

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 août 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Thalmann et Röthenbacher
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

Q._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat
à Lausanne,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 7, 8, 17, 43 LPG

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1962, a déposé le 16 août 1999 une demande de prestations AI tendant à l'octroi de mesures médicales de réadaptation, subsidiairement d'une rente. Il faisait état de lombosciatalgies gauches constantes allant de la fesse à la face latérale de la cuisse de la jambe et jusqu'au pied gauche.

Dans son rapport du 30 septembre 1999, la Dresse Z. _____, médecin généraliste, après avoir posé le diagnostic de discopathie L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale médiane sténosante, de séquelles de maladie de Scheuermann, de canal lombaire étroit et de syndrome rotulien bilatéral prédominant à gauche, a précisé que l'atteinte à la santé était survenue en janvier 1997; que l'incapacité de travail avait été de 50% du 26 mars au 30 avril 1997, et de 100% à partir du 1^{er} mai 1997 et pour une période indéterminée. Cette praticienne ajoutait que l'assuré pourrait exercer une activité n'exigeant ni d'efforts physiques, ni la station debout. Le 23 mai 2000, La Dresse Z. _____ a encore souligné que, du fait de ses douleurs, l'assuré ne pouvait pas non plus exercer une activité en position assise.

Par projet de décision du 24 mars 2000, confirmé par décision du 4 mai 2000, l'OAI a fait les constatations suivantes: sur la base des renseignements contenus dans le dossier, l'assuré était apte à exercer une activité légère à plein temps, en position assise; sans atteinte à la santé, le revenu annuel indexé que l'intéressé pourrait obtenir en 1999, en exerçant les activités de garçon d'office ou d'aide de cuisine, lesquelles avaient été pratiquées précédemment par l'assuré, s'élèverait à 48'458 fr. Quant à la rétribution d'invalidé, résultant de l'exercice d'une activité adaptée dans le milieu industriel (montage) ou comme ouvrier non qualifié dans le secteur de la mécanique, elle atteindrait 46'247 fr. Le préjudice économique, respectivement le degré d'invalidité, était de 2'211 fr., soit 4,55%; la demande de prestations a donc été rejetée.

Par jugement du 20 avril 2001, le tribunal des assurances a renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sur le plan médical, afin d'établir notamment la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

B. Suite au renvoi, l'OAI a confié une expertise médicale au Dr G._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne. On extrait ce qui suit de son rapport d'expertise du 25 mars 2002:

"Diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail:

- Lombalgies chroniques associées à des pseudo-sciatalgies gauches en présence de légères discopathies D12-L1 et L5-S1.
- Syndrome rotulien gauche modéré.

(...)

Concernant l'appréciation de ses limitations fonctionnelles rhumatologiques, je constate une discordance entre les éléments objectifs tant radiologiques que cliniques et l'intensité des plaintes exprimées par l'assuré. L'examen clinique est grevé d'une importante résistance à la mobilisation active et passive qui le rend difficilement interprétable de façon objective. Compte tenu du fait que des limitations ont été objectivées à l'occasion d'une évaluation ergothérapeutique (Hôpital Orthopédique) où les ergothérapeutes ont constaté un certain handicap fonctionnel, et cela même dans les activités de la vie courante, on pourrait tout au plus estimer que l'assuré présente une capacité de travail résiduelle dans une activité de garçon de café de 50%, d'un point de vue essentiellement ostéo-articulaire, et que dans une activité adaptée à son handicap fonctionnel du rachis lombaire, il aurait une capacité de travail équivalente à 80%. Le pronostic fonctionnel est médiocre, étant donné la chronicisation des plaintes, et au vu de l'absence de toute activité professionnelle depuis 1997 et du conflit asséculo-logique qui a lieu avec son assurance perte de gain.

(...)

M. Q._____ présente des limitations fonctionnelles modérées au niveau de son rachis lombaire (diminution de la mobilité du rachis dans toutes les directions, mais importante « résistance » du patient lors de l'examen clinique), avec une discordance entre ses plaintes (l'assuré est resté assis pendant 60' dans le fauteuil sans bouger durant son audition) et les constatations objectives tant cliniques que radiologiques. Ces limitations fonctionnelles entraînent une capacité de travail dans une activité de garçon de café (selon mes renseignements, cette activité aurait été la dernière qu'il a accompli) de 50 %. Concernant sa capacité de travail dans une activité adaptée, celle-ci est équivalente à 80 % dans un travail permettant des changements de positions fréquents, ne nécessitant pas de ports de charge supérieure à 10 kg notamment à bout de bras et ne nécessitant pas des activités entraînant des positions en porte-à-faux du rachis. Cette activité devrait également permettre à l'assuré de s'asseoir.

(...)

M. Q._____ dispose d'une capacité résiduelle de 50 % dans un travail de garçon de café et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles lombaires et au niveau du genou gauche, il a

actuellement une capacité de travail du point de vue rhumatologique de 80% depuis le 26.03.1997.

(...)

Il n'y a pas de contre-indication à des mesures de réadaptation professionnelle chez cet assuré qui dispose d'une formation post-obligatoire (lycée) et qui est âgé actuellement de 40 ans. Ces mesures pourraient être entreprises dès à présent".

Par décision du 29 janvier 2003, l'OAI a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée (sans position statique, ni port de charges supérieures à 10 kg, ni activités en porte-à-faux du rachis, avec nécessité d'alterner les positions). Le degré d'invalidité était de 24,10 % ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente. L'assuré a fait opposition à cette décision. Par décision sur opposition du 20 janvier 2004, entrée en force, l'OAI a confirmé sa position.

C. Par décision du 27 août 2004, l'OAI a alloué à l'assuré des mesures d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI. On extrait ce qui suit du rapport de stage d'observation professionnelle à l'atelier OSER du centre d'intégration professionnelle, du 4 février 2005:

"Synthèse:

La mesure d'observation professionnelle de M. Q._____, (...) n'a pas permis de dégager une capacité de travail exploitable dans le circuit économique ordinaire, sans que la raison de cette incapacité soit en lien direct avec l'atteinte invalidante.

Du point de vue des capacités physiques de l'assuré, les maîtres de réadaptation d'OSER évaluent, au terme d'une observation de 7 semaines en atelier, que, dans une activité simple, pratique et légère, à plein temps et rendement partiel, la capacité de travail raisonnablement exigible de M. Q._____ est de l'ordre de 80% après une période de réaccoutumance de quelques mois à l'exercice d'une activité professionnelle. Cependant, ni en atelier OSER ni lors du stage de 6 semaines dans notre atelier de préparation à des activités industrielles légères (APAIL), les rendements mesurés lors d'activités adaptées sont venus confirmer la capacité de travail mentionnée ci-dessus. Malgré les sollicitations répétées des maîtres du CIP, les rendements moyens mesurés se sont situés aux alentours de 35%, sans progression, ce qui est notablement insuffisant pour permettre un placement dans l'économie ordinaire.

Les raisons de ces faibles rendements sont d'une part l'attitude de M. Q._____ et d'autre part son état d'esprit actuel. Concernant son attitude, les maîtres de réadaptation d'OSER soulignent le peu d'intérêt pour les travaux d'atelier proposés, une passivité prenant même parfois la forme d'une opposition passive et une très forte

démonstrativité, l'assuré allant jusqu'à se coucher à même le sol de l'atelier. Quant à l'état d'esprit de M. Q._____, ce dernier est centré sur ses douleurs et ses limitations, il n'envisage pas concrètement une reprise d'activité professionnelle. La poursuite de la mesure, sous forme d'un nouveau mandat, ne saurait vraisemblablement pas, en l'état actuel, améliorer la plaçabilité de M. Q._____ dans le circuit économique ordinaire. Nous sortons donc M. Q._____ de nos effectifs au terme de son mandat, soit en date du 23 janvier 2005".

D. Le 19 février 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et subsidiairement d'une rente. Dans sa demande, il a indiqué souffrir de la même atteinte à la santé que lors de sa première demande de rente (dos et jambe gauche) ainsi que d'une nouvelle atteinte à la santé, à savoir une dépression récurrente.

Par courrier du 20 juin 2008, l'assuré a fait parvenir à l'OAI, par l'intermédiaire de son avocat, deux rapports médicaux datés du 8 janvier 2008 et du 4 juillet 2007 de la Dresse V._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, ainsi qu'un rapport médical du 15 octobre 2007 des Drs H._____ et X._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant au centre de consultation psychiatrique et psychothérapeutique du [...] à [...].

Dans son rapport du 8 janvier 2008, la Dresse V._____ expliquait qu'elle avait adressé l'assuré à la consultation ambulatoire de psychiatrie de [...] pour un consilium psychiatrique. Elle avait demandé que des tests neurophysiologiques soient aussi effectués. L'examen psychiatrique révélait un syndrome somatoforme douloureux persistant, un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel sévère et chronique. Il ressortait aussi des examens effectués un retard mental léger, ainsi qu'un possible dysfonctionnement cérébral organique. Il s'agissait d'une atteinte à la santé au sens psychiatrique, jusqu'à présent non évaluée et objectivée et dont l'assurance-invalidité devait tenir compte. Par ailleurs, de nouvelles radiographies avaient été effectuées en décembre 2007 s'agissant des douleurs aux genoux; elles ne montraient pas grand-chose, si ce n'était une ébauche de pincement du compartiment

interne témoignant d'une discrète usure du cartilage. Ce diagnostic n'était pas invalidant au sens de l'AI. D'après la description écrite, l'atteinte ne s'était pas modifiée de manière significative.

On extrait ce qui suit du rapport médical du 15 octobre 2007 des Dr H. _____ et X. _____ :

"(...)

Status:

Monsieur Q. _____ est un patient de 46 ans paraissant plus que son âge, qui frappe d'emblée par une posture algique. La mimique est triste. Monsieur Q. _____ est orienté et collaborant. Le ton du discours est monotone et monocorde. (...) Monsieur Q. _____ exprime des atteintes magiques pensant que la consultation psychiatrique pourrait le soulager de ses douleurs. Le contenu du discours est confus et pauvre. Sur le plan de la pensée, on note de très faibles capacités d'élaboration, un manque de capacité d'abstraction, tout le discours est centré sur les douleurs. Monsieur Q. _____ se plaint de troubles de l'attention et de la concentration. Sur le plan de l'affectivité et de l'humeur, il se plaint d'une anhédonie, d'une aboulie, d'une tristesse associée à des pleurs, de sentiment d'inutilité, d'insuffisance, de dévalorisation et d'isolement. A noter encore des idées suicidaires sans projets.

On relève encore une irritabilité importante, associée à des conflits intra-familiaux face auxquels Monsieur Q. _____ se sent démuni. Il se plaint de troubles du sommeil, en particulier liés à ses douleurs. Sur le plan anxieux, on relève encore des anticipations négatives et des ruminations incessantes sur son état de santé, ainsi que sur les difficultés relationnelles de couple ou en famille.

Résultat de l'examen psychologique:

L'analyse de l'efficience intellectuelle du 24.9.2007, basée sur l'échelle d'intelligence de Wechsler, met en évidence une efficience intellectuelle globale du niveau du retard mental léger (QI total= 61) chez un patient pour lequel se pose la question d'un dysfonctionnement cérébral organique.

Diagnostic (CIM-10 ou DSM-IV):

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère chronique
- Syndrome somatoforme douloureux persistant
- Retard mental léger
- Possible dysfonctionnement cérébral organique

Discussion:

Notre examen clinique met en évidence un trouble somatoforme douloureux, associé à un épisode dépressif sévère. Par ailleurs, l'examen psychologique met en évidence le retard mental léger, et l'hypothèse d'un dysfonctionnement cérébral organique. En effet, Monsieur Q. _____ présente une confusion gauche droite, une inversion haut et bas et des probables troubles gnosiques visuels. Nous

ne reviendrons pas en détails sur les signes et symptômes permettant de poser un diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Malgré la mise en évidence d'un syndrome rotulien et de lombalgies sur discopathies étagées, une composante psychologique explique certainement la chronicité et l'intensité des douleurs.

Concernant l'épisode dépressif sévère, Monsieur Q._____ présente tous les signes et symptômes cliniques permettant de retenir ce diagnostic. En effet, il présente une tristesse, des pleurs, une irritabilité, une aboulie, une anhédonie, des sentiments d'isolement, d'insuffisance et de dévalorisation.

(...)

L'analyse de l'efficience intellectuelle met en évidence un QI à 61, qui est du ressort du retard mental léger. A noter que c'est une donnée qui a probablement peu varié durant les dernières années. (...)

En conclusion, chez un tel patient, présentant un syndrome somatoforme douloureux ainsi qu'un trouble psychiatrique, il paraîtrait important de pouvoir évaluer la situation dans un contexte pluridisciplinaire comme par exemple au centre d'expertises médicales au _____. En ce qui concerne la capacité de travail, au vu des éléments présentés ci-dessus elle apparaît comme nulle, avec à notre avis peu de possibilités d'amélioration".

Dans son rapport d'examen psychologique du 27 septembre 2007, A._____, psychologue FSP, a indiqué ce qui suit:

"Sur le plan de l'efficience intellectuelle, analysée sur la base de l'échelle d'intelligence de Wechsler, M. Q._____ obtient un quotient intellectuel verbal de 66, un quotient intellectuel de performance de 60, le quotient intellectuel global étant de 61. Ce résultat situe le fonctionnement intellectuel de ce patient au niveau du retard mental léger. Il s'agit de prendre ce résultat avec la prudence nécessaire due au biais socio-éducatif ainsi qu'à l'imparfaite maîtrise du français de M. Q._____ à qui il a fallu ici et là expliquer les consignes dans un langage simplifié. M. Q._____ fonctionne en pratique à un niveau certainement quelque peu supérieur, tout en restant dans un registre où les facultés adaptatives sont limitées. A relever encore que ce patient est ralenti, ce que l'on peut mettre en partie sur le compte du trouble dépressif, mais il présente également ponctuellement des signes potentiellement évocateurs d'un dysfonctionnement cérébral organique (confusion droite-gauche, inversion haut-bas, éventuellement troubles gnosiques visuels)".

Par la suite, il a été précisé que les tests psychologiques avaient été faits en français sans traducteur.

Dans leur avis médical du 10 mars 2009, les Drs W._____ et R._____ du SMR, spécialistes respectivement en chirurgie et en anesthésiologie, ont fait état des constatations suivantes:

"Une analyse précise du consilium psychiatrique du Dr H. _____ (15.10.2007) dans lequel on retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, permet de faire les remarques suivantes:

1. En l'absence d'antécédents psychiatriques, le caractère récurrent du trouble dépressif ne peut pas être reconnu. En effet, la CIM-10 entend par là un trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs de trois à douze mois entrecoupés de périodes sans aucun symptôme. Rien de tel n'est retrouvé dans l'histoire de M. Q. _____.

2. La sévérité d'un épisode dépressif se mesure à l'aide de 3 critères-symptômes cardinaux, et de 7 critères-symptômes secondaires. Le status retranscrit par le Dr H. _____ comprend un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir (critères cardinaux), des troubles du sommeil, une diminution de l'estime de soi ainsi que des idées auto-agressives (critères secondaires). Cette constellation correspond à un épisode dépressif moyen.

3. Le rapport d'examen psychologique du 27.9.2007 a été effectué sans traducteur, chez un patient maîtrisant mal le français, à qui il a fallu «expliquer les consignes dans un langage simplifié». La psychologue est d'ailleurs consciente de ce biais, puisqu'elle précise que les résultats doivent être pris «avec la prudence nécessaire». Ceci dit, un fonctionnement intellectuel à la limite du retard mental léger n'est pas déterminant, puisque l'assuré a travaillé dans des activités simples. La psychologue, mentionne aussi «des signes potentiellement évocateurs d'un dysfonctionnement cérébral organique», qu'aucun examen neurologique ou d'imagerie ne confirme. On est très loin d'un diagnostic de certitude. L'impact de ce ralentissement sur la capacité de travail n'a pas été évalué par la psychologue.

Au vu de ce qui précède, nous sommes en présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un épisode dépressif moyen d'accompagnement ne constituant pas une pathologie distincte. Les facteurs de gravité reconnus par la jurisprudence n'ont pas été abordés.

Dans ces conditions, un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique (ou une expertise externe) est indiqué en présence d'un traducteur neutre".

Le 1^{er} avril 2009, l'assuré a été soumis à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR, effectué par la Dresse O. _____, ancienne cheffe de clinique adjointe en psychiatrie et le Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie, sous la supervision de la Dresse D. _____, spécialiste en médecine interne générale. Il ressort notamment ce qui suit de leur rapport du 7 avril 2009:

"(...)

Status psychiatrique:

L'assuré est correctement habillé, paraissant plus âgé que son âge, collaborant et orienté aux 3 modes.

A l'examen, nous n'avons pas objectivé de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention. Il présente un léger ralentissement psychomoteur.

L'humeur est euthymique. Les quelques traits dépressifs présents lorsque l'assuré est confronté à ses difficultés financières sont discrets et ne nous permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. L'assuré n'a jamais fait de tentative de suicide et il ne verbalise pas d'idées suicidaires pendant l'entretien. Il déclare être facilement irritable et présenter des idées noires quand il doit faire des paiements.

A l'examen clinique, nous n'avons pas objectivé de signe floride de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure.

Sur le plan anxieux, l'assuré ne présente pas d'angoisse persistante ni d'attaque de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée.

Pendant l'examen, l'assuré est tendu, mais nous n'avons pas objectivé d'angoisse.

Il ne présente pas d'agoraphobie, de phobie sociale ni de claustrophobie.

Il s'exprime avec difficultés en français et l'entretien se déroule en présence d'un traducteur. Le discours est cohérent, il partage bien le focus d'attention. Nous n'avons pas objectivé de symptôme de la lignée psychotique, notamment délire, hallucinations ou trouble formel ou logique de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique.

(...)

L'assuré est démonstratif et il présente une amplification verbale de ses plaintes somatiques accompagnée d'un sentiment de désarroi et nous avons objectivé des symptômes en faveur d'un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

L'assuré ne présente pas de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, car ses plaintes sont motivées par une pathologie organique.

(...)

Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail:

- Lombosciatalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis. M 54.4
- Syndrome rotulien gauche modéré dans le cadre d'une discrète gonarthrose fémoro-tibial interne. M 22.2

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques
- Obésité
- Hypertension artérielle
- Diabète anamnestique non insulino-dépendant
- Epigastralgies
- Status après trois opérations urétrales
- Hypertrophie prostatique anamnestique

Appréciation du cas:

Du point de vue somatique, l'assuré se plaint actuellement surtout de lombalgies irradiant à la face externe du membre inférieur gauche jusqu'au talon. Il a particulièrement mal au genou gauche. Ces douleurs ont un caractère essentiellement mécanique. (...)

Au status actuel, on note un assuré obèse avec un BMI de 30.5. Il se montre par ailleurs démonstratif mimant notamment des lâchages du pied gauche à la marche sur la pointe des pieds et sur le talon. La mobilité lombaire est très diminuée mais l'on note de très nombreux signes de non-organicité selon Waddell, sous forme d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen, de lombalgies à la pression axiale céphalique et à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une importante démonstrativité, de troubles sensitifs mal systématisés du membre inférieur gauche, sous forme d'une hypoesthésie de toute la face externe de la cuisse gauche, ainsi que d'une hypoesthésie de toute la jambe et de tout le pied gauche.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs discrets du rachis. Ils ne mettent en évidence qu'une ébauche de pincement fémoro-tibial interne au niveau des deux genoux ainsi qu'un discret effilement des épines tibiales.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas entièrement respectées dans l'activité habituelle de garçon d'office ou de serveur, le travail se faisant exclusivement debout et l'assuré devant parfois remplir des fûts de bière de 25 kg. Ainsi, dans cette activité de garçon d'office ou de serveur, la capacité de travail est de 50%. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 80% comme l'a déjà relevé le Dr G. _____ dans son expertise du 25.03.2002.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit de la deuxième demande AI de cet assuré âgé actuellement de 47 ans, originaire du Kosovo, sans formation professionnelle, en Suisse depuis 1983. Sa première demande AI, en 1992, pour des raisons somatiques, a été rejetée par décision du 04.05.2000, sur la base d'une exigibilité complète dans une activité industrielle légère. L'assuré avait recouru contre cette décision et le TCAS a admis sa démarche, le 20.04.2001, annulant la décision de l'AI et renvoyant le dossier pour compléter l'instruction. C'est dans ces circonstances qu'une expertise rhumatologique a été effectuée par le Dr G. _____, en septembre 2002 et une incapacité de travail de 50%, comme garçon d'office, a été reconnue avec une pleine exigibilité dans une activité adaptée. Un nouveau refus de rente a été signifié à l'assuré, le 29.01.2003. Le droit à des mesures professionnelles restait ouvert. Un stage d'observation, pendant lequel l'assuré s'est montré peu intéressé, passif, oppositionnel et très démonstratif, a mis un terme aux mesures professionnelles. La demande actuelle se réfère aux mêmes atteintes que précédemment, douleurs au dos et à la jambe gauche et à diverses atteintes nouvelles, notamment psychiatriques.

Dans le consilium psychiatrique du 15.10.2007, le Dr H. _____, chef de clinique et le Dr X. _____, médecin assistant à la Consultation

psychiatrique de [...], retiennent les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère chronique, syndrome somatoforme douloureux persistant, retard mental léger, possible dysfonctionnement cérébral organique et selon les psychiatres, le pronostic était favorable [recte: défavorable] car il y a peu de possibilités d'amélioration.

En l'absence d'antécédents psychiatriques, le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne remplit pas les critères cliniques de la CIM-10, selon lesquels, ce diagnostic est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité, répondant aux critères d'une manie. Or, aucun document psychiatrique en notre possession ne met en évidence l'existence d'un premier épisode dépressif. L'épisode dépressif sévère retenu par les psychiatres du DUPA ne réunit pas tout à fait les critères cliniques de la CIM-10 qui correspond plutôt à un épisode dépressif moyen. Quoiqu'il en soit, la symptomatologie dépressive est en rémission complète. D'ailleurs, la symptomatologie dépressive réactionnelle, d'accompagnement des douleurs chroniques, ne peut pas être reconnue comme constitutive d'une comorbidité psychiatrique autonome.

Le diagnostic de retard mental léger qui repose sur l'examen psychologique du 27.09.2007, effectué sans traducteur, chez un patient maîtrisant mal la langue française, n'a pas été objectivé à l'examen clinique au SMR. Selon Madame A._____, psychologue diplômée, spécialiste en psychologie clinique FSP, les résultats de ce test doivent être pris avec la prudence nécessaire. Le diagnostic de possible dysfonctionnement cérébral organique n'a pas été confirmé par un examen neurologique ou d'imagerie.

Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est caractérisé par la douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Or, notre assuré souffre d'une pathologie somatique, raison pour laquelle nous avons retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques qui est caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient.

Les critères de sévérité reconnus par la jurisprudence actuelle ne sont pas réunis, car l'assuré ne souffre d'aucune comorbidité psychiatrique manifeste, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie.

Sur la base de notre observation clinique, notre assuré présente un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique manifeste, et la capacité de travail exigible est entière dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques. La symptomatologie dépressive réactionnelle, d'accompagnement des douleurs chroniques, ne peut pas être reconnue comme constitutive d'une comorbidité psychiatrique autonome.

Les limitations fonctionnelles:

Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

Genoux: pas de genuflexions répétées, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. (...) L'assuré ne souffre d'aucune pathologie chronique à caractère incapacitant.

(...)

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations pluridisciplinaires effectuées lors de l'examen SMR Suisse Romande du 01.04.2009 et en l'absence d'une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant, il apparaît que la capacité de travail est de 50% dans l'activité de garçon d'office ou de serveur et qu'elle est de 80% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire (...) depuis le mois de mars 1997".

Par projet de décision du 23 juin 2009, l'OAI a signifié à l'assuré le rejet sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'il n'y avait aucune modification de son état de santé depuis la dernière décision du 29 janvier 2003. L'assuré présentait toujours une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de garçon d'office et de 80% dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles requises par sa pathologie ostéoarticulaire. Au plan psychiatrique, il n'y avait aucune pathologie chronique à caractère incapacitant.

Par acte du 31 août 2009, l'assuré a formulé des objections à l'encontre du projet de décision, faisant valoir que ses affections médicales avaient été sous-estimées et sa capacité de travail résiduelle surévaluée.

Dans un rapport du 5 octobre 2009 à l'avocat de l'assuré, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et K._____, psychologue FSP, du département de psychiatrie du [...], ont rapporté ce qui suit:

"Monsieur Q. _____ nous a été adressé par le Dr [...], chef de clinique au CCPP ([...]), qui l'a vu pour un consilium demandé par la Dresse V. _____, rhumatologue. L'évaluation au CCPP a été effectuée en décembre 2008. Cette investigation a conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, ainsi qu'à un syndrome somatoforme douloureux persistant et un retard mental léger.

La demande de suivi dans notre unité portait sur une thérapie de groupe pour patients douloureux chroniques ainsi qu'un suivi ponctuel de famille avec un interprète, en raison de conflits familiaux importants.

Après quelques séances de groupe débutées en mai 2009, le patient a demandé à stopper cette expérience (la confrontation au groupe s'avérant difficile) et a fait la demande d'un suivi psychologique individuel, auprès de Madame K. _____, psychologue et animatrice du groupe. Nous avons vu Monsieur Q. _____ depuis lors à trois reprises, depuis fin août 2009.

Nos observations sont les suivantes:

Le Dr R. _____ du SMR relève que les symptômes d'un épisode dépressif sévère ne sont pas mentionnés dans le rapport du Dr [...]. Nous pouvons attester de la présence des symptômes suivants :

Humeur dépressive, diminution marquée de l'intérêt et du plaisir, diminution de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité, idées de dévalorisation avec perte de l'estime de soi importante, idées suicidaires non scénarisées, ralentissement psychomoteur marqué (alternant avec des phases d'agitation), diminution de la concentration et de l'attention, attitude pessimiste face à l'avenir, perturbation du sommeil, diminution de la libido.

Le nombre des symptômes répertoriés étaye le diagnostic de dépression sévère (selon la CIM 10), sévérité qui a été confirmée lors de la passation d'une échelle de dépression validée (BDI 24), le seuil de la dépression sévère étant fixée à 29 points minimum et le patient obtenant le résultat de 40 points.

Il s'agit selon nous d'un épisode dépressif unique, chronique, et non d'un trouble dépressif récurrent. En effet le patient ne décrit aucune amélioration temporaire de son état depuis plusieurs années, mais au contraire une péjoration progressive depuis 2003. Il faut relever cependant que l'usage est variable et que nombre de collègues parlent de trouble dépressif récurrent lorsque la dépression évolue depuis plusieurs années

Par ailleurs, les tests cognitifs effectués en septembre 2007 par Mme A. _____ méritent selon nous effectivement un complément d'investigation neuropsychologique, voire neurologique si nécessaire".

Par avis médical du 6 janvier 2010, les Drs W. _____ et R. _____ du SMR ont pris position notamment comme suit:

"(...)

Me Carré fait [...] état d'un courrier de Mme K._____, psychologue, daté du 17.7.2009, attestant la prise en charge de l'assuré dans un groupe de patients souffrant de douleurs chroniques. Outre qu'il ne s'agit pas d'un document médical, il n'y a aucune mention du status, des limitations fonctionnelles psychiatriques, ou encore de la capacité de travail.

Le rapport d'examen psychologique de Mme A._____ du 27.09.2007 était connu du psychiatre consultant du SMR. Il en est fait mention dans le rapport d'examen clinique du 1.4.2009; nous n'y reviendrons pas.

Un courrier de Mme K._____, psychologue, cosigné par le Dr S._____, et daté du 5.10.2009 mentionne les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, syndrome somatoforme douloureux persistant et retard mental léger, posés par le Dr [...] en consilium en décembre 2008. Dans le même document, on peut lire qu'il s'agit en fait d'un épisode dépressif unique, et non récurrent. Outre le fait que le document initial du Dr [...] fait défaut, il convient de dire qu'aucun élément dépressif significatif n'a été trouvé lors de l'examen psychiatrique au SMR en avril 2009. Si un état dépressif était présent avant cette date, il faut considérer qu'il était alors en rémission. De même, le trouble somatoforme douloureux persistant ne peut pas être retenu en présence d'une atteinte organique expliquant les douleurs.

En conclusion, il n'y a, à notre avis, pas d'indication à une expertise pluridisciplinaire, l'examen au SMR ayant valeur probante".

Par décision du 19 janvier 2010, l'OAI a confirmé son projet du 23 juin 2009 en retenant que l'assuré présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques et qu'il n'y avait donc aucune modification depuis la dernière décision du 29 janvier 2003 qui pourrait ouvrir le droit à des prestations de l'AI. Il se basait en particulier sur le rapport d'examen clinique du SMR du 7 avril 2009, estimant que les rapports médicaux ultérieurs, en particulier celui de Mme K._____ et du Dr S._____ du 5 octobre 2009, n'étaient pas probants.

E. Par acte du 24 février 2010, l'assuré, représenté par Me Olivier Carré, a recouru contre cette décision, concluant avec suite de frais et dépens à l'octroi d'une rente et au renvoi pour instruction complémentaire. Pour l'essentiel, il fait valoir que le volet psychique, à savoir une dépression sévère, ancienne et chronique dans le sens d'une péjoration de l'atteinte, n'a pas été suffisamment investigué de sorte qu'il se justifie de mettre en oeuvre une expertise pluridisciplinaire. A l'appui de son recours, il produit un rapport du 18 février 2010 du Dr T._____.

médecin généraliste et de la psychologue K. _____ du département de psychiatrie du [...] qui fait état de ce qui suit:

"Notre argumentation du 5 octobre 2009 allait dans le sens d'un trouble dépressif chronique, sans rémission, dont la sévérité est attestée par nos observations (humeur dépressive, diminution marquée de l'intérêt et du plaisir, diminution de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité, idées de dévalorisation avec perte de l'estime de soi importante, idées suicidaires non scénarisées, ralentissement psychomoteur marqué - alternant avec des phases d'agitation, diminution de la concentration et de l'attention, attitude pessimiste face à l'avenir, perturbation du sommeil, diminution de la libido), se péjorant depuis 2003, donc évoluant de manière défavorable.

Nous n'avons donc pas confirmé les observations faites précédemment par nos confrères qui évoquaient un trouble dépressif récurrent (rapport du Dr [...] de décembre 2008) et nous pensons donc qu'en date du 1^{er} avril 2009 (date d'évaluation psychiatrique du SMR), le patient présentait déjà les symptômes précités, ceci depuis 2003 au moins.

Depuis le début du suivi individuel de M. Q. _____ à notre consultation (août 2009), motivé par le trouble dépressif chronique, nous observons clairement une péjoration de son état psychique, attesté par les mesures de dépression effectuées (diagnostic de dépression sévère attesté par une échelle validée, le BDI-21), mais également par nos observations cliniques. En effet, le patient décrit de plus en plus des signes inquiétants, tels un isolement social presque complet, une cessation presque totale des quelques activités qu'il pratiquait encore jusqu'alors, un détachement affectif de plus en plus présent, un désintérêt pour ses proches, ainsi que l'occurrence de plus en plus régulière d'idées suicidaires, avec scénarios de passage à l'acte de plus en plus précis. Pour toutes ces raisons, nous avons décidé de rapprocher nos entrevues, à raison d'une fois toutes les deux semaines, puis une fois par semaine depuis janvier 2010. Nous ne pouvons donc approuver, comme le stipule le rapport de Mme [...] basé sur l'expertise du SMR, l'idée que M. Q. _____ ne souffre «pas de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes». Au contraire, nous pensons que l'atteinte psychiatrique est majeure et invalidante".

Dans sa réponse du 11 mars 2010 (recte: 11 mai 2010), l'OAI a maintenu sa position, se référant au rapport du SMR du 7 avril 2009, ainsi qu'à l'avis des Drs W. _____ et R. _____ du SMR du 5 mai 2010, dont il ressort notamment ce qui suit:

"Le seul argument «médical» sur lequel Me Carré fonde son recours consiste à dire que l'OAI aurait une «conception erronée» de l'état de santé psychique de son client. Nous ignorons à quelle «attestation du Service de psychiatrie du _____» l'avocat se réfère en page 4 de son écrit, mais il est parfaitement fallacieux de dire que nous n'avons pas instruit le dossier «plus avant». Pour ma part, j'observe que le consilium psychiatrique du Dr H. _____ (15.10.2007) a été pris en

considération et longuement commenté dans un avis du 11.3.2009. Au terme de notre analyse, nous avons recommandé la mise en place d'un examen bidisciplinaire au SMR. Ce dernier a été réalisé le 1.4.2009. On ne peut guère aller « plus avant » en matière d'instruction.

Me Carré produit une «clarification éloquent» sous la signature du Dr T. _____ et de Mme K. _____, en date du 18.2.2010. A cet égard, je remarque que le diagnostic cité par le Dr T. _____ n'est pas connu de la nosographie internationale. Selon la description faite, il pourrait s'agir d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), mais, faute de précisions, ceci n'est que supputation. Au surplus, sachant que le suivi de l'assuré à la consultation de [...] a débuté en août 2009, il paraît pour le moins téméraire de réfuter sans aucun argument, les observations d'un psychiatre confirmé en avril 2009.

Enfin, j'observe que le Dr T. _____ ne se prononce pas expressément sur la capacité de travail de l'assuré.

En conclusion, le document produit reflète peut-être la situation actuelle de l'assuré, mais il ne contient pas d'élément de nature à remettre en question la position arrêtée au terme de l'examen bidisciplinaire au SMR.

Il se peut que l'état de santé de l'assuré se soit péjoré depuis avril 2009 (date de l'examen clinique au SMR). Cette hypothèse ne peut se vérifier que par une instruction complémentaire, préférablement sous forme d'une expertise neutre. Le cas échéant, nous sommes disposés à fournir au juge une liste d'experts".

Par réplique du 23 juin 2010, le recourant a demandé la tenue d'une audience sans en indiquer la raison et produit deux rapports médicaux complémentaires, soit un rapport du 21 juin 2010 du Dr T. _____ et de Mme K. _____, ainsi qu'un rapport du 16 février 2010 de la Dresse V. _____.

Dans le premier rapport, il était précisé ce qui suit:

« En réponse à l'avis médical émis le 5 mai 2010 par le Dr R. _____ du SMR, nous confirmons le tableau clinique décrit dans notre courrier du 18 février 2010, correspondant au tableau clinique déjà décrit en octobre 2009, à savoir, que nous avons affaire à un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, au sens de la CIM-10 (F32.2), qui s'est chronifié depuis 2003 au moins, et qui résiste à toute amélioration, malgré la prise en charge médicale et psychologique.

En effet, la symptomatologie dépressive est restée constante et persistante, ne présentant aucun épisode de rémission, ce qui exclut le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33), au sens de la CIM-10, comme le mentionnait déjà notre confrère le Dr S. _____, en octobre 2009.

Pour rappel, Monsieur Q. _____ a été vu et évalué premièrement par notre confrère le Dr H. _____ à la consultation de [...] en octobre

2007, puis en décembre 2008 par le Dr [...], lors d'un consilium demandé par la Dresse V._____, rhumatologue (inquiète de voir son patient se péjorer sur le plan psychiatrique, malgré une médication psychotrope), également à la consultation de [...]. Suite à ce consilium, il a intégré un groupe pour patients souffrant de douleurs chroniques en avril 2009 [...], puis a fait la demande d'un suivi psychologique en individuel [...], suivi qui existe depuis août 2009.

Nous nous prononçons expressément sur la capacité de travail de Monsieur Q._____ comme suit: Nous affirmons que l'atteinte psychiatrique est majeure et invalidante et que l'incapacité de travail est de 100%. Selon nous, l'octroi d'une rente AI stabiliserait la situation financière de Monsieur et permettrait une diminution des angoisses liées à ce sujet [...].

Quant au second rapport, il était rédigé en ces termes:

"J'ai revu M. Q._____ en consultation en raison d'exacerbation de douleurs lombaires avec des douleurs intenses dans la région de la péri-hanche gauche, M. Q._____ est gêné depuis le mois de septembre 2009.

[...]

Compte tenu de cette recrudescence de douleurs lombofessière gauche avec irradiation dans le membre inférieur gauche et douleurs à la marche apparaissant dans l'aine, de nouvelles RX de la colonne lombaire ont été effectuées, comparées aux dernières datant de 1996. Ces nouveaux clichés de la colonne lombaire face/profil ne montrent pas de nouvelle atteinte, il n'y a tout spécialement pas d'aggravation du pincement postérieur de L5-S1, une discrète spondylose lombaire, un sacrum bien horizontalisé qui contribue à une surcharge des articulaires postérieures lombosacrées".

Par duplique du 30 juillet 2010, l'OAI a proposé qu'une instruction complémentaire soit mise en oeuvre, parce que les renseignements obtenus laissent planer un doute sérieux quant à l'évolution de la situation, sur le plan psychiatrique, entre avril 2009 - date de l'examen clinique bidisciplinaire au SMR - et janvier 2010 - date de la décision attaquée. Il précisait avoir encouragé l'assuré à déposer une nouvelle demande, dans l'hypothèse d'une aggravation durable de la situation ultérieure à la décision, ce que l'assuré avait fait. A l'appui de sa duplique, l'OAI a produit un avis du SMR du 20 juillet 2010, dont il ressort en substance ce qui suit:

"A l'appui de sa réplique, le recourant produit les documents médicaux suivants:

1. Courrier du Dr T. _____ à Me Carré du 21.6.2010: le Dr _____ confirme notre intuition diagnostique exprimée dans l'avis SMR du 5.5.2010. Le diagnostic retenu est bien celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, justifiant une incapacité de travail totale. La survenance de l'incapacité n'est pas précisée. On peut regretter que le Dr T. _____ ne se prononce pas sur le contenu de l'examen psychiatrique au SMR, que Me Carré a peut-être omis de lui transmettre.

Au plan psychiatrique, rien ne permet de remettre en question la position arrêtée au terme de l'examen bidisciplinaire au SMR. Comme nous l'avons déjà écrit, « il se peut que l'état de santé se soit péjoré depuis avril 2009 », mais cette hypothèse devrait être vérifiée par une instruction complémentaire.

2. Rapport de la Dresse V. _____ du 16.2.2010: fait état d'une consultation en raison d'une exacerbation de douleurs lombaires, sans modification des images radiologiques. Des infiltrations postérieures sont proposées. Cette consultation étant postérieure à la décision attaquée, il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans la présente procédure".

Par déterminations du 14 octobre 2010, le recourant a précisé que conformément au conseil de l'OAI, il avait déposé une nouvelle demande AI et que de nouvelles investigations avaient été immédiatement diligentées (rapports médicaux demandés par l'OAI à la Dresse V. _____ du 5 août 2010 ainsi qu'au Dr P. _____ et Mme K. _____ du 29 septembre 2010, qui reprennent en substance les éléments qui précèdent). Il sollicitait l'audition d'un témoin sans en motiver la raison et constatait que l'intimé admettait une aggravation et qu'une incertitude demeurait sur la question de savoir si celle-ci était antérieure ou postérieure à la décision entreprise. Dans leur rapport du 29 septembre 2009, le Dr P. _____ et Mme K. _____, précisaient que le recourant présentait un épisode dépressif sévère au moins depuis janvier 2003, ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux persistant depuis 1997.

Par déterminations du 4 novembre 2010, l'OAI s'est rallié à un avis du SMR du 28 octobre 2010 (Drs W. _____ et R. _____), dont il ressort notamment ce qui suit:

« En préambule, il convient de corriger quelque peu les propos de Me Carré dans son courrier au Tribunal Cantonal du 14.10.2010. Le SMR n'a jamais admis une aggravation de l'état de santé. Nous avons écrit qu'une aggravation était possible depuis avril 2009, mais que cette hypothèse devait être vérifiée par une instruction complémentaire, préférablement sous forme d'une expertise neutre. Cette proposition reste d'actualité.

Une expertise rhumato-psychiatrique devrait être mise sur pieds. La présence d'un traducteur neutre est requise. Outre les questions habituelles, les experts devraient se prononcer sur le rapport d'examen au SMR du 1.4.2009, et sur l'évolution de l'état de santé depuis lors.

Au surplus, il nous est demandé de commenter les pièces médicales ajoutées au dossier.

1. Rapport du Dr P. _____ et de Mme K. _____, psychologue, du 29.9.2010 conclut à un épisode dépressif sévère et un syndrome douloureux somatoforme persistant, justifiant une incapacité de travail de 100% depuis novembre 1997, quand bien même ils ne suivent l'assuré que depuis juin 2009. Cette façon d'apprécier une incapacité rétrospective de 13 ans, sans tenir compte de l'avis d'un psychiatre confirmé qui elle, a vu l'assuré, me paraît pour le moins téméraire, nous l'avons déjà dit. Cette simple constatation devrait suffire à jeter un sérieux doute sur la valeur probante de ce rapport.

2. Rapport du 5.8.2010 de la Dresse V. _____ : dit que la situation a peu évolué, M. Q. _____ présentant des douleurs chroniques tous les jours, d'intensité fluctuante, exacerbées au moindre effort. La Dresse V. _____ ne se prononce pas expressément sur la capacité de travail, précisant toutefois que l'assuré pourrait travailler assis 1-2 heures de suite, et reprendre une activité légère en atelier protégé.

Je rappelle qu'en juillet 2007, la Dresse V. _____ écrivait: «En résumé, je ne pense donc pas que l'atteinte somatique en elle-même suffise pour entrer en matière avec l'assurance-invalidité, mais qu'éventuellement une atteinte de la santé psychique de Monsieur Q. _____ pourrait apporter matière à discussion.»

[...]

3. Rapport du Dr [...] du 27.7.2010 : cite les diagnostics déjà connus et atteste une incapacité de travail totale depuis 1997 en tant que femme au foyer! Parle-t-on de la même personne? Cette confusion jette un doute sur le caractère probant du rapport.

Au total, aucun de ces documents ne permet d'affirmer que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis avril 2009. La question ne peut être résolue que par une expertise externe. Si le Tribunal en décide ainsi, nous sommes disposés à fournir une liste d'experts".

Se déterminant le 11 janvier 2011, le recourant a demandé la mise en oeuvre d'une expertise compte tenu des différentes appréciations entre les médecins notamment sur la nature, l'ampleur et la durabilité des atteintes psychiques.

Par écrit du 25 janvier 2011, l'OAI a renvoyé à la décision querellée ainsi qu'à son écriture du 30 juillet 2010.

Le 4 octobre 2011, le recourant a réitéré sa requête tendant à la tenue d'une audience avec audition d'un témoin et à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il respecte les autres conditions de forme (cf. notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite d'une nouvelle demande déposée le 19 février 2008, le recourant invoquant une aggravation de son état de santé, en particulier sur le plan psychique.

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA - lequel reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé lors de l'en vigueur de la LPGA -, lorsque 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. 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 où 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 (cf. art. 87 al. 2 RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; dès le 1^{er} janvier 2012, cf. art. 87 al. 1 let. a et b RAI).

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; 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 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). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). 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. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, p. 351; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée).

b) Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes: 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 (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative; selon cette disposition, 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.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 3c; 105 V 156, consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2).

c) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire. Ainsi, selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L'office AI dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si l'OAI estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, il doit mettre en oeuvre les

mesures nécessaires au complément d'instruction (ATF 132 V 93; TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). 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). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à

l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

4. a) En l'espèce, pour déterminer si le recourant a le droit à une rente d'invalidité, suite à sa nouvelle demande du 19 février 2008, il y a lieu de comparer les faits - en particulier la situation médicale - tels qu'ils se présentaient à l'époque de la dernière décision du 20 janvier 2004 avec ceux existants lors de la décision du 19 janvier 2010; la décision du 20 janvier 2004 est en effet la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. supra consid. 3a).

b) Le litige porte en particulier sur le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est péjoré, pendant cette période déterminante, dans le sens qu'il aurait développé une pathologie psychique de nature invalidante. Pour le recourant, en substance, les pièces au dossier

montrent qu'il souffre d'une dépression sévère ancienne et chronifiée depuis 2003; subsidiairement, il requiert une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise judiciaire, pour déterminer la nature, l'ampleur et la durabilité de ses atteintes psychiques. Quant à l'OAI, à la suite des différents rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de ses écritures, il a convenu qu'une instruction médicale complémentaire était nécessaire, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire rhumatopsychiatrique neutre, afin de déterminer si l'état de santé, en particulier psychique, du recourant s'était aggravé depuis l'examen médical effectué par le SMR le 1^{er} avril 2009. Il préconisait notamment que les experts se prononcent sur le rapport d'examen du SMR du 7 avril 2009 et sur l'évolution de l'état de santé depuis lors.

Les pièces médicales présentes au dossier sont contradictoires tant en ce qui concerne la nature que le début d'une éventuelle atteinte à la santé psychique du recourant. D'un côté, les divers rapports émanant du département de psychiatrie du [...] attestent de l'existence d'un trouble dépressif sévère, chronique, la situation se péjorant progressivement depuis 2003 et la capacité de travail du recourant étant ainsi nulle depuis 2003 (rapports médicaux du 5 octobre 2009 du Dr S. _____ et de Mme K. _____, ainsi que des 18 février 2010 et 21 juin 2010 du Dr T. _____ et de Mme K. _____); par ailleurs, dans leur rapport du 15 octobre 2007, les Drs H. _____ et X. _____ de la consultation de psychiatrie de [...], indiquaient que le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère chronique, et que sa capacité de travail était nulle; le Dr T. _____ et Mme K. _____ ont de plus attesté d'une péjoration claire de l'état psychique du recourant à partir du début de sa prise en charge individuelle à la consultation de psychiatrie du [...], en août 2009. De l'autre côté, la Dresse O. _____ du SMR a retenu, dans son rapport médical du 7 avril 2009, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, et considéré que la capacité de travail était totale d'un point de vue psychique.

ba) En ce qui concerne le point de départ de l'éventuelle aggravation de l'état de santé, l'appréciation des médecins du service de

psychiatrie du [...], selon laquelle le recourant présenterait un trouble dépressif sévère chronique depuis 2003, apparaît peu vraisemblable. En effet, outre qu'ils fixent ce point de départ en se basant uniquement sur les déclarations du recourant, ce dernier n'est suivi de manière régulière, au plan psychique, que depuis le mois de juin 2009 (d'abord dans le cadre d'une thérapie de groupe, puis à partir du mois d'août 2009 en thérapie individuelle). Au vu de ces éléments, on peut sérieusement douter de la fiabilité de leur appréciation s'agissant de l'évolution de l'état de santé du recourant depuis 2003. Quant au rapport du 15 octobre 2007 des Dr H._____ et X._____, retenant l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère chronique, ces médecins estimant par ailleurs nulle la capacité de travail du recourant, il est peu convainquant. En effet, d'une part, le caractère récurrent du trouble ne peut être retenu, en l'absence d'un document médical attestant de l'existence d'antécédents psychiatriques avant ce diagnostic, comme l'ont expliqué les Dr W._____ et R._____ du SMR dans leur avis médical du 10 mars 2009, ainsi que la Dresse O._____ dans le rapport médical du 7 avril 2009. D'autre part, au sujet de la sévérité de l'état dépressif, les médecins du SMR ont expliqué que les symptômes mis en évidence par les Dr H._____ et X._____ ne remplissaient pas les critères cliniques de la CIM-10 permettant de qualifier de sévère un épisode dépressif. Compte tenu de ces explications, on ne saurait se fonder sur le rapport des Dr H._____ et X._____, qui contient trop d'imprécisions. Les médecins du SMR ont quant à eux retenu, dans leur rapport du 7 avril 2009, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans valeur invalidante. Cette appréciation emporte conviction. En effet, elle tient compte de l'anamnèse et des plaintes exprimées par le recourant et le diagnostic posé est motivé par une série d'observations cliniques: les médecins du SMR, après avoir constaté l'absence de symptômes signes d'atteintes psychiatriques graves (dépression majeure, anxiété généralisée, agoraphobie, phobie sociale, etc.), ont relevé la présence de quelques traits dépressifs discrets et noté que l'assuré était démonstratif, présentait une amplification verbale, ainsi que des plaintes somatiques accompagnées d'un sentiment de désarroi.

Il résulte de ce qui précède que, s'agissant de la période antérieure au 1^{er} avril 2009, date de l'examen clinique et rhumatologique effectué par le SMR, l'existence d'une modification importante de l'état de santé psychique du recourant, susceptible d'avoir une influence sur son droit à la rente, n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

bb) Toutefois, en ce qui concerne la période postérieure à cet examen, les spécialistes du service de psychiatrie du _____, en particulier le Dr T. _____ et la psychologue T. _____, ont clairement observé une péjoration de l'état psychique du recourant, depuis le début de son suivi individuel régulier (au mois d'août 2009); ils ont en effet attesté que ce dernier présentait de plus en plus de signes inquiétants, tels un isolement social presque complet, une cessation presque totale des quelques activités qu'il pratiquait encore jusqu'alors, un détachement affectif de plus en plus présent, un désintérêt pour ses proches, ainsi que l'occurrence de plus en plus régulière d'idées suicidaires avec scénarios de passages à l'acte (cf. leur rapport du 18 février 2010 et ainsi que le rapport du 5 octobre 2009 du Dr S. _____ et de la psychologue K. _____). Sur la base de ces éléments, il apparaît vraisemblable que l'état de santé du recourant se soit péjoré au point d'influencer sa capacité de travail; cependant, sur ce dernier point, on ne peut suivre ces praticiens qui estiment que le recourant présente une incapacité de travail totale depuis 2003, pour les motifs qui précèdent (supra, consid. 4 b/ba). Quant à leur dernière appréciation, selon laquelle le recourant se trouverait en incapacité totale de travailler depuis 1997 déjà, en raison d'un trouble somatoforme douloureux (cf. le rapport médical du 29 septembre 2010 du Dr P. _____ et la psychologue K. _____), elle ne peut être retenue, car la présence d'un tel trouble a été écarté de manière convaincante par le SMR dans le rapport médical du 7 avril 2009.

Il s'ensuit que, comme l'intimé l'a du reste admis, des éléments importants permettent de soutenir que, depuis le mois d'avril 2009 - soit avant la date de la décision litigieuse - , l'état de santé psychique du recourant s'est aggravé au point d'influencer sa capacité de

travail, de sorte qu'un complément d'instruction s'avère nécessaire sur ce point.

5. Reste à examiner sous quelle forme ce complément d'instruction doit intervenir.

a) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: il peut soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va autrement lorsqu'un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, malgré la production par le recourant du rapport du 5 octobre 2009 du Dr S._____ et de Mme K._____, attestant de son suivi régulier dans un service psychiatrique depuis plusieurs mois et de la présence de symptômes inquiétants, l'OAI n'a pas jugé nécessaire d'instruire plus avant sur ces éléments avant de rendre sa décision; il s'est

limité à suivre l'avis du SMR (du 6 janvier 2010) concluant qu'un examen complémentaire n'était pas nécessaire, alors que cet avis ne contenait pas d'analyse sérieuse de ces nouveaux éléments. Dans ces circonstances, on doit considérer que l'OAI a établi les faits de façon sommaire, de sorte qu'il y a lieu de lui renvoyer le dossier pour qu'il mette en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Par ailleurs, le renvoi se justifie également compte tenu du dépôt d'une nouvelle demande de prestations AI et de l'ampleur de l'instruction complémentaire nécessaire.

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, est admis. La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique, telle que préconisée par l'OAI, conformément à l'art. 44 LPGA.

b) Des frais judiciaires à hauteur de 400 francs sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

Obtenant gain de cause, le recourant a le droit à des dépens, fixés, compte tenu de l'importance de la cause et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD), à 2'000 francs (deux mille francs) et mis à la charge de l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 19 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la

cause renvoyée à l'Office pour complément d'instruction au sens des considérants.

III. Des frais judiciaires, à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. Le recourant, Q._____, a le droit à des dépens fixés à 2'000 fr. (deux mille francs) et mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour Q._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :