

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juillet 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Gutmann et Riesen, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, représenté par Me Christine Graa, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 17, 18 et 28 al. 1 LAI ; 87 al. 1 RAI

E n f a i t :

A. **a)**D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est marié et père de quatre enfants (nés en 1996, 1998, 2010 et 2012). Sans formation professionnelle, il a notamment travaillé comme magasinier pour le compte de la société F. _____, du 1^{er} novembre 2003 au 31 octobre 2004. Sans travail, il a été indemnisé par le chômage, du 1^{er} novembre 2004 au 29 mai 2006 (fin de droit). Bénéficiaire du revenu d'insertion (RI) depuis le mois de juin 2006, il était suivi par le Centre Social Régional (CSR) de [...], à [...].

Le 19 juin 2006, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en raison de « hernie discale et divers » depuis 2005. Il a retiré sa demande en mars 2007 car il avait retrouvé un nouvel emploi dès le 6 novembre 2006 comme magasinier / chauffeur-livreur chez le fabricant de machines pour l'industrie solaire A. _____, à [...], et qu'il ne souhaitait pas « être à l'AI ».

b) Le 12 novembre 2009, D. _____ a déposé une deuxième demande de prestations AI tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel (MOP) dans le cadre d'une détection précoce initiée en raison de trois hernies discales depuis février 2009 et d'une dépression réactionnelle. Il a présenté les incapacités de travail suivantes :

- 100 %, du 15 mai 2009 au 12 août 2009 ;
- 50 %, du 13 au 21 août 2009 ;
- 100 %, du 22 au 30 août 2009, puis ;
- 50 % dès le 31 août 2009.

Aux termes du questionnaire complété le 23 novembre 2009 à l'intention de l'OAI, l'employeur de l'assuré a indiqué que les rapports de travail prendraient fin au 31 janvier 2010 pour cause de licenciement collectif pour des raisons économiques.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré depuis 2006. Dans son rapport du 26 novembre 2009, ce praticien a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques, antérieures à 2006 ; status post-hémi-lamectomie L5 pour cure de hernie discale L5-S1, existant depuis 2009 ; surdité brusque droite idiopathique, existant depuis 2008 et état dépressif moyen à sévère avec trouble de l'adaptation, existant depuis 2009. Il a notamment précisé que l'intensité des douleurs n'était pas corrélée à un substrat organique clair. Elles témoignaient vraisemblablement d'un syndrome de conversion somatoforme. L'incapacité de travail dans l'activité de chauffeur-livreur était de 100 % du 15 au 31 octobre 2009, puis de 50 % du 1^{er} novembre 2009 au 31 décembre 2009. A la question « Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail ? », il a répondu oui, à 100 %, dès « courant 2009 mais au chômage ».

L'OAI a informé l'assuré de son droit à des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle et a pris en charge les frais pour une orientation effectuée auprès de l'E._____ ([...]) Vaud, du 10 janvier au 12 février 2010 (communication du 17 décembre 2009).

Afin de déterminer le droit de l'assuré à la poursuite du versement d'indemnités journalières, J._____ a requis auprès du W._____ ([...]; ci-après : le W._____) une expertise médicale sur son aptitude au travail. Ce centre a ainsi effectué une évaluation médicale les 10 et 11 décembre 2009 et rendu un rapport le 29 décembre 2009, dont on extrait ce qui suit :

“COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS

Sur le plan somatique, on est frappé par l'intensité de la symptomatologie, sa fluctuation au cours de l'examen et sa complète disparition lorsque l'assuré, ne se sachant pas observé. Il rejoint sa voiture avec une démarche normale.

On relève une obésité (BMI 32.3), une hypertension artérielle traitée, une aréflexie achilléenne droite post cure de hernie discale.

Pas d'évidence objectivable d'une pathologie lombaire.

On notera que bien que l'assuré mentionne prendre 4g de Dafalgan par jour, le médicament n'a pas été détecté à la prise de sang.

Pas d'évidence objectivable d'une pathologie cardiaque ou pulmonaire ou hématologique pour la dyspnée.

Sur le plan psychique, M. D. _____ n'avait pas d'antécédent psychiatrique avant l'épisode actuel. Toutefois il décrit d'importantes angoisses depuis qu'il a été témoin du décès (infarctus) d'un collègue de travail en sa présence. L'assuré n'avait pas fait de demande de prise en charge. Actuellement il présente un épisode dépressif qu'il met en lien avec un contexte difficile notamment des douleurs importantes et un licenciement. Pour cette raison l'assuré a reçu un traitement psychotrope et a été adressé au Docteur H. _____.

A l'examen clinique on observe surtout une importante tension, une angoisse, avec par moments des difficultés respiratoires, une tendance à se mettre la main sur le cœur comme s'il avait des angoisses à ce niveau. Les comportements algiques sont surtout manifestes lors de changements de position mais également en position assise. Il y a une restriction importante du champ de la pensée tant sur les douleurs que sur les angoisses somatiques. L'assuré ne parvient pas à se faire rassurer par ses thérapeutes notamment en ce qui concerne le bon fonctionnement de son cœur.

Le monitoring thérapeutique montre des taux thérapeutiques pour la duloxétine (antidépresseur) et le diclofénac (antalgique) et des taux indétectables pour le paracétamol (antalgique).

Sur la base de ces éléments, nous retenons en premier lieu une somatisation probable (F45.0). L'assuré a d'importantes craintes au niveau de sa fonction cardiaque. Il reste également très préoccupé concernant les douleurs. Le diagnostic différentiel pourrait se faire avec un trouble hypochondriaque ou un état de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ceci génère une très importante anxiété. L'assuré est aussi très préoccupé par la santé de ses proches et il se réveille fréquemment la nuit pour s'assurer que ses enfants se portent bien.

L'assuré présente des éléments d'anxiété généralisée (F41.1). Il se fait constamment du souci, il est constamment tendu. Il est soucieux pour ses proches, doit fréquemment appeler son fils pour savoir où il est quand il voit que ce dernier présente des complications de son asthme. Ce trouble est présent de longue date. Il est plus marqué actuellement.

En revanche il n'y a pas lieu de retenir d'épisode dépressif ni de dysthymie."

Les experts du W._____ n'ont ainsi retenu aucun diagnostic justifiant l'incapacité de travail. Sous la rubrique « autres diagnostics », ils ont retenu les atteintes suivantes : somatisation, anxiété généralisée, obésité, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, status post 3 tympanoplasties, status post opération sur les sinus, status post fracture du tibia gauche, status post opération de hernie discale L5-S1 droite (11.06.09), ancienne maladie ulcéreuse de l'estomac, ancien tabagisme. Ils n'ont retenu aucun diagnostic à investiguer et conclu, sur le plan somatique, à l'absence de limite dans une activité professionnelle adaptée, soit sans port de charges de plus de dix kilos. Sur le plan psychique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. L'assuré pouvait travailler huit heures par jour sans diminution de rendement dans une activité de chauffeur-livreur.

Au vu des conclusions précitées, J._____ a informé l'assuré, par courrier du 12 janvier 2010, de la cessation de sa participation financière au 31 janvier 2010. Elle a transmis le rapport d'expertise à l'OAI.

Dans un rapport médical du 3 février 2010, les médecins du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) ont retenu, comme atteinte principale à la santé, des lombosciatalgies persistantes après cure de hernie discale (L5-S1). La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur dès le 15 mai 2009, mais de 100 % dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de dix kilos, sans porte-à-faux et avec alternance des positions.

Interrogé par l'OAI, le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l'assuré depuis le 4 novembre 2009, a quant à lui posé, dans un rapport médical du 16 février 2010, le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1), ayant des effets sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, il retenait un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). L'anxiété pouvait entraver la capacité de concentration et la flexibilité intellectuelle de l'intéressé. Elle pouvait provoquer des erreurs dans le travail et être démoralisante.

L'assuré devait ainsi éviter, dans son activité professionnelle, les situations d'échec, source de démoralisation et de rechute dépressive éventuelle et d'exacerbation de la symptomatologie anxieuse. L'activité habituelle était encore exigible. La reprise devait être partielle et progressive dans une activité adaptée à sa problématique somatique et psychique afin d'éviter tout échec et une chronicisation de ses troubles. Une activité adaptée était souhaitable le plus tôt possible à 50 %, puis rapidement à 100 %, dans un processus d'adaptation, avec le moins de frustration possible.

De la mesure d'orientation auprès de l'E. _____, il a été dégagé deux pistes professionnelles, soit chauffeur privé et chauffeur-livreur matériel léger (cf. rapport du 22 février 2010).

Par projet du 8 mars 2010, intégralement confirmé par décision formelle du 3 mai 2010, l'OAI a nié le droit de l'assuré à la rente d'invalidité. Il a constaté que ce dernier présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 15 mai 2009. Toutefois, il était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge de plus de dix kilos, pas de porte-à-faux et alternance des positions). Conformément à l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), il résultait de la comparaison entre le revenu d'invalidé - moyennant un abattement de 10 % tenant compte des limitations fonctionnelles - (54'709 fr. 75) et celui que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé dans sa dernière activité (61'633 fr.), une perte gain de 6'923 fr. 25 d'où un degré d'invalidité de 11.23 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Sous réserve d'une aide au placement ouverte le 8 mars 2010 (cf. communication du même jour de l'OAI), des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assuré, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. Cette décision de refus de rente n'a pas été contestée.

Par courrier du 16 novembre 2010, l'OAI a indiqué à l'assuré suspendre l'aide au placement ouverte, l'intéressé n'ayant pas pu être réintégré sur le marché du travail. En effet, les sociétés contactées par l'OAI n'avaient pas été en mesure de donner suite à leur demande ou ne correspondaient pas aux attentes de l'intéressé.

Le 1^{er} juin 2012, le Dr E._____, actuel médecin traitant de l'assuré, a rédigé un courrier en ces termes :

“Demande de mise en route de prise en charge de la détection précoce, l'activité de chauffeur[-]livreur n'étant plus adéquate eu égard aux problèmes de santé rencontrés.”

L'OAI a noté, dans une fiche d'examen interne du 14 juin 2012, qu'il avait déjà été tenu compte d'une incapacité de travail totale dans l'activité de chauffeur-livreur dans la décision du 3 mai 2010. Il devait être procédé à la détection précoce, à la suite de laquelle une demande devait être déposée, s'il en ressortait une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée.

A la suite d'un entretien téléphonique avec l'assuré, l'OAI a relevé, dans un rapport initial de détection précoce indexé le 20 juin 2012, que l'assuré signalait des douleurs présentes tout le temps. Il déclarait ne pas arriver à trouver de poste adapté, mais était désireux de bénéficier du soutien de la part de l'OAI. La conclusion de ce rapport est la suivante :

“M. D._____ nous autorisant à contacter son médecin traitant, nous allons voir avec le SMR pour un contact avec le Dr E._____, afin de déterminer s'il y a eu une modification de l'état de santé depuis 2010 ? En effet, il y aura lieu de faire déposer une nouvelle demande s'il ressort une diminution de la CT [capacité de travail]. Si tel n'est pas le cas, nous pourrions proposer à l'assuré de réactiver l'aide au placement, sur demande écrite de sa part et s'il a entrepris des démarches dans ce sens.”

Après avoir requis l'avis du SMR (avis du 28 juin 2012), l'OAI a, par courrier du 2 juillet 2012, informé l'assuré que le dépôt d'une nouvelle demande AI n'était pas indiqué. En effet, il apparaissait qu'il n'y avait pas d'aggravation de son état de santé entraînant une modification de sa

capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que cela avait été établi dans la décision du 3 mai 2010.

c) Le 28 mars 2013, D._____ a déposé une troisième demande de prestations AI (mesures professionnelles et/ou rente) en indiquant des douleurs articulaires et lombaires ainsi qu'un trouble dépressif, existant depuis 2008.

Dans le cadre de cette nouvelle demande (cf. courrier du 3 avril 2013 de l'OAI), le Dr E._____ a remis à l'OAI un bref courrier, dont la teneur est la suivante :

“Le médecin soussigné certifie que le patient désigné ci-dessus présente une dégradation de son état général sur le plan somatique et surtout psychologique, ainsi qu'une perturbation de son bilan biologique, une nouvelle demande AI paraît dès lors justifiée.”

En annexe à son courrier, le médecin traitant a joint les pièces médicales suivantes :

- un courrier du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé au Dr E._____ le 9 janvier 2013, et dont la teneur est la suivante :

“Je vous remercie de m'avoir adressé votre patient susnommé que j'ai vu à ma consultation le 8 janvier 2013. Il s'agit d'un homme de 39 ans en bonne santé habituelle, que vous suivez pour des raisons psychiatriques et un syndrome métabolique. Il présente un syndrome lombo-vertébral chronique dans les suites d'une cure d'hernie discale en 2009 au CHUV. Ses lombalgies se sont chronifiées, malgré une prise en charge adéquate.

Depuis près de trois ans, il présente également des douleurs mécaniques à l'épaule droite [recte : gauche]. Un bilan par IRM de l'épaule et du rachis montre une discrète arthropathie acromioclaviculaire droite banale, et au niveau du rachis lombaire quelques discrètes protrusions lombaires sans compression radiculaire.

Il présente donc un syndrome lombo-vertébral chronique associé à des douleurs mal systématisées de l'épaule droite [recte : gauche]. Il n'y a aucune indication à un quelconque geste invasif tant pour son épaule que pour son rachis, les plaintes évoquant beaucoup plus

une problématique de surcharge dans un contexte psychosocial défavorable. [...]” ;

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) cervicale du 15 mars 2013, établi par le CID ([...]) SA le même jour, dont la conclusion est la suivante :

“En C3-C4, discopathie avec une protrusion discale modérée médiane à paramédiane gauche sans hernie avec effacement des espaces liquidiens antérieurs de sécurité néanmoins sans empreinte actuellement significative sur le fourreau dural. Ebauche d'une discopathie naissante pluri-étagée avec une discrète protrusion discale prédominante médiane en C4-C5, plus discrète en C5-C6, à peine ébauchée en C6-C7, toutes sans hernie ni compression significative du fourreau dural. Trous de conjugaisons encore libres.”

Figure également au dossier de l'OAI, mais indexé le 28 mai 2013, un rapport d'IRM de l'épaule gauche et de la colonne lombaire rédigé par le centre précité le 22 novembre 2012 et adressé au Dr E._____. La conclusion de ce rapport est la suivante :

“IRM de l'épaule gauche : ostéo-arthropathie inflammatoire acromioclaviculaire potentiellement à l'origine d'un impingement syndrome, à corréliser avec l'examen clinique. Tendinopathie modérée sans déchirure du sus-épineux. Tendinopathie avec ténosynovite à l'insertion du tendon du sous-épineux. Petite altération dystrophique/dégénérative de la tête humérale à mi-hauteur postérieurement.

IRM lombaire : en L5-S1, protrusion discale paramédiane droite avec une petite pointe herniaire latérale droite potentiellement à l'origine d'un conflit radiculaire irritatif S1 droit à corréliser avec l'examen clinique. En L4-L5, discopathie avec une protrusion discale modérée prédominant à gauche où elle vient empiéter partiellement sur le trajet foraminaux et extra-foraminaux gauche de racine L4, également potentiellement à l'origine d'un conflit irritatif L4 gauche à corréliser avec l'examen clinique. Canal globalement aux limites inférieures des normes.”

Les médecins du service de neurochirurgie au CHUV ont également adressé un rapport au Dr E._____, le 12 novembre 2012. L'assuré avait été vu en consultation le 15 octobre 2012 dans le cadre de ses lombalgies chroniques persistantes. Les médecins du CHUV ne mettaient alors pas en évidence de signe évoquant l'idée de récurrence d'hernie discale. Il leur était difficile de pouvoir se prononcer sur l'état du

patient à défaut d'imageries actuelles. Ils proposaient dès lors que soient faites une imagerie et des radiographies de la colonne lombaire, puis de donner un nouvel avis une fois le bilan complété.

Après avoir requis l'avis du SMR (avis du 14 juillet 2013), l'OAI n'est, par décision du 7 août 2013, pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations (rente et mesures professionnelles), au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 3 mai 2010.

Le Dr E. _____ a établi, le 3 septembre 2013, un certificat médical, dont la teneur est la suivante :

“Le médecin soussigné certifie que le patient désigné ci-dessus présente une dégradation de son état de santé général. Il existe des problèmes dorso-lombaires (ci-joint imagerie médicale). De plus et surtout sur le plan psychologique il est suivi par la doctoresse Q. _____, enfin il existe une perturbation de son bilan biologique, à mon sens une nouvelle demande AI paraît dès lors justifiée.”

Le Dr E. _____ a joint à son certificat les documents médicaux déjà enregistrés par l'OAI à son dossier.

Par acte de sa protection juridique du 17 septembre 2013, l'assuré a déféré la décision du 7 août 2013 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La Cour de céans a, par arrêt du 25 novembre 2014 (CASSO AI 235/13 - 287/2014), admis le recours, annulé la décision rendue le 7 août 2013 par l'OAI en lui renvoyant la cause pour qu'il soit entré en matière sur la nouvelle demande déposée depuis le précédent refus de prestations du 3 mai 2010.

d) Dans le cadre de l'instruction de la demande du 28 mars 2013, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins de l'assuré (rapport du 27 mai 2015 du Dr E. _____ et rapport du 11 septembre 2015 des médecins du centre de psychiatrie et

psychothérapie C._____, à [...]), qu'il a ensuite soumis pour examen au SMR (avis du 19 octobre 2015), lequel service médical lui a recommandé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de l'intéressé.

Les 8 et 28 avril 2016, les Drs Z._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants, adolescents et adultes, ont pratiqué des examens rhumatologique et psychiatrique de l'assuré dans les locaux du SMR à [...]. Sur la base de leurs examens cliniques, ces médecins ont établi leur rapport le 7 juillet 2016. Ils ont retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec status après cure de hernie discale L5-S1 droite et petite récurrence herniaire L5-S1 droite (M 54), sans aucun diagnostic sur le plan psychiatrique. Ils ont posé le diagnostic associé de gonarthrose fémoropatellaire bilatérale et fémorotibiale bilatérale anamnestique. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont indiqué des scapulalgies gauches sans limitations fonctionnelles, un status après tendinopathie fissuraire et ténosynovite du tendon du court fibulaire droite, une arthrose anamnestique des métacarpo-phalangiennes des 2^{ème} rayons des deux côtés et du 5^{ème} rayon gauche, une arthrose anamnestique du pied gauche, une dyspnée d'effort sur obésité de stade II avec BMI (Body Mass Index) à 39, un status après fracture de la jambe gauche, une hypercholestérolémie traitée, et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Selon les médecins-examineurs du SMR, le recourant présente une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de cariste, chauffeur-livreur ou magasinier depuis mai 2009. Toutefois, et depuis août 2009, sa capacité de travail demeure entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles en raison de ses rachialgies (à savoir : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise / debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de franchissement régulier d'escaliers, ni d'échelles ou escabeaux, pas de marche en terrain

irrégulier, pas de travail en hauteur, pas de position debout ou de marche de plus de quinze minutes).

Les Drs Z._____ et I._____ ont indiqué que les atteintes à la santé étaient multiples - et non pas purement rhumatologiques, l'assuré présentant également une dyspnée d'effort (probablement sur obésité de stade II avec BMI [Body Mass Index] à 39 et ancien tabagisme) -, laissant dès lors le soin au médecin responsable du dossier d'évaluer la nécessité d'un examen pneumologique complémentaire avec éventuellement fonctions pulmonaires.

Par courrier du 9 mai 2016 à l'OAI, la psychothérapeute Q._____ et la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont indiqué que l'assuré n'était plus suivi sur le plan psychiatrique depuis le 23 janvier 2015.

Aux termes d'un avis médical du 28 juillet 2016, le médecin responsable du dossier au SMR (Dr M._____, spécialiste en médecine du travail et expert SIM) a fait siennes les constatations et les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire de ses confrères, confirmant les limitations fonctionnelles retenues en raison des rachialgies et la totale incapacité de travail dans les activités de cariste, chauffeur-livreur et magasinier corrélative, mais avec, depuis août 2009, une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux restrictions listées en l'absence, par ailleurs, de limitations fonctionnelles psychiatriques. Le Dr M._____ a estimé que la description du quotidien de l'assuré ne nécessitait pas la réalisation d'un examen pneumologique complémentaire.

Le 7 octobre 2016, les médecins du centre de psychiatrie et psychothérapie C._____ ont répondu comme suit aux questions adressées par l'OAI :

"1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

M. D._____ présente des hallucinations auditives et visuelles, des pensées bizarres accompagnées d'un apragmatisme, ainsi

que des affects labiles et parfois inappropriés. Ces distorsions de la pensée et des affects sont quasi permanents, bien qu'elles évoluent par crises depuis l'âge de 10 ans. A cela s'ajoute la découverte de symptomatologies de vol de la pensée, de télépathie et de persécution par autrui lorsque M. D. _____ a des difficultés relationnelles. Compte tenu de ce qui précède, nous modifions le diagnostic psychiatrique de trouble de la personnalité schizoïde à schizophrénie paranoïde. La mise en lumière de ces symptômes est également liée à un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, notamment à une prise régulière d'une médication neuroleptique efficace.

2. *Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical [?]*

Elles reprennent les indications fournies dans l'annexe psychiatrique au rapport AI du 11 septembre 2015, auxquelles s'ajoute un apragmatisme (modification de la réponse à la question A.5. dudit rapport).

3. *Quel[le]s sont les dates et les taux précis des arrêts de travail [?]*

- A 100 % dès le 1^{er} juin 2009 puis à 50 % dès mi-septembre 2009 environ (soit trois mois après sa chirurgie du 11 juin 2009)
- A 100 % du 1^{er} octobre 2009 à ce jour

4. *Quels sont les traitements en cours et la compliance de ces derniers ?*

Cipralax 20 mg 1 cpr le matin
Seroquel XR 400 mg 1 cpr le soir
Seroquel XR 200 mg 1 cpr le soir

5. *Depuis quand suivez-vous M. D. _____ ?*

Nous suivons M. D. _____ depuis le 27 mars 2015.

6. *Quelle est la fréquence des consultations ?*

Nous recevons M. D. _____ en consultation hebdomadaire."

Après avoir requis le point de vue du SMR (avis du 22 octobre 2017), l'OAI a, par projet de décision du 15 novembre 2017, informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa nouvelle demande de prestations (mesures professionnelles et rente), au motif que si l'incapacité de travail était totale depuis le 15 mai 2009 dans l'activité habituelle de magasinier / chauffeur-livreur, la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise/debout, pas de soulèvement ou de

port régulier de charge excédant cinq kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de franchissement régulier d'escaliers, ni d'échelles et escabeaux, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur, pas de position debout et de marche de plus de quinze minutes) était de 100 % depuis août 2009. Partant, le préjudice économique demeurerait identique (11 %) à celui retenu dans la décision du 3 mai 2010, sans aucune mesure professionnelle susceptible de le réduire.

Le 14 mars 2018, l'assuré, assisté de Me Christine Graa, a contesté ce projet. Sur la base des avis de ses médecins, notamment le dernier rapport du psychiatre traitant, il s'estimait totalement inapte à travailler. A ses yeux, l'existence d'un trouble somatoforme douloureux justifiait la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) pour évaluer le caractère incapacitant de cette atteinte à la santé. Il a en outre remis à l'OAI un rapport du 1^{er} mars 2018 établi à l'intention de son conseil par le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie, du Centre médico-chirurgical du [...] à [...]. Il en ressort les éléments suivants :

"1/ Anamnèse :

J'ai vu ce patient pour la première fois en consultation de rhumatologie le 15.03.2017. J'avais noté qu'il n'avait pas été adressé par un médecin traitant mais venait de sa propre initiative.

A l'interrogatoire, il m'avait précisé avoir subi une discectomie chirurgicale L5/S1 pour sciatique en 2009, avec des suites opératoires difficiles du fait d'une physiothérapie plutôt « agressive ». Il souhaitait me consulter pour des douleurs lombaires chroniques, datant de cette période post-opératoire selon lui.

L'examen clinique étant compatible avec un syndrome facettaire L5/S1 bilatéral, possiblement séquellaire de sa chirurgie discale, une arthro-infiltration facettaire L5/S1 bilatérale a été réalisée par mes soins le 16.03.2017.

Lors de cette consultation inaugurale, M. D._____ avait également évoqué une cervicotrapézialgie gauche modérée, également compatible avec une pathologie articulaire postérieure, et un syndrome dépressif traité.

Revenu en consultation le 03.05.2017, soit à 6 semaines de l'infiltration lombaire, M. D._____ alléguait une tendance à

l'amélioration de sa lombalgie chronique, mais une péjoration de la cervicotrapézialgie gauche, avec irradiation à la région scapulaire gauche, sans signes objectifs de compression radiculaire à l'examen clinique.

Dans ce contexte, une infiltration péri-facettaire C5/C6 et C6/C7 a été réalisée à gauche sous contrôle scopique le 04.05.2017. A 6 semaines de ce geste (23.06.2017), le patient alléguait une amélioration chiffrée à 40 % environ.

Mais, revu le 14.09.2017, après son retour de vacances en Turquie, M. D._____ allègue une récurrence de ses douleurs en cervical mais aussi en lombaire, justifiant la réalisation d'une IRM du rachis cervico-thoraco-lombaire (19.09.2017, cf. CR joint), et la survenue d'une douleur de la cheville droite, faisant évoquer à l'examen clinique une tendinite du péronier latéral, confirmée par une IRM (28.11.2017, cf. CR) justifiant une prescription de physiothérapie.

La persistance des douleurs, faisant de plus en plus évoquer une pathologie somatoforme en contexte dépressif (fibromyalgie), a amené à la prescription de Cymbalta 60, en plus du Cipralex, déjà prescrit par son psychiatre.

Malheureusement, le Cymbalta a dû être rapidement interrompu du fait d'effets secondaires cutanés et de troubles du sommeil.

J'ai revu ce patient la dernière fois le 15.02.2018, avec une tendance à l'amélioration des douleurs à la cheville droite et au rachis cervical, mais l'apparition d'une gonalgie bilatérale, sans traduction radiologique, et de douleurs du poignet gauche avec paresthésies de la main, évocatrices de syndrome du tunnel carpien. Un rendez-vous avec le Dr [...], neurologue, doit être pris prochainement.

2/ Pathologies relevant de la rhumatologie :

Au fil des consultations de ce patient, la chronicité, la diffusion et la résistance relative aux traitements usuels des douleurs musculo-squelettiques de M. D._____ est très évocatrice de syndrome somatoforme, d'autant plus qu'il existe un syndrome dépressif sous-jacent connu et traité. Pour mémoire, il n'existe pas un test diagnostique permettant d'affirmer cette pathologie, dont le diagnostic repose sur un faisceau de présomptions.

3/ Activité adaptée ?

Une activité adaptée peut être raisonnablement envisagée, la fibromyalgie et le syndrome dépressif associé ne contre-indiquant pas systématiquement toute activité professionnelle, bien au contraire....

4/ Quel type d'activité ?

Compte-tenu des limitations fonctionnelles induites par les douleurs chroniques, il convient de privilégier des activités sédentaires et donc d'exclure les activités comportant des stations debout prolongées, des ports de charge et toutes activités obligeant à des efforts avec élévation prolongée des membres supérieurs.

5/ Diminution du temps de travail et/ou du rendement ?

Je ne me prononce pas sur ces paramètres, qui doivent être évalués précisément lorsqu'une éventuelle activité adaptée sera proposée à M. D._____.

6/7/8/ Conclusions des rapports SMR ?

Ces rapports indiquent essentiellement, et à juste raison, l'absence de nouvelle pathologie strictement organique dans l'histoire médicale de ce patient. Cependant, ils semblent méconnaître, ou tout au moins sous-estimer, la forte probabilité d'un syndrome somatoforme d'aggravation progressive. A ce propos, une confirmation de cet état pourrait être apportée par une consultation spécialisée au CHUV (Dr [...], Sce du Pr [...]).

Pour l'instant, la médication de ce patient est relativement légère ! Si le diagnostic de fibromyalgie est avéré, il conviendra certainement de le compléter, et d'évaluer à ce moment les conséquences éventuelles de ces traitements sur les capacités de travail de ce patient..."

Subsidiairement, l'assuré a sollicité la mise en œuvre par l'OAI d'une analyse ergonomique de la place de travail dans une activité adaptée pour évaluer son rendement compte tenu de la nécessité d'alterner les positions, ceci dans le contexte d'une aggravation probable des troubles du rachis.

Après avoir requis un avis juriste (compte-rendu de la permanence juriste établi le 30 mai 2018), l'OAI a, par décision du 2 juillet 2018, rejeté la demande de prestations de l'assuré. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, il estimait que son projet du 15 novembre 2017 reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

B. Par recours déposé le 4 septembre 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, D._____, représenté par Me Christine Graa, a conclu avec dépens à la réforme de la décision rendue le 2 juillet 2018 par l'OAI, en ce sens qu'une rente entière lui est allouée ainsi qu'à chacun de ses quatre enfants. Subsidiairement, il a conclu à sa réforme en ce sens qu'il a droit à des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ; plus subsidiairement encore, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI dans le sens des considérants. En lien avec le

droit à la rente et sur le plan médical, il déplore une « appréciation de l'état de santé physique opérée par l'intimé [qui] n'est pas cohérente, empreinte de lacunes et contredite par les rapports des médecins traitants », reprochant principalement à l'intimé « de ne pas avoir correctement apprécié son dossier en retenant une capacité de travail entière, alors qu'un diagnostic totalement invalidant a été posé par les psychiatres traitants [N.D.L.R : comprendre le diagnostic de schizophrénie paranoïde retenu le 7 octobre 2016 par les médecins du centre de psychiatrie et psychothérapie C._____], sans que l'assureur ne l'écarte de manière convaincante ». A ce diagnostic totalement incapacitant s'ajouterait celui de trouble somatoforme douloureux posé le 1^{er} mars 2018 par le Dr V._____ que l'intimé n'a, sur la base d'un « avis juriste », pas estimé nécessaire d'investiguer conformément à la jurisprudence topique pour statuer sur le caractère incapacitant ou non de cette atteinte à la santé. Enfin, les médecins du SMR se contrediraient déjà entre eux en ne suivant pas leurs propres prescriptions en ce qui concerne l'impact de la dyspnée d'effort sur la capacité de travail. Le recourant en déduit qu'à défaut de lui reconnaître le droit à la rente, l'OAI était au moins tenu de donner suite à sa demande d'expertise médicale pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique, pneumologique et professionnelle). Dans l'hypothèse d'une capacité de travail résiduelle exigible de sa part, il conteste alors l'évaluation de son degré d'invalidité ; s'agissant du revenu hypothétique avec invalidité, l'abattement de 10 % opéré par l'OAI serait injustifié. A le suivre, ses nouvelles limitations fonctionnelles (dont celle induite par la dyspnée d'effort devant encore être investiguée), la possibilité de trouver un temps partiel, l'âge du recourant et son absence de formation réduiraient fortement ses chances de réinsertion professionnelle. Ce serait ainsi un abattement global « d'au moins 20 % du salaire d'invalidé qui aurait dû être appliqué », d'où un degré d'invalidité « d'au moins 21.88 %, cela sans même tenir compte de la limitation induite par la dyspnée d'effort ». Enfin, le recourant fait valoir que le taux d'invalidité précité lui ouvre le droit à un reclassement dans une profession entièrement nouvelle ou, à tout le moins, à une mesure d'aide au placement. Il requiert en outre et à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre, par le tribunal, d'une expertise médicale pluridisciplinaire

(rhumatologique, psychiatrique et pneumologique), respectivement une expertise professionnelle, pour déterminer sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

Dans sa réponse du 15 novembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il estime que sur la base des éléments en sa possession, notamment l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique SMR d'avril 2016, l'exercice à plein temps d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est exigible de la part du recourant, d'où un degré d'invalidité de 11 % qui est toujours insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations litigieuses.

Le 16 novembre 2018, une copie de cette écriture a été transmise au recourant pour son information, lequel a également été informé de la possibilité de prendre connaissance du dossier auprès du greffe du tribunal.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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 de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation, et subsidiairement sur le droit de celui-ci à des mesures de réadaptation professionnelle (précisément un reclassement ou, à tout le moins, une mesure d'aide au placement) de cette assurance sociale.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impuissance rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 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 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 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

e) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

4. a) En l'espèce, à la suite de l'arrêt de la Cour de céans lui renvoyant la cause pour instruction (CASSO AI 235/13 - 287/2014 du 25 novembre 2014), l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 28 mars 2013. En lien avec l'examen du droit à la rente, il convient de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue en examinant par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de prestations du 3 mai 2010 en force, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. consid. 3b supra).

b) La décision de refus du 3 mai 2010 n'a pas retenu de diagnostic incapacitant sur le plan psychique, avec la précision qu'il existait des symptômes anxieux, d'intensité non incapacitante, mais pas de dépression (cf. rapport SMR du 3 février 2010 [pièce 52]).

Cette décision de refus de prestations était fondée, sur le plan somatique, sur le rapport d'expertise du W._____ du 29 décembre 2009 constatant l'absence d'évidence objectivable d'une pathologie lombaire. Les experts retenaient des limitations fonctionnelles pour la colonne lombaire à la suite de la cure de hernie discale L5-S1 droite pour sciatique S1 droite irritative subie le 11 juin 2009, ce que corroboraient les renseignements médicaux usuels recueillis auprès du Dr B._____. L'OAI, par son SMR, a retenu comme atteinte principale à la santé des lombosciatalgies persistantes après cure de hernie discale L5-S1, estimant que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur dès le 15 mai 2009, mais de 100 % dans une activité adaptée (à savoir, sans port de charge de plus de dix kilos, sans porte-à-faux et avec alternance des positions).

Dans son arrêt de renvoi (CASSO AI 235/13 - 287/2014 du 25 novembre 2014), le tribunal a constaté qu'alléguant une aggravation

générale de l'état de santé du recourant depuis la précédente décision de refus en force, le DrE._____, certes sans la motiver, s'était toutefois fondé sur d'autres rapports médicaux, détaillés. Ainsi, le Dr S._____ notamment, dans son rapport du 9 février 2013, mentionnait-t-il un syndrome lombo-vertébral chronique. Le SMR avait, dans son rapport du 3 février 2010 (pièce 52), retenu la présence de lombosciatalgies persistantes après cure de hernie discale L5-S1 subie le 11 juin 2009. Il ne retenait alors pas de lombalgies chroniques. Ce faisant, le DrS._____ a rendu plausible une aggravation de l'état de santé du recourant. De plus, ce médecin mentionne des douleurs mal systématisées de l'épaule droite (recte : gauche). Les constatations du Dr S._____ étaient corroborées par les rapports d'IRM des 22 novembre 2012 et 25 mars 2013 dont il ressort, au sujet de l'épaule gauche, une ostéo-arthropathie inflammatoire acromio-claviculaire et une tendinopathie modérée du sus-épineux et une tendinopathie avec ténosynovite du sous-épineux ainsi qu'une petite altération dystrophique/dégénérative de la tête humérale. Au sujet des IRM lombaire et cervicale, il est tout de même mis en évidence une discopathie naissante pluri-étagée et, en L5-S1, une protrusion discale paramédiane droite avec une petite pointe herniaire latérale droite potentiellement à l'origine d'un conflit radiculaire irritatif ainsi que, en L4-L5, une discopathie avec une protrusion discale modérée prédominant à gauche également potentiellement à l'origine d'un conflit irritatif. Par ailleurs, il a été constaté que le canal était globalement aux limites inférieures des normes. De telles pathologies n'avaient pas encore été mises en évidence lors de l'examen par le W._____ en 2009, le rapport de celui-ci retenant qu'il n'y a pas d'évidence objectivable d'une quelconque pathologie. Certes, le Dr S._____ n'a pas retenu une indication à un quelconque geste invasif, il n'en reste pas moins qu'il a retenu une chronicisation des lombalgies, préconisant comme mesure une perte de poids du recourant.

c) En l'espèce, dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations du 28 mars 2013, l'OAI a demandé à son service médical régional de se positionner sur les rapports des 27 mai 2015 (Dr E._____) et 11 septembre 2015 (centre de psychiatrie et psychothérapie

C._____). Se fondant sur le rapport du 7 juillet 2016 d'examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) qui a été pratiqué les 8 et 28 avril 2016 par les Drs Z._____ et I._____ du SMR, l'OAI a retenu que le recourant présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, considérant que l'intéressé ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique.

aa) S'agissant des affections strictement somatiques, les médecins du SMR ont retenu des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec status après cure de hernie discale L5-S1 droite et petite récurrence herniaire L5-S1 droite (M 54). Ils ont posé le diagnostic associé de gonarthrose fémoropatellaire bilatérale et fémorotibiale bilatérale anamnétique. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont indiqué des scapulalgies gauches sans limitations fonctionnelles, un status après tendinopathie fissuraire et ténosynovite du tendon du court fibulaire droite, une arthrose anamnétique des métacarpo-phalangiennes des 2^{ème} rayons des deux côtés et du 5^{ème} rayon gauche, une arthrose anamnétique du pied gauche, une dyspnée d'effort sur obésité de stade II avec BMI à 39, un status après fracture de la jambe gauche, une hypercholestérolémie traitée, et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il ressort de l'analyse détaillée de l'anamnèse sur le plan rachidien, en particulier sur la base des examens radiologiques, que l'assuré présente des troubles statiques discrets à modérés du rachis. La mobilité lombaire est diminuée et l'examineur a noté la présence de quatre signes de non-organicité selon Waddell sur cinq, sous forme de lombalgies à la rotation du tronc, les ceintures bloquées, d'une importante discordance entre la DDS (distance doigts-sol) et DDO (distance doigts-orteils) sur le lit d'examen, d'une démonstrativité, l'intéressé poussant des gémissements et des grognements et se touchant ostentatoirement le bas du dos à la flexion lombaire et poussant des gémissements à la rétroflexion du tronc d'une manière démonstrative, ainsi que des troubles sensitifs mal systématisés, très probablement fonctionnels du MID (membre inférieur droit). Le recourant présente également des chondropathies fémoropatellaires bilatérales de grade IV et fémorotibiales

bilatérales de grade II avec ménisopathies dégénératives, atteintes existant depuis 2009 selon l'assuré affirmant que ces atteintes sont dues à sa prise de poids de quarante kilos depuis l'opération de hernie discale. Les médecins du SMR ont pris en considération ces atteintes au rachis et aux membres inférieurs en prescrivant des limitations fonctionnelles propres à le soulager. Ils ont précisé que le recourant avait obtenu l'an passé un permis de conducteur de personnes, laquelle activité était toutefois contre-indiquée au vu des vibrations qu'elle occasionnerait. Les douleurs apparues depuis 2010 à son épaule dont se prévaut l'assuré sur la base des rapports de ses médecins (les Drs S. _____ et X. _____) ont été considérées comme sans répercussion sur la capacité de travail par les médecins du SMR, qui ont relevé des épreuves de périarthrite scapulo-humérale actuellement toutes négatives. Ils ont indiqué que l'intéressé présentait cependant des douleurs proches de la partie inférieure du bord interne de l'omoplate gauche, à la mobilisation et à la palpation de ce membre. L'assuré se montrait cependant démonstratif à la mobilisation de l'épaule gauche. Pour le surplus, l'appréciation des médecins du SMR sur les troubles somatiques, fondée sur une anamnèse précise et une discussion fouillée, doit être confirmée en ce sens qu'une activité adaptée avec limitations fonctionnelles est exigible de la part du recourant.

Selon les médecins-examineurs du SMR, le recourant présente une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de cariste, chauffeur-livreur ou magasinier depuis mai 2009. Toutefois, et depuis août 2009, sa capacité de travail demeure entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, à savoir : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise / debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de franchissement régulier d'escaliers, ni d'échelles ou escabeaux, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur, pas de position debout ou de marche de plus de quinze minutes. Les observations rapportées au dossier dressent un tableau clinique objectif peu cohérent avec l'importance des plaintes alléguées, ce qui laisse grandement à penser que les limitations invoquées seraient

dues à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

bb) Les règles jurisprudentielles développées pour l'examen du caractère invalidant des atteintes psychosomatiques ayant été étendues aux troubles psychiques (ATF 143 V 409 et 143 V 418), ces deux aspects peuvent dès lors faire l'objet d'un examen global dans le cas particulier.

Le recourant fait en particulier valoir qu'il ne présente aucune capacité résiduelle de travail. Il avance à cet égard un diagnostic totalement incapacitant retenu par ses psychiatres le 7 octobre 2016 auquel s'ajoute un trouble somatoforme douloureux retenu le 1^{er} mars 2018 par le Dr V. _____, atteinte à la santé qui n'aurait, à tort, pas été investiguée par l'intimé.

Ces allégations ne peuvent être suivies. En effet, il résulte du rapport d'examen clinique du 7 juillet 2016 (p. 12 s.) que les médecins du SMR ont écarté le diagnostic de fibromyalgie (0/18 points de Smythe), précisant que l'assuré présentait une importante exagération des symptômes sous forme d'un comportement algique marqué et d'une importante démonstrativité autant lors de l'entretien que lors de l'examen clinique. Le comportement algique s'inscrivait selon les médecins du SMR dans le contexte d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ils ont en outre relevé que la thérapie suivie jusqu'alors avait été conduite selon les règles de l'art, regrettant que l'assuré n'ait pas continué la physiothérapie active connue pour être plus efficace que la physiothérapie passive, probablement en raison du côté démonstratif de l'assuré qui allègue d'importantes douleurs alors que le status clinique est qualifié de rassurant. Sur la base de leur examen clinique, les médecins du SMR ont par ailleurs nié toute dégradation psychique, trouble majeur, accès de panique anamnestique, trouble de l'appétit, trouble du sommeil, idée de culpabilité, pathologie addictive, trouble de la lignée psychotique, trouble manifeste de la concentration, de la mémoire ou de l'attention ou trouble de la personnalité. Ils n'ont, en

d'autres termes, pas corroboré les diagnostics psychiques évoqués par les médecins traitants (trouble de la personnalité schizoïde [F60.1] et d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique [F32.11]) et n'ont pas davantage mis en évidence de comorbidités ou structure de personnalité significatives. Les médecins du SMR ont certes constaté que l'assuré présentait peu de ressources psychiques et de la ténacité pour revendiquer ses droits, mais ils ont en revanche souligné qu'il existait de nombreuses incohérences. Bien que se plaignant d'importantes douleurs lombaires, l'intéressé gardait une bonne intégration sociale, puisqu'il se rendait régulièrement chez ses parents, allait faire des commissions, faisait le tour de la maison et conduisait. En été 2015, il est parti en Turquie en bateau et en voiture et a conduit sur le trajet avec son fils et son épouse. Sur cette base, les médecins du SMR n'ont pas retenu d'atteinte psychosomatique invalidante et ont nié toute pathologie psychique aiguë ou chronique à caractère incapacitant. Cette évaluation, fondée sur une anamnèse complète et une analyse détaillée, apparaît convaincante et doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Enfin, si les médecins du SMR ont préconisé un examen pneumologique complémentaire en raison d'une dyspnée d'effort probablement sur obésité de stade II avec BMI à 39 et ancien tabagisme, le DrM. _____ du SMR a estimé par avis médical du 28 juillet 2016 que la description du quotidien de l'intéressé ne nécessitait pas un tel examen, étant précisé que les médecins du SMR ont retenu que ce diagnostic n'avait pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée (rapport d'examen SMR du 7 juillet 2016 p. 13).

cc) Dans ces conditions, se prévalant des avis opposés de ses médecins, le recourant se borne à substituer sa propre appréciation à celle des médecins du SMR, et n'explique ni ne démontre en quoi son point de vue serait objectivement mieux fondé que celui du SMR et justifierait la mise en œuvre d'un complément d'instruction. Dans leur bref rapport du 7 octobre 2016, les psychiatres du centre de psychiatrie et psychothérapie C. _____ posent le diagnostic de schizophrénie paranoïde, et non plus celui de trouble de la personnalité schizoïde, en indiquant une totale incapacité de travail dès le 1^{er} juin 2009, de 50 % dès la mi-septembre

2009 environ, puis de nouveau totale le 1^{er} octobre 2009. Les distorsions de la pensée et des affects sont décrits comme quasi permanents, bien qu'évoluant par crises depuis l'âge de dix ans. Ils soulignent que les symptômes observés sont également liés à un traitement intégré, avec notamment une prise régulière d'une médication neuroleptique efficace. Les psychiatres traitants ajoutent uniquement un apragmatisme en tant que limitation fonctionnelle depuis leur rapport précédent du 11 septembre 2015. Au vu de son contenu, le dernier rapport du centre de psychiatrie et psychothérapie C._____ n'est pas de nature à établir une aggravation totalement incapacitante de l'état de santé psychique du recourant. En effet, ce document a été établi seulement quelques mois après l'examen psychiatrique du 28 avril 2016 au SMR par la Dre I._____ qui n'a pas retenu de diagnostic incapacitant de ce versant. De plus, les psychiatres traitants estiment que l'incapacité totale de travail retenue remonterait même à une période antérieure à la décision du 3 mai 2010. L'avis opposé des psychiatres assurant le suivi de l'assuré depuis mars 2015 paraît procéder d'une appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical, et ne constitue donc sur ce point qu'une appréciation distincte d'un même état de fait sur le plan médical que celui observé en avril 2016 au SMR, voire même déjà en décembre 2009 au W._____. Or une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante sous l'angle d'une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 372 consid. 3b, 390 consid. 1b).

Il sied encore de relever que le rapport du Dr V._____ n'est pas de nature à modifier l'appréciation qui précède. Dans son courrier médical du 1^{er} mars 2018 établi à l'intention de l'avocate du recourant, consulté à plusieurs reprises entre le 15 mars 2017 et le 15 février 2018, le Dr V._____ indique que la persistance de douleurs, la chronicité, la diffusion et la résistance relative aux traitements usuels des douleurs musculo-squelettiques de l'assuré est très évocatrice d'une pathologie somatoforme en contexte dépressif (fibromyalgie). Sous les rubriques nos 3 (« activité adaptée ? ») et 4 (« quel type d'activité ? ») de son rapport, ce médecin précise toutefois que compte tenu des limitations

fonctionnelles induites par les douleurs chroniques, l'exercice d'une activité adaptée est raisonnablement exigible de la part du recourant (à savoir, des activités sédentaires à l'exclusion des activités comportant des stations debout prolongées, des ports de charge et toutes activités obligeant à des efforts avec élévation prolongée des membres supérieurs). Quant au syndrome somatoforme d'aggravation progressive, il est au mieux évoqué par le DrV._____, ce rhumatologue précisant qu'une telle affection pourrait être confirmée par une consultation spécialisée au CHUV. S'il soupçonne l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, cet élément est toutefois à lui seul insuffisant pour conclure à l'absence de force probante du rapport du SMR du 7 juillet 2016 quant à l'absence de caractère invalidant en lien avec ce diagnostic.

d) En définitive, l'intimé pouvait à juste titre constater, sur la base des pièces médicales au dossier qu'en l'absence d'évolution notable de l'état de santé du recourant par rapport à la situation prévalant lors de la décision du 3 mai 2010, les conditions d'une révision ne sont pas remplies. Dès lors, si la capacité de travail du recourant est nulle dans l'activité habituelle de cariste, chauffeur-livreur ou magasinier depuis mai 2009, sa capacité de travail est toutefois entière dès le mois d'août 2009 dans une activité adaptée respectant l'ensemble des limitations fonctionnelles en raison de ses rachialgies et la gonarthrose, étant précisé que l'intéressé a subi une intervention neurochirurgicale en juin 2009.

5. Il reste à examiner le bien-fondé de la comparaison des revenus effectuée par l'OAI. A cet égard, il convient de relever qu'en l'absence de changement dans la situation du recourant, il n'y a pas lieu de s'écarter du jugement entrepris, soit des montants retenus pour la comparaison des revenus et des calculs effectués par l'intimé dans la décision du 3 mai 2010. Toutefois, le recourant soutient que des nouvelles limitations fonctionnelles (dont celle induite par la dyspnée d'effort à investiguer), la possibilité de trouver un temps partiel, son âge et son absence de formation professionnelle justifieraient la prise en compte d'un abattement d'« au moins 20 % ». Il en déduit que, s'agissant du revenu

hypothétique avec invalidité, l'abattement de 10 % opéré par l'OAI serait injustifié.

a) La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références; voir également TFA I 848/2005 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3). Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus de pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de

l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 % serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

b) En l'espèce, l'état de santé du recourant s'est certes péjoré sur le plan somatique, mais une activité à plein temps demeure accessible dans un poste sédentaire, adapté à ses limitations fonctionnelles (pour rappel : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise / debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de franchissement régulier d'escaliers, ni d'échelles ou escabeaux, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur, pas de position debout ou de marche de plus de quinze minutes). Les limitations fonctionnelles qu'il présente sont toutefois désormais plus étendues et justifient un abattement de 15 % du revenu hypothétique avec invalidité, et non pas 10 % comme l'a retenu l'intimé.

L'argument lié à la difficulté de trouver un temps partiel tombe manifestement à faux dès lors que médicalement le recourant dispose toujours, depuis août 2009, d'une totale capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé.

S'agissant de son âge, le recourant avait 48 ans en juillet 2018 lors de la décision litigieuse. Or, cet âge est largement en-dessous du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral parle d'un âge avancé où l'exercice d'une nouvelle activité adaptée ne peut plus raisonnablement être exigée compte tenu des années de travail restant avant la retraite (pour des exemples, cf. TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 et 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.1). Dans l'arrêt 9C_695/2010 du 15 mars 2011, le Tribunal fédéral a jugé que l'assuré, âgé de 58 ans au moment où la modification du droit à la rente prenait effet et de 60 ans au moment de la décision litigieuse, n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement

qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (consid. 6.2).

Quant au fait qu'il n'a pas de formation professionnelle et alors qu'il a travaillé plusieurs années en Suisse avant d'être atteint dans sa santé, on ne voit pas en quoi – et le recourant ne l'expose d'ailleurs pas – cela serait concrètement susceptible d'avoir une influence sur ses perspectives salariales dans l'exercice d'une nouvelle activité adaptée à son handicap somatique, étant rappelé que le salaire statistique de l'ESS recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées parfaitement accessibles au recourant au vu de ses limitations fonctionnelles (cf. TF 9C_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007 consid. 4.4).

c) Dans la décision litigieuse, l'OAI a fixé le revenu que le recourant aurait pu obtenir sans invalidité sur la base des chiffres fournis par l'ancien employeur dans son rapport du 23 novembre 2009, soit 61'633 fr. en 2009. S'agissant du revenu avec invalidité, il s'est fondé sur les données de l'ESS de 2008, indexées à 2009, tout en opérant un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, et a abouti à un montant de 54'709 fr. 75. Selon l'OAI, il ressortait de la comparaison de ces revenus un préjudice de 11 %. Cependant, les revenus devaient être indexés jusqu'à l'année 2016, et ainsi être fixés à 64'716 fr. 29 pour le revenu sans invalidité et 63'829 fr. 63 pour celui avec invalidité. En outre, au vu de l'ampleur des limitations fonctionnelles désormais retenues, un abattement plus conséquent, de 15 %, aurait dû être opéré sur le revenu d'invalidité, le portant à 54'255 fr. 19. Il résulte de la comparaison des revenus ainsi rectifiés un degré d'invalidité de 16.16 %, arrondi à 16 %. Ainsi, même si l'état de santé du recourant s'est péjoré sur le plan somatique, l'intimé était fondé à lui refuser l'octroi de prestations. Il résulte toujours un degré d'invalidité largement inférieur au minimum de 40 % ouvrant le droit à la rente (cf. consid. 3a supra). Le taux d'invalidité précité est au demeurant inférieur au seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement à savoir une diminution de la capacité de gain de 20 % environ. S'agissant de

l'aide au placement, on rappellera qu'en 2010, le recourant a mis en échec les mesures de réadaptation notamment l'aide au placement, trouvant toujours des excuses pour ne pas accepter les activités proposées. Au demeurant, lors de l'examen clinique au SMR, le recourant a indiqué qu'il était sceptique quant à la reprise d'une activité professionnelle au vu de ses douleurs et de ses problèmes psychologiques. Un soutien de la part de l'OAI apparaît par conséquent d'emblée voué à l'échec compte tenu de l'absence de motivation de l'intéressé pour la reprise d'une activité même légère.

6. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes d'expertise du recourant doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

7. a) En définitive mal fondé, 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 contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient par conséquent d'arrêter les frais de justice en l'espèce à 400 fr., et de les mettre à la charge du recourant qui succombe.

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire qualifié pour la défense de ses intérêts, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 2 juillet 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 D. _____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Christine Graa (pour D. _____),
- 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 :