie trop bruyante.

**C.** Le 28 avril 2015, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations en raison de problèmes d'ordre orthopédique et de troubles psychiques existant depuis 2009. Il a produit plusieurs documents médicaux à l'appui de sa demande.

L'assuré a subi une cure de hernie inguinale gauche le 30 décembre 2014.

Puis, une IRM de la colonne lombaire du 2 juillet 2013 effectuée par la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a présenté un canal lombaire rétréci en L4-L5 d'origine mixte discal et sur spondylarthrose sans rétrécissement neuroforaminal associé, ainsi qu'une protrusion discale D11-D12, D12-L1 associée à une spondylarthrose en D11-D12 imprimant la composante liquidienne du sac dural.

Le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, qui a vu l'assuré en consultation ambulatoire le 9 mai 2014, a constaté qu'une IRM lombosacrée du 2 mai 2014 montrait un canal lombaire sévèrement étroit en L3-L4 sur arthrose facettaire et hypertrophie du ligament jaune, ainsi qu'une anté-listhésis dégénérative de L3 sur L4. Il a conclu que le patient présentait une claudication neurogène ainsi que des lombalgies mécaniques sur ce canal lombaire et lui a proposé une décompression de ce canal avec fixation de ce segment par le biais d'une intervention chirurgicale.

Sur le plan psychiatrique, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F 62T), canal lombaire sévèrement étroit avec indication chirurgicale à une décompression avec fixation de segment, dans un bref rapport du 12 mai 2015. L'incapacité de travail était estimée à 100%, l'état de santé psychique et physique de l'intéressé se péjorant, avec des difficultés à la marche et des douleurs en position assise, ainsi qu'une aggravation de la symptomatologie dépressive depuis quelques mois.

Le 13 mai 2015, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a également attesté d'une incapacité de travail de 100% en raison de lombalgie sévère, F33.2 (trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques) et cervicalgie, précisant que l'état de santé psychophysique de l'assuré s'aggravait, qu'il avait des difficultés à marcher plus de 200 mètres, qu'il utilisait une canne et qu'il avait de fortes douleurs au niveau des genoux, le dos et en position assise.

Amené à se prononcer sur ces documents, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a constaté le 25 août 2015 que la pathologie liée au canal lombaire sévèrement rétréci consistait en un fait nouveau justifiant d'entreprendre l'instruction du cas, notamment l'interpellation du Dr U.\_\_\_\_\_ sur la capacité de travail de l'assuré, que l'opération ait eu lieu ou pas, et du Dr D.\_\_\_\_\_ pour une description clinique complète de l'anamnèse, du status psychiatrique et du traitement.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ a indiqué le 2 septembre 2015 que l'assuré présentait plusieurs problèmes physiques et psychiques, raisons pour lesquelles l'opération de la colonne vertébrale proposée par le Dr U.\_\_\_\_\_ n'avait pas pu être effectuée.

Dans un rapport du 8 février 2016, le Dr D.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics F33.2 (trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques) et F62T (modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique) existant depuis 2004 et de canal lombaire sévèrement étroit, ainsi que l'incapacité de travail entière depuis de nombreuses années en raison de symptômes dépressifs et de douleurs rachidiennes. Il a noté que l'état psychique de l'assuré s'aggravait, sous forme de symptômes dépressifs de plus en plus importants tels qu'une anhédonie, aboulie, sentiment de désespoir, trouble du sommeil, irritabilité. Il a ajouté qu'il avait d'importantes difficultés à la marche avec des douleurs dorsales en augmentation. Il a souligné que l'assuré devrait bénéficier d'une rente AI car il était évident que le handicap psychique et physique rendaient une quelconque activité impossible.

La situation a été à nouveau soumise au Dr M.\_\_\_\_\_ qui a conclu, dans un avis du 17 février 2016, à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique, quand bien même les diagnostics émis par le psychiatre traitant n'étaient pas documentés.

Une expertise pluridisciplinaire a ainsi été confiée par l'OAI au centre médical [...] à [...]. Les Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et N.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie ont déposé leur rapport le 23 novembre 2017. Après avoir fait une analyse complète des pièces médicales, relevé les plaintes de l'assuré et procédé à des examens cliniques, les experts ont conclu que l'assuré présentait une douleur rachidienne globale du rachis cervical au rachis lombaire et irradiant au membre inférieur droit. Ils ont relevé que la présentation était extrêmement démonstrative et non systématisée, avec de nombreuses incohérences dans l'expression des plaintes, l'attitude de l'assuré et la réalisation de l'examen clinique.

Selon les experts, il y avait visiblement une exagération des symptômes et une incohérence dans l'examen clinique. Ils ont ainsi noté qu'en 2003 la douleur était à gauche et qu'elle était maintenant à droite ; que l'assuré se déshabillait en levant les bras normalement, alors que l'examen des épaules était impossible au-delà de 40° d'abduction ; que le pétrissage de la jambe droite était normal, alors que la flexion de hanche était impossible ; que l'assuré était capable de mettre ses chaussures, alors qu'il ne pouvait mettre son pantalon sans aide ; puis, qu'il était capable de conduire alors que sa jambe droite était raide en permanence. Enfin, s'il n'y avait pas de signe de travail récent, la musculature était parfaitement conservée aux membres supérieurs.

L'expertise psychiatrique a conclu à l'absence de diagnostic qui pouvait être validé par des critères cohérents autre qu'une accentuation narcissique et immature de la personnalité (Z73.1). Les experts ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthrose cervicale (2003) et d'arthrose lombaire associée à un spondylolisthésis L4-L5 et rétrécissement du canal lombaire (3 juillet 2013). Ils ont retenu les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de diverticulose colique, stéatose hépatique, status après cure de hernie inguinale gauche, obésité exogène et personnalité accentuée narcissique et immature (Z73.1). Ils ont considéré que l'assuré bénéficiait

d'une incapacité de travail totale dans son activité habituelle mais d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée depuis 2003. Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles étaient celles d'une marche limitée à 50 mètres, pas de piétinement prolongé, l'absence de ports de charges supérieures à 10 kg proche du corps et pas d'efforts de soulèvement.

Dans son rapport du 11 décembre 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_ a constaté que les experts avaient clairement fait apparaître le comportement exagérément démonstratif de l'assuré ainsi que les contradictions entre les limitations alléguées et les observations cliniques. Il a relevé que, sur le plan psychiatrique, l'expert J.\_\_\_\_\_ avait fait les mêmes constats que les experts précédents ; en outre les taux sériques des psychotropes que l'assuré était réputé prendre de longue date étaient presque indétectables. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a adhéré aux conclusions de l'expertise selon lesquelles des activités respectueuses des limitations fonctionnelles cohérentes avec les atteintes à la santé objectives étaient exigibles à un taux limité à 80% compte tenu de l'important déconditionnement qu'avait entraîné le très long éloignement de l'assuré de toute activité, même domestique.

Par projet de décision du 11 juin 2018, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité en retenant une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle dès mai 2014 et une ouverture du droit à la rente fixée au 1<sup>er</sup> octobre 2015, date à laquelle l'assuré présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 69'168 fr. 15 (fondé sur l'ESS 2014, TA1, secteur 2, niveau de compétence 1, branche 41-43 construction, hommes, indexé à 2015) et d'un revenu avec invalidité de 53'375 fr. 15 (ESS 2014, TA1, chiffre total, niveau de compétence 1, hommes, indexé à 2015), le degré d'invalidité a été arrêté à 23%, ce qui ne donnait pas droit à une rente. Le droit aux mesures professionnelles a été nié dès lors qu'aucune de ces mesures ne permettrait de réduire le préjudice économique.

Par le biais de son conseil, Me Paul-Arthur Treyvaud, l'assuré a présenté des objections contre ce projet, sollicitant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise afin qu'il soit tenu compte de manière adéquate des effets du rétrécissement du canal lombaire, en se référant au rapport médical du Dr U.\_\_\_\_\_.

Dans un avis du 27 août 2018, le Dr M.\_\_\_\_\_ a constaté que, dans son rapport du 12 mai 2014, le Dr U.\_\_\_\_\_, neurochirurgien, avait indiqué que l'assuré avait un périmètre de marche de 50 m, une claudication neurogène, en relation avec un canal lombaire sévèrement étroit en L3-L4 sur arthrose facettaire et hypertrophie du ligament jaune ; ce médecin notait également un anté-listhésis d'origine dégénérative de L3 sur L4. Le neurochirurgien proposait une opération décompressive et stabilisatrice, qui n'avait jamais été réalisée. Or, selon le Dr M.\_\_\_\_\_, les affirmations du Dr U.\_\_\_\_\_ laissaient songeur dès lors que les rapports d'IRM lombaire du 21 juillet 2013 et du 5 mai 2014 faisaient état d'une situation stationnaire au sens d'un canal lombaire rétréci secondaire modéré à sévère en L4-L5, sans rétrécissement neuroforaminal. Dans ces conditions, le médecin du SMR a estimé qu'il n'y avait pas lieu de trop s'attarder sur la question du niveau auquel le canal lombaire était rétréci ; cependant l'objectivité sur dossier forçait à conclure que la description des lésions radiologiques que donnait le Dr U.\_\_\_\_\_ n'était pas corroborée par l'analyse faite de la même région anatomique par une radiologue ; or, en matière de radiologie, le regard du spécialiste en imagerie primait sur celui du praticien issu d'une autre spécialité. La question du niveau du rétrécissement du canal lombaire n'était certes pas d'un intérêt fondamental mais la question de la gravité du rétrécissement l'était certainement et à ce propos, l'appréciation du neurochirurgien et celle du radiologue différaient ; de plus, et cela était d'importance en termes de biomécanique et par conséquent de tolérance mécanique du rachis, le Dr U.\_\_\_\_\_ avait conclu à un anté-listhésis (synonyme de spondylolisthésis) de L3 sur L4 que la radiologue ne décrivait ni à ce niveau-là ni au niveau L4-L5. Seule la radiographie standard du rachis lombaire du 21 juillet 2010 démontrait un pseudospondylolisthésis L4-L5 [= spondylolisthésis dégénératif] qui n'apparaissait donc pas sur les IRM lombaires ultérieures.

On ne pouvait donc pas inférer du rapport médical du Dr U.\_\_\_\_\_ que l'atteinte lombaire était totalement incapacitante et que les experts [...] étaient dans l'erreur en reconnaissant une capacité de travail exigible de l'ordre de 80% dans une activité professionnelle adaptée, respectant les limitations fonctionnelles usuelle aux problèmes lombaires dégénératifs et annoncés par l'assuré lui-même en termes de périmètre de marche par exemple. En outre, les experts [...] faisaient apparaître le comportement démonstratif de l'assuré et des incohérences qui forçaient à dissocier les images radiologiques des retombées fonctionnelles qui pouvaient en découler. Ainsi, l'assuré avait tenu à rester debout pendant tout l'examen de médecine interne ; or, la sémiologie élémentaire du canal lombaire rétréci était précisément l'intolérance à la position debout immobile ; de plus, les experts décrivaient que l'assuré maintenait en permanence sa jambe droite en extension lors de la marche et de l'habillage ou en permanence fléchie avec des contre-pulsions musculaires importantes. Ces constatations ne correspondaient pas non plus à la symptomatologie qu'on pouvait imputer à un canal lombaire étroit puisque cette pathologie, lorsqu'elle avait des conséquences cliniques cohérentes se manifestait par des déficits de force lors de la marche, mais jamais par des contractures musculaires et une augmentation de la force en décubitus. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a par conséquent maintenu ses précédentes conclusions.

Par décision du 12 octobre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré sur la base des indications données dans son projet de décision.

**B.** Par acte du 16 novembre 2018, R.\_\_\_\_\_, toujours représenté par son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation ou à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée. Il a produit un courrier du 31 octobre 2018 du Dr D.\_\_\_\_\_ indiquant qu'il a suivi l'assuré depuis 2004 en raison d'un trouble dépressif récurrent sévère et que l'état psychique de l'intéressé se péjorait sous forme d'une aggravation de la symptomatologie dépressive ; ce médecin a ajouté que depuis qu'il le connaissait, soit depuis 2004, l'assuré était

clairement dans l'incapacité de travailler à 100%, de sorte qu'il lui paraissait tout à fait incompréhensible que ce patient n'ait pas pu bénéficier d'une rente AI.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 17 janvier 2019.

Dans un courrier du 8 février 2019, le recourant a maintenu ses conclusions.

### **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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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.** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle.

**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.

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).

**d)** 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).

**e)** Selon la jurisprudence récente, 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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a 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 du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

**f)** 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).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une

expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4. a)** En l'espèce, l'évaluation de l'état de santé du recourant doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'OAI du 29 avril 2008, confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois du 17 février 2010. On rappelle que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant avait été posé, avec une problématique algique mal systématisable et exprimée sur un mode démonstratif dégageant un sentiment d'inauthenticité important conduisant l'intimé à retenir une exagération des symptômes. Une capacité de travail résiduelle de 80% dans son activité habituelle avait été

reconnue au recourant, aucune limitation fonctionnelle n'étant retenue sur le plan somatique compte tenu de l'absence d'origine organique des douleurs.

**b)** Dans la décision attaquée aujourd'hui, l'office intimé a estimé que le recourant disposait désormais d'une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues sur le plan somatique, ne justifiant pas l'octroi d'une rente d'invalidité (degré d'invalidité de 23%).

Pour sa part, estimant avoir droit à une rente entière d'invalidité, le recourant conteste l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail en opposant l'avis de ses médecins sur la question.

**c)** L'intimé a fondé ses conclusions sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée le 23 novembre 2017 par [...].

On relève d'emblée que les experts ont pris des conclusions motivées, reposant sur une anamnèse circonstanciée, tenant compte des plaintes de l'assuré et après avoir effectué des examens complémentaires, puis avoir clairement décrit le contexte médical, de sorte que le rapport d'expertise remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit attribuée.

Chaque expert a fait ses propres constatations et un consensus a été trouvé pour les conclusions finales.

**aa)** L'examen rhumatologique a révélé notamment que tout mouvement demandé au niveau des épaules était le siège d'une douleur importante si bien que tous les tests à la recherche d'une atteinte tendineuse étaient voués à l'échec et impossibles à réaliser correctement. L'examen du genou droit était quasiment impossible puisque sa flexion était empêchée par une résistance importante ; il en était de même de l'examen de la hanche droite. La palpation du rachis était curieusement peu douloureuse avec des muscles paravertébraux relativement souples

jusque dans la partie inférieure du rachis lombaire ; l'expert a déclenché simplement une douleur lombaire basse franchement latéralisée du côté droit. Le mouvement du rhabillage s'est traduit par une mobilité des épaules quasi normale, l'assuré effectuant les mouvements classiques pour enfiler une chemise avec abduction au-delà de la ligne de 90° des épaules, alors que, lors de l'examen clinique, l'abduction était limitée à 30° ou 40° ; en revanche, l'assuré a demandé à l'expert de l'aider à enfiler son pantalon car sa jambe droite était totalement raide et il ne pouvait la fléchir, ce qui ne l'empêchait toutefois pas de remettre ses chaussures seul sans aide.

A l'issue de son examen, l'expert rhumatologue n'a décelé aucun signe de fibromyalgie puisque les douleurs étaient labiles et aucun point retrouvé dans la fibromyalgie n'était vraiment précisé au cours de cet examen. Par ailleurs, il a indiqué que la diffusion de la douleur et sa labilité contredisait ce diagnostic, ainsi qu'une asthénie rarement matérialisée dans le discours de l'assuré et un trouble du sommeil qui manquait de précisions. L'expert a noté de nombreuses incohérences dans l'attitude de l'assuré et son examen clinique, en particulier un déshabillage et une mobilité des épaules normale et parallèlement une impossibilité quasi complète de pouvoir l'examiner correctement, soit une impossibilité d'obtenir un mouvement d'abduction au-delà de 30° à 40°. Une autre incohérence résultait de l'absence de douleur au pétrissage de la hanche droite qui manifestait une normalité de l'articulation mais également des muscles environnants alors qu'il était quasiment impossible de lui fléchir cette hanche. Il était également très difficile de conduire, même dix minutes comme l'indiquait l'assuré, avec une jambe raide, surtout droite.

Ainsi, selon l'expert rhumatologue, l'assuré présentait un spondylolisthésis L4-L5 avec un canal lombaire rétréci, ce qui constituait une pathologie très fréquente mais dont les signes cliniques étaient très variables. La principale complication clinique de ce canal lombaire rétréci était une claudication neurologique se traduisant par une faiblesse des membres inférieurs ou d'un membre inférieur survenant à la marche. Les manifestations cliniques alléguées par l'assuré étaient toutefois trop

vagues et diffuses et ne permettaient pas d'affirmer avec certitude les complications cliniques et le retentissement clinique de ce canal étroit. Devant la richesse de la symptomatologie, sa présentation extrêmement démonstrative et labile et les incohérences de l'examen clinique par rapport à l'attitude de l'assuré, l'expert a considéré qu'il y avait lieu d'examiner s'il existait des facteurs extérieurs expliquant ces constatations, ajoutant qu'en tout état de cause, il existait une exagération. Néanmoins et compte tenu des observations au niveau radiologique, à savoir une arthrose cervicale et spondylolisthésis L4-L5, les limitations fonctionnelles étaient celles de la marche limitée, l'absence de ports de charges ou d'efforts de soulèvement, étant précisé que la position assise lui semblait pouvoir être maintenue au-delà d'une heure. Ainsi, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière et elle était nulle comme ouvrier du bâtiment.

**bb)** Lors de l'examen psychiatrique, l'expert a observé que le déplacement de l'assuré jusqu'à la salle d'examen s'effectuait avec une lenteur inouïe et un boitement excessif. L'expert a constaté qu'il y avait visiblement une présentation exagérée de la maladie ; il ne pouvait pas récolter les informations médicales nécessaires, l'assuré prétendant tout oublier. Il a relevé que la façon de penser se déroulait en deux modes : quand il s'agissait des symptômes, l'assuré quittait le cadre réellement compréhensible, et quand il s'agissait de petites choses quotidiennes, il pouvait parler tout à fait normalement, l'assuré pouvant montrer alors une affectivité normale. L'expert a noté que, par moments, l'assuré était très impulsif durant l'entretien et que, de façon générale, toute cette auto-présentation coûtait de l'énergie, alors qu'un patient réellement dépressif de degré moyen ne se comporterait pas ainsi.

Au final, mis à part une accentuation narcissique et immature de la personnalité (Z73.1), l'expert psychiatre n'a pas vu d'autres diagnostics qu'il pouvait valider par des faits observables chez l'assuré. Il a indiqué qu'il existait chez l'assuré une blessure narcissique issue de son travail professionnel qui avait créé un dérèglement dans le système familial. Ainsi, pour ne pas perdre la face en tant que point fort de la famille, le

recourant avait endossé le rôle de malade, d'abord sur le plan somatique et ensuite sur le plan psychique. Il avait incorporé finalement avec rigueur le rôle du souffrant sur tous les fronts dans la famille, son épouse devant assumer le rôle d'infirmière. Selon l'expert, le diagnostic de trouble somatoforme persistant ne pouvait pas être retenu car la symptomatologie mise en avant était tellement massive que les critères spécifiques étaient impossibles à mettre en évidence. Il a conclu en outre que, comme par le passé, l'expertise psychiatrique n'arrivait pas à mettre en évidence une personnalité spécifique, ni un trouble psychiatrique avéré.

L'expert psychiatre n'a donc pas posé de diagnostic d'une atteinte qui présenterait un degré de gravité fonctionnel justifiant la prise en compte de limitations fonctionnelles sur ce plan et ayant une incidence sur la capacité de travail.

**cc)** L'examen de médecine interne a révélé en particulier que le discours de l'intéressé était constellé d'oublis, de plaintes, et quand l'expert lui demandait d'aller plus dans le spécifique, le recourant ne savait pas. Il est noté que toute la consultation s'était déroulée en position debout, l'assuré s'étant assis seulement une fois pendant quelques secondes. Sur le plan de l'ORL, l'expert a relevé que l'assuré ne portait pas ses appareillages malgré une diminution de l'audition bilatérale. Enfin, l'examen neurologique était très peu fiable car le recourant était très démonstratif et refusait de faire certains examens demandés. Il a encore été souligné le manque de coopération de l'expertisé.

Ainsi, l'expert en médecine interne a retenu que l'assuré présentait une hypertension artérielle légère, stéatose hépatique dans le cadre de son obésité. L'investigation et la recherche d'un probable syndrome d'apnées du sommeil dû à son obésité n'avait pas été possible car l'assuré n'était pas coopérant. L'expert a relevé que l'intéressé ne se plaignait toutefois pas de fatigue, ni de somnolence diurne ; ses plaintes étaient surtout dirigées vers son problème lombo-radiculaire droit. Le

recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée du point de vue de l'interniste.

**dd)** Les experts ont encore pris en compte les éléments suivants.

Hors du champ médical, ils ont en outre relevé que l'assuré n'avait plus travaillé depuis le 18 décembre 2002 et qu'il n'avait pas l'intention de reprendre une activité. Par ailleurs, il ne faisait aucun effort de ménage. Le recourant n'avait en outre aucune difficulté d'ordre social directement à l'origine de problèmes fonctionnels. Il n'avait pas de formation professionnelle, s'exprimait mal en français même s'il se faisait très bien comprendre et n'exprimait aucune intention de reprendre le travail. Il était entouré de sa famille, mais semblait trouver un avantage certain à sa situation actuelle. L'assuré disposait d'une personnalité accentuée narcissique et immature et sa régression extrême était favorisée par le contexte familial.

Dans ses activités quotidiennes, l'assuré allait se promener plusieurs fois par jour avec son épouse, il l'accompagnait pour faire les courses, il regardait la télévision et se reposait sur le canapé. Il mangeait avec son épouse, qui préparait les repas et l'aidait à se doucher. Il ne faisait absolument aucun travail de ménage, ni de cuisine, et conduisait mais rarement et jamais plus de 5 à 10 km. Il indiquait ne pas avoir de vie sociale ni de loisir.

Pour ce qui concerne les traitements suivis, il est indiqué que l'assuré ne se souvenait pas de tous les médicaments qu'il prenait mais qu'il s'était présenté avec des crèmes et un appareil auditif qu'il avait enlevé car son oreille gonflait. Il suivait un traitement par physiothérapie à raison de deux séances par semaine et voyait son psychiatre deux fois par mois. Le monitoring médicamenteux a révélé que les taux de Clotiapine et de Olanzapine étaient nettement en-dessous de la norme thérapeutique. Les experts en ont déduit que le recourant s'était globalement montré coopérant au cours des thérapies effectuées, sauf pour la médication

psychotrope. Ils ont ajouté qu'il n'y avait pas d'option thérapeutique encore ouverte du point de vue psychiatrique en l'absence de diagnostic invalidant retenu, tout en rappelant que l'assuré ne prenait pas ses médicaments psychotropes. Une infiltration épidurale pour le canal lombaire rétréci et la poursuite de la rééducation étaient indiquées sur le plan somatique.

Enfin, les experts ont indiqué que les mesures de réadaptation étaient parfaitement exigibles et devaient être progressives étant donné la faible volonté du recourant.

**ee)** Après ces examens circonstanciés, les experts ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthrose cervicale (2003) et d'arthrose lombaire associée à un spondylolisthesis L4-L5 et rétrécissement du canal lombaire (3 juillet 2013). Ils ont retenu les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de diverticulose colique, stéatose hépatique, status après cure de hernie inguinale gauche, obésité exogène et personnalité accentuée narcissique et immature (Z73.1). Ils ont considéré que le recourant bénéficiait d'une incapacité de travail totale dans son activité habituelle mais d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée depuis 2003. Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles sont celles d'une marche limitée à 50 mètres, pas de piétinement prolongé, l'absence de ports de charges supérieures à 10 kg, proche du corps, et pas d'efforts de soulèvement.

On constate que les conclusions des experts se fondent sur des éléments objectifs. Il est uniformément relevé par les experts que l'assuré est très démonstratif et formule beaucoup de plaintes, toujours mal systématisées, ce qui résultait déjà de l'expertise réalisée par le Dr P.\_\_\_\_\_ ainsi que de l'examen clinique effectué par les Dr Z.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, dont les constatations sont comparables à cet égard avec celles des experts. Ces derniers ont clairement constaté des exagérations dans le comportement du recourant. En outre, ils ont souligné de nombreuses incohérences entre les limitations annoncées par l'assuré et les résultats des examens. Parmi les autres exemples pertinents déjà cités

plus haut, on remarque en outre que le recourant a déclaré à l'expert rhumatologue que la position debout était pénible, l'obligeant à s'allonger, alors qu'il est resté debout pendant presque tout l'examen auprès du spécialiste en médecine interne. Les experts ont posé les diagnostics, puis, à la lumière des observations faites, ils ont dûment déterminé le degré de gravité fonctionnel des atteintes.

Les conclusions des experts reposent ainsi sur des constatations circonstanciées et on ne saurait s'en écarter sans éléments objectifs.

**ff)** Les avis des médecins traitants ne remettent pas en cause sérieusement les conclusions des experts.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu le même diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode sévère depuis 2008, qu'il a indiqué être en aggravation et auquel il a ajouté le diagnostic de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, avec les mêmes effets sur la capacité de travail qu'en 2008. Les symptômes décrits sont identiques, à savoir l'anhédonie, aboulie, sentiment de désespoir, trouble du sommeil, irritabilité. Or, dans la précédente décision de refus de rente, son avis avait déjà été écarté car la mise au premier plan de la symptomatologie anxio-dépressive reposait essentiellement sur l'établissement d'un lien thérapeutique de confiance. Ce constat est toujours valable actuellement. On relève en outre que ses avis sont peu étayés, ne contiennent pas d'observations objectives et constituent de véritables plaidoyers en faveur de l'octroi d'une rente AI.

Les différences de diagnostics expliquent également les différences dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail. L'appréciation du psychiatre traitant n'est toutefois pas de nature à remettre sérieusement en cause l'appréciation objective des experts, qui ont examiné la question de la capacité de travail, non pas simplement en considérant que les pathologies induisent une incapacité de travail totale mais en appréciant le degré de gravité fonctionnel, en déterminant la

cohérence des plaintes de l'assuré et son comportement et en excluant les facteurs contextuels non médicaux qui empêchent l'assuré de reprendre une activité professionnelle.

Ainsi, dans la mesure où le psychiatre traitant s'est fondé dans ses différents avis médicaux sur les seules plaintes du recourant, sans aucune distanciation objective et sans apporter de critiques fondées quant aux constatations des experts ou celles du médecin du SMR, ses conclusions n'ont pas de valeur probante permettant de jeter le doute sur celles des experts et du SMR.

Pour ce qui concerne le plan somatique, le Dr V. \_\_\_\_\_ n'a pas indiqué pour quels motifs le recourant serait incapable d'exercer toutes activités. Quant au Dr U. \_\_\_\_\_, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant. Il a proposé une intervention chirurgicale, soit une décompression du canal lombaire rétréci avec fixation du segment concerné, finalement pas réalisée par le recourant. L'expert rhumatologue a souligné à cet égard que les manifestations cliniques alléguées par l'assuré étaient trop vagues et diffuses et ne permettaient pas d'affirmer avec certitude les complications cliniques et le retentissement clinique de ce canal étroit. Dans le doute, il a ajouté qu'il était heureux que l'assuré n'ait pas été opéré. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a également remis en cause l'avis du Dr U. \_\_\_\_\_ dès lors que les rapports d'IRM lombaire du 21 juillet 2013 et du 5 mai 2014 faisaient état d'une situation stationnaire au sens d'un canal lombaire rétréci secondaire modéré à sévère en L4-L5 sans rétrécissement neuroforaminal. Il en a déduit que la description des lésions radiologiques que donnait le neurochirurgien n'était pas corroborée par l'analyse faite de la même région anatomique par une radiologue, le regard de la spécialiste en imagerie devant primer sur celui du praticien issu d'une autre spécialité. Puis, s'agissant de la capacité de travail remise en cause en raison de cette atteinte en particulier, il a rappelé que le recourant avait tenu à rester debout pendant tout l'examen de médecine interne alors que la sémiologie élémentaire du canal lombaire rétréci était précisément l'intolérance à la position debout immobile. De plus, le Dr M. \_\_\_\_\_ a

noté que les experts décrivaient que l'assuré maintenait en permanence sa jambe droite en extension lors de la marche et de l'habillage ou en permanence fléchie avec des contre-pulsions musculaires importantes. Or, ces constatations ne correspondaient pas non plus à la symptomatologie qu'on pouvait imputer à un canal lombaire étroit puisque cette pathologie, lorsqu'elle avait des conséquences cliniques cohérentes, se manifestait par des déficits de force lors de la marche, mais jamais par des contractures musculaires et une augmentation de la force en décubitus.

Compte tenu de ce qui précède, contrairement à ce qu'invoque le recourant, il n'y a pas de doute quant aux effets du rétrécissement du canal lombaire justifiant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Les limitations fonctionnelles retenues tiennent suffisamment compte du degré de gravité fonctionnel des atteintes reconnues.

**gg)** C'est ainsi à bon escient que le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé que les experts avaient clairement fait apparaître le comportement exagérément démonstratif de l'assuré ainsi que les contradictions entre les limitations alléguées et les observations cliniques. Il a ajouté que les taux sériques des psychotropes que l'assuré était réputé prendre de longue date étaient presque indétectables. Le Dr M. \_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions de l'expertise selon lesquelles le recourant dispose d'une capacité de travail dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles à un taux limité à 80% compte tenu de l'important déconditionnement qu'a entraîné le très long éloignement de l'assuré de toute activité, même domestique.

**d)** Au vu de l'ensemble de ce qui précède, l'OAI était fondé à retenir une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précisées par les experts et d'ailleurs pas sérieusement remises en doute par les autres médecins ni par le recourant.

En conséquence, la situation s'est péjorée depuis la dernière décision en ce sens que le recourant a perdu toute capacité de travail dans son activité habituelle, ce qui justifie une révision.

**5.** Cela étant constaté, il s'agit ensuite de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

**a)** L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**b) aa)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectué s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS). On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; MARGIT MOSER-SZELESS, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, nos 25 et 33 *ad* art. 16).

**bb)** L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyens de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

**c)** En l'occurrence, l'office intimé a comparé un revenu sans invalidité de 69'168 fr. 15 avec un revenu d'invalidité de 53'375 fr. 15 (montant qui correspondait à une activité à 80%), pour aboutir à un degré d'invalidité de 23 %. Le recourant n'a pas présenté de grief sur ces points. Les valeurs de référence découlant de l'ESS 2014, indexées à 2015, peuvent être validées. Cependant, le revenu d'invalidité n'intègre aucun abattement, alors qu'on pourrait déduire 10% afin de tenir compte de l'âge et éventuellement du taux d'activité restreignant les perspectives salariales du recourant. Toutefois même en tenant compte d'un tel abattement, le taux d'invalidité serait de l'ordre de 30% soit encore bien dessous des 40% qui ouvrent le droit à la rente.

**6. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**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 du recourant, qui succombe.

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 12 octobre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de R. \_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud (pour R. \_\_\_\_\_)
- E. \_\_\_\_\_
- 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 :