

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mai 2011

Présidence de M. DIND
Juges : M. Bonard et Mme Moyard, assesseurs
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

S. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après: l'assuré), ressortissant portugais né en 1958, travaillant en qualité de chauffeur poids lourd auprès de l'entreprise [...] SA depuis 1997, a déposé le 18 février 1999 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), indiquant souffrir d'une hernie discale depuis 1996.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a confié une expertise médicale au Dr V._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 22 juillet 2002, ce dernier a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux sous forme de lombalgies chroniques, de cervicalgies subaiguës et de troubles dégénératifs du rachis. Il considérait que, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré était de 50% dans son ancienne activité, mais qu'elle était complète dans une activité légère, excluant le port de charges répétitifs de plus de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et permettant l'alternance des positions.

Le 20 novembre 2002, l'assuré a été convoqué à un examen clinique psychiatrique auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR). Dans son rapport du 26 novembre 2002, le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux sous forme de lombalgies chroniques. Il relevait que l'examen n'avait pas mis en évidence de trouble dépressif ou anxieux justifiant une incapacité de travail, ni de comorbidité psychiatrique, et qu'en l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, l'assuré ne présentait pas de limitations supérieures à celles définies dans le cadre de l'expertise du Dr V._____. Il concluait que l'assuré présentait une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée.

Dans un rapport médical du 9 septembre 2004 adressé au médecin traitant, le Dr P._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que ces dernières années, l'état de l'assuré s'était certainement dégradé, qu'il ne souffrait pas seulement de lombalgies mais aussi de cervicalgies et de gonalgies bilatérales. Au terme du rapport, il a mentionné ne pas voir quelle activité professionnelle adaptée à ses douleurs pourrait être proposée à l'assuré.

Par décision sur opposition du 18 février 2005, confirmant sa précédente décision du 10 mai 2004, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, se fondant particulièrement sur le rapport d'expertise psychiatrique du 20 novembre 2002 qu'il considérait comme probant. Il estimait que le rapport du Dr P._____ ne faisait part que d'éléments subjectifs et ne contenait aucun élément objectif permettant d'admettre une aggravation significative de l'état de santé de l'assuré, dont la capacité de travail exigible était donc entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Partant, l'intéressé pouvait prétendre à un revenu annuel brut de 50'076 fr. qui, en comparaison du revenu sans invalidité de 61'235 fr. 85, mettait en évidence un degré d'invalidité de 18%, ce qui ne lui donnait pas droit à des prestations AI.

Le Tribunal des assurances a rejeté le recours formé par l'assuré à l'encontre de la décision sur opposition, par arrêt du 8 mars 2006 (référence: cause AI 71/05 - 125/2006).

B. S._____ a formulé une nouvelle demande de prestations de l'AI tendant à l'octroi d'une rente le 2 juin 2008, indiquant quant au genre d'atteinte "lombalgies, cervicalgies, gonalgies bilatérales, problèmes rhumatismaux au genou droit, ulcère gastro-duodénal et problèmes de dépression", depuis 1999. Il joignait à la demande l'évaluation de stage à la fondation IPT (intégration pour tous) qu'il avait effectuée aux ateliers [...], au taux de 50%, du 18 février au 14 avril 2008. Au terme de l'évaluation, il était retenu que l'assuré avait des problèmes physiques apparents entraînant une perte de rendement et de précision sur certains

travaux demandant une grande concentration et une position statique, qu'il prenait plusieurs pauses supplémentaires pour lui permettre de moins souffrir et qu'une nouvelle demande AI devrait être envisagée.

Procédant à l'instruction de la demande de prestations de l'assuré, l'OAI a demandé au médecin traitant, la Dresse Q._____, spécialiste FMH en médecine interne, au Dr W._____, spécialiste FMH en médecine interne et gastroentérologie, et au Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de lui adresser un rapport médical.

Dans le rapport du 8 juillet 2008, le Dr W._____ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies existant depuis 1995. Il mentionnait, comme sans répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de reflux gastro-oesophagien, de syndrome de l'intestin irritable, de diarrhées post-vagotomie, de status après vagotomie tronculaire avec pyloroplastie en 1991, d'hypertension artérielle, de goutte et d'état dépressif depuis un an et demi. Il considérait, du point de vue strictement gastroentérologique, que le pronostic était bon dans la mesure où le patient était moyennement gêné par son reflux et retenait une incapacité de travail totale dans la profession de chauffeur poids lourd, depuis janvier 1999.

En date du 17 juillet 2008, la Dresse Q._____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants:

- lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne vertébrale, depuis 1991
- status après hernie discale L3-L4 droite très latérale avec hernie foraminale. Visible au CT-Scan sans syndrome radiculaire à l'examen clinique ni à l'EMG, depuis 1995
- exacerbation aiguë des lombalgies, suivie de plusieurs récives, pas de hernie discale objectivée radiologiquement actuellement. Pas de troubles neurologiques en 1999
- état dépressif, depuis 2006
- troubles anxieux, aggravés dès 2000, depuis 1990 au moins.

Elle retenait les pathologies gastroentérologiques comme sans répercussion sur la capacité de travail, ainsi que l'hypertension artérielle depuis 2002 et une hyperuricémie depuis 2003. Elle considérait que l'incapacité de travail était entière depuis 1999 dans l'activité habituelle et que, théoriquement, sur le plan somatique, on pouvait estimer la capacité de travail à 50% dans une nouvelle activité, adaptée et allégée (sans charges à porter) et alternée du point de vue de la position au travail, avec aménagement de la place de travail.

Le 18 juillet 2008, le Dr N._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble somatoforme douloureux, de trouble anxieux sans précision (F41.9) et de lombalgies chroniques, existant depuis une dizaine d'années. Il estimait qu'il n'y avait pas de maladie psychiatrique justifiant une incapacité "séparée", les limitations fonctionnelles étant uniquement physiques. Il n'avait pas de pronostic à formuler sur le plan psychiatrique, le réservant toutefois quant au trouble somatoforme.

Le 24 octobre 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement en raison de son état de santé; il examinerait dès lors son droit à une rente.

Invité à prendre position sur la nouvelle demande, le SMR, par le Dr F._____, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué ce qui suit dans l'avis du 23 décembre 2008:

"Dans le cadre de cette 2^{ème} demande, nous devons déterminer si l'état de santé de l'assuré s'est péjoré depuis la DSO du 18.2.2005.

Au vu des rapports à disposition, les plaintes et l'atteinte ostéo-articulaire sont inchangées. L'atteinte digestive est ancienne et n'a pas d'influence sur la capacité de travail. Le recours à un psychiatre est nouveau, mais aux dires mêmes du Dr N._____, les troubles constatés ne sont pas incapacitants.

Nous devons donc conclure qu'il n'y a pas de modification significative de l'état de santé depuis février 2005. La capacité de travail reste telle qu'indiquée dans le précédent rapport SMR du 27.11.2002."

Par communication du 29 janvier 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'une orientation professionnelle pour déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle aurait lieu prochainement à l'Office.

Dans un projet de décision du 6 février 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant un degré d'invalidité de 18.22% après comparaison des revenus. La motivation de ce projet était en substance la suivante:

"A réception de votre nouvelle demande AI, nous avons demandé des renseignements médicaux pour connaître l'évolution de votre état de santé. A réception de ceux-ci, nous avons transmis votre dossier pour un examen approfondi au Service médical régional.

Au cours de l'instruction de votre demande initiale, nous avons reconnu que vous présentiez une incapacité de travail de 50% en qualité de chauffeur PL et une pleine exigibilité dans une activité adaptée, en raison de vos lombalgies chroniques.

Selon les conclusions du Service médical régional par rapport aux renseignements médicaux, il s'avère que les plaintes et l'atteinte ostéo-articulaire sont inchangées. L'atteinte digestive est ancienne et n'a aucune influence sur votre capacité de travail. Le recours à un psychiatre est nouveau, toutefois les troubles constatés ne sont pas incapacitants.

Nous devons dès lors conclure qu'il n'y a pas de modification significative de l'état de santé depuis le mois de février 2005 date du dernier examen de votre dossier par le Service médical régional.

Vous présentez donc une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui sont les suivantes: travail avec rachis en porte à faux, travaux lourds, port de charges supérieur à 15 kg de façon répétitive, positions statiques prolongées."

Le 10 mars 2009, l'assuré, par son conseil, a contesté ce projet de décision, faisant valoir que l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, ou à tout le moins psychiatrique, permettant d'examiner l'aggravation de son état de santé, en raison notamment du diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par le Dr N._____. Il estimait, sur la base de l'évaluation du stage IPT, qu'il ne pouvait travailler dans l'activité simple et répétitive que l'OAI lui avait suggéré et concluait à une incapacité de travail d'au moins 50%.

Analysant la demande de complément d'instruction sous forme d'une expertise pluridisciplinaire, le SMR s'est déterminé comme suit, dans un avis du 21 avril 2009:

"1. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant n'est pas nouveau. Il avait été retenu en 2002 déjà par le Dr D._____, psychiatre FMH, lors d'un examen clinique au SMR. A cette époque, aucune comorbidité psychiatrique significative n'ayant été mise en évidence, le trouble somatoforme n'avait pas été jugé incapacitant. Ce rapport a été reconnu comme probant par le TCA dans son jugement du 8.3.2006.

2. Nous sommes actuellement exactement dans la même configuration. L'assuré bénéficie d'un suivi psychiatrique par le Dr N._____, lequel retient également le trouble somatoforme douloureux, un trouble anxieux sans précision, et des lombalgies chroniques. Il prend soin d'ajouter que "le problème est avant tout sur le terrain somatique". Les limitations fonctionnelles sont exclusivement somatiques (chiffre 1.7). On ne saurait être plus clair. En d'autres termes, cela signifie que la pathologie psychiatrique n'est pas incapacitante.

3. Quoi qu'en dise Me Dupont, le reflux gastro-oesophagien [...] et le syndrome de l'intestin irritable ne sauraient constituer une pathologie invalidante. C'est aussi l'avis du Dr W._____, gastro-entérologue FMH, qui fait figurer ces diagnostics dans la rubrique des diagnostics sans effet sur la capacité de travail (chiffre 1.1). Il précise ensuite à 4 reprises (chiffre 1.8-1.10) que la demande de rente AI est essentiellement motivée pour des questions rhumatologiques.

4. La Dresse Q._____ rappelle les lombalgies, globalement inchangées depuis 1999. sans atteinte neurologique. Elle atteste une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée sans apporter d'argument pour justifier une telle diminution. En l'absence de changement, nous nous en tenons à l'appréciation issue de l'expertise du Dr V._____ (soit une CT de 50% dans l'activité exercée, et une exigibilité de 100% dans une activité adaptée).

5. Les résultats du stage d'observation aux [...] ne sont en rien contradictoires avec les conclusions médicales. Le rendement est estimé à 50-69% (chiffre 6) dans une activité manifestement pas adaptée (chiffre 20).

Au vu de ce qui précède, nous estimons qu'une instruction complémentaire n'est pas nécessaire, en l'absence de changement significatif de l'état de santé depuis la décision sur opposition du 18.2.2005, entrée en force après le jugement du TCA du 8.3.2006."

Par décision du 8 septembre 2009, dont la motivation était identique à celle du projet de décision du 6 février 2009, l'OAI a nié le droit

de l'assuré à une rente d'invalidité. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a repris les considérations du SMR et conclu que la contestation du 10 mars 2009 n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position.

C. Par acte de son mandataire du 9 octobre 2009, l'assuré a recouru contre cette décision, en concluant avec dépens principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 50% au moins, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de l'affaire pour complément d'instruction. Il fait valoir en substance que l'OAI ne pouvait se satisfaire d'une instruction médicale sur dossier, alors que les Drs N._____ et Q._____ se contredisent l'un l'autre, et qu'il existe des indices attestant de la péjoration de son état de santé sur le plan psychique, à savoir la consultation régulière d'un psychiatre depuis 2006 et la prise d'une médication anxiolytique. Il ajoute que les limitations fonctionnelles dressées par la Dresse Q._____, comparées à celles du Dr V._____, laisse présumer une aggravation de l'état de santé. Il relève que le fait que le Dr N._____ considère les troubles psychiques comme non invalidants n'est pas suffisant pour faire échec à ce raisonnement, étant mentionné qu'il appartient à l'administration - respectivement au juge - de se prononcer sur le caractère invalidant, et non au médecin traitant. De même, le fait que le Dr W._____ estime que les pathologies ne sont pas invalidantes ne doit pas faire perdre de vue qu'elles peuvent jouer un rôle dans le cadre de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. Il requiert, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre.

Dans sa réponse du 1^{er} décembre 2009, l'OAI conclut au rejet du recours.

Par écriture du 15 février 2010, le recourant, par son conseil, confirme ses conclusions et la requête d'expertise. Il produit en outre un rapport médical du Dr N._____ du 22 janvier 2010, faisant état d'une aggravation de son état de santé psychiatrique (symptômes phobiques qui

se sont amplifiés progressivement, restreignant sa mobilité et son adaptation sociale). Aux termes du rapport, le psychiatre traitant estime que les troubles psychiques n'ont pas, ces dernières années, représentés le facteur déterminant d'une incapacité durable de travailler. Cependant, ces derniers mois, le recourant a annoncé des symptômes phobiques, en particulier agoraphobiques, qui se seraient amplifiés progressivement, restreignant sa mobilité et son adaptation sociale. Il relève que ce qui semble évident, "qu'il y ait exagération des troubles ou non", concerne les ressources et limitations personnelles de l'assuré qui paraît de moins en moins en mesure de faire face à sa situation et d'en comprendre les enjeux.

Dans ses déterminations du 12 mars 2010, l'OAI préavise pour le rejet du recours. Il produit en outre l'avis médical SMR du 8 mars 2010 du Dr F._____, à la teneur suivante:

"Dans son courrier du 22.1.2010, le Dr N._____ confirme que l'atteinte psychique ne justifie pas à elle seule une incapacité de travail durable. Il décrit un assuré installé dans une identité d'invalidé, réticent à se faire traiter.

Ce document ne donne manifestement pas matière à revoir notre position."

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La Cour de céans est compétente pour statuer sur le présent recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) contre la décision rendue le 8 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

2. En l'espèce, le litige porte principalement sur la détermination de la capacité de travail du recourant, sur les plans tant somatique que psychiatrique, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant reproche à l'OAI de s'être satisfait d'une instruction médicale sur dossier, sans avoir procédé à un examen au SMR, alors que les médecins interrogés ont émis des appréciations se contredisant. Il conteste disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en raison de l'aggravation de son état de santé sur le plan psychique, des limitations fonctionnelles attestées par son médecin traitant et de l'absence d'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. L'OAI retient quant à lui une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et constate qu'il n'y a pas eu de modification significative de l'état de santé depuis le mois de février 2005, date du dernier examen du dossier par le SMR.

3. a) Aux termes de 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 LAI). Toute "invalidité" n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Il sied de préciser que l'incapacité de gain se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité de travailler dans sa profession habituelle. Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, elle

ne peut accomplir une partie ou la totalité du travail qui peut raisonnablement être exigée d'elle dans sa profession ou son domaine d'activité. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA). Est par contre réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents 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. 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; TF8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1; I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3; I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6.1).

c) 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 trancher 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 cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitant, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns

et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_210/2010 du 7 septembre 2010 consid. 2.3; 9C_142/2008 du 16 octobre 2008 consid. 2.2).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). Le Tribunal fédéral a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références).

4. Il convient d'apprécier la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies. Ce dernier est d'avis qu'au vu de l'aggravation de la problématique psychique, sa capacité de travail ne peut être supérieure à 50%.

a) Dans le cadre de la première demande de prestations AI, une expertise médicale avait été réalisée par le Dr V._____ en juillet 2002. Les diagnostics retenus étaient un trouble somatoforme douloureux sous forme de lombalgies chroniques, des cervicalgies subaiguës et des troubles dégénératifs modérés du rachis. Au terme de l'expertise, le rhumatologue avait retenu que la capacité de travail était de 50% dans l'ancienne activité de chauffeur livreur mais qu'elle était complète dans une activité légère, excluant le port de charges répétitifs de plus de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et permettant l'alternance des positions.

Un examen psychiatrique avait ensuite été réalisé par le SMR en novembre 2002. Le seul diagnostic posé était un trouble somatoforme douloureux sous forme de lombalgies chroniques. L'examen n'avait pas mis en évidence de trouble dépressif ou anxieux justifiant une incapacité de travail. Au terme de l'examen psychiatrique, le Dr D._____ avait constaté l'absence de limitations fonctionnelles et retenu une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée.

En l'absence d'éléments d'ordre psychique invalidants et, compte tenu des lombalgies chroniques - même si elles représentaient une atteinte à la santé potentiellement invalidante - compatibles avec une activité adaptée aux limitations évoquées, il s'est avéré que le recourant ne pouvait prétendre à des prestations AI.

b) En juillet 2008, les médecins traitant se sont prononcés dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations.

Le Dr W._____ posait le diagnostic affectant la capacité de travail de lombalgies, existant depuis 1995, et indiquait que, d'un point de vue strictement gastro-entérologique, le pronostic était bon. La Dresse Q._____ retenait les diagnostics de lombalgies chroniques et exacerbation aiguë des lombalgies, d'état dépressif (depuis 2006) et de troubles anxieux (aggravés dès 2000). Elle attestait une incapacité de

travail totale dans la profession de chauffeur depuis 1999 et de 50% dans une activité adaptée, allégée (sans charges à porter) et alternée, avec aménagement de la place de travail. Le Dr N._____ diagnostiquait un trouble somatoforme douloureux, un trouble anxieux sans précision et des lombalgies chroniques, existant depuis une dizaine d'années. Il relevait l'absence de maladie psychiatrique invalidante et des limitations fonctionnelles uniquement somatiques, sans toutefois les énoncer.

Pour statuer sur la nouvelle demande de prestations, l'OAI s'est fondé sur l'avis médical du SMR du 23 décembre 2008. Prenant en considérations les rapports précités, le Dr F._____ a relevé que les plaintes et l'atteinte ostéo-articulaire étaient inchangées, que l'atteinte digestive était ancienne et sans influence sur la capacité de travail, et que les troubles psychiques n'étaient pas incapacitants. Il a estimé qu'il n'y avait pas de modification significative de l'état de santé depuis février 2005; la capacité de travail restait dès lors la même que celle indiquée dans le précédent avis SMR du 27 novembre 2002.

Dans un nouvel avis SMR du 21 avril 2009, le Dr F._____ a relevé que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait déjà été retenu en 2002 par le Dr D._____, que le Dr N._____ ne retenait pas de pathologie psychiatrique invalidante, que le Dr W._____ faisait figurer les diagnostics de reflux gastro-oesophagien et de syndrome de l'intestin irritable dans la rubrique des diagnostics sans effet sur la capacité de travail et que la Dresse Q._____ rappelait les lombalgies, globalement inchangées depuis 1999. Il a confirmé qu'aucun changement de l'état de santé n'était intervenu depuis la décision sur opposition du 18 février 2005, entrée en force après le jugement du Tribunal des assurances.

c) Sur le plan somatique, il est unanimement admis qu'en raison des lombalgies chroniques, la capacité de travail de l'assuré est restreinte dans son ancienne activité. Cette appréciation émanait déjà de l'expertise du Dr V._____ du 22 juillet 2002, soit antérieurement à la décision initiale. Il appert, comme l'a relevé le SMR dans l'avis du 21 avril 2009, qu'aucune aggravation de cette atteinte n'a été mise en évidence

depuis 1999. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter, sur ce point, des conclusions de l'expertise du Dr V._____.

Par ailleurs, les diagnostics de reflux gastro-oesophagien et de syndrome de l'intestin irritable ne sauraient être retenus comme des pathologies nouvelles invalidantes; d'une part, ces pathologies existent depuis 1991, et, d'autre part, ces diagnostics sont sans effet sur la capacité de travail selon le Dr W._____ et la Dresse Q._____.

Au demeurant, on ne saurait retenir, comme nouvelle atteinte invalidante, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, déjà posé lors de l'examen clinique psychiatrique de novembre 2002, soit antérieurement à la décision initiale. En effet, l'examen n'ayant pas mis en évidence de comorbidité psychiatrique significative, le Dr D._____ avait estimé que le trouble somatoforme n'était pas à retenir comme une atteinte à la santé physique au sens de l'AI. On précisera que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne peut se voir reconnaître un caractère invalidant qu'aux conditions posées par la jurisprudence (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2). En juillet 2008, les médecins traitant n'ont pas relevé chez le recourant la présence de critères déterminants qui n'auraient pas été retenus lors de l'examen clinique du SMR. Au demeurant, le Dr N._____ a indiqué, dans son rapport du 22 janvier 2010, que les troubles psychiques de ces dernières années n'ont pas représenté le facteur déterminant d'une incapacité durable de travailler. En outre, il ne ressort pas de ce rapport que l'assuré présentait un état douloureux d'une gravité particulière telle que la mise en valeur de sa capacité de travail ne pourrait plus être exigible de sa part. Le Dr F._____ a, à cet égard, indiqué que "[le Dr N._____] décrit un assuré installé dans une identité d'invalidé, réticent à se faire traiter".

d) Le recourant soutient à tort qu'une incapacité de travail de 50% au moins doit être retenue en raison de la péjoration de son état de santé sur le plan psychique. Comme dit précédemment, les avis des médecins traitant ne sont pas suffisants pour que l'on puisse se convaincre, au degré de la vraisemblance requis, que les troubles

psychiques empêcheraient l'assuré de mettre en valeur sa capacité de travail dans une activité exercée à 100%. Alors que le recourant allègue la consultation régulière d'un psychiatre depuis 2006, le Dr N._____ ne retient pas de maladie psychiatrique invalidante.

Par ailleurs, on ne saurait voir de contradiction dans les conclusions des médecins interrogés, lesquels ont procédé à une évaluation globale de l'assuré, tenant compte tant des troubles psychiques que des troubles physiques.

A cet égard, il faut considérer que la situation médicale du recourant, tant sur le plan physique que psychique, est clairement établie, de telle sorte qu'on renoncera à entreprendre d'autres mesures d'instruction (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

e) A l'aune de ce qui précède, on doit reconnaître que les conclusions du SMR ne sont mises en doute par aucun avis médical contraire probant versé au dossier. De plus, la Cour ne saurait écarter l'avis du Dr F._____ au profit de celui des médecins traitant, lesquels sont dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. L'appréciation du SMR doit d'autant plus être privilégiée que les Drs W._____, Q._____ et N._____ n'ont fourni aucun élément tendant à démontrer en quoi l'avis du Dr F._____ serait erroné.

Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que la Cour de céans n'a pas de raison de s'écarter des conclusions du SMR du 21 avril 2009 quant à l'impact de la pathologie psychique et des problématiques physiques sur la capacité de travail du recourant. Il y a dès lors d'admettre qu'il n'y a pas eu de changement significatif de l'état de santé du recourant depuis la décision sur opposition du 18 février 2005, confirmée par jugement du Tribunal des assurances; le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies.

5. **a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Au surplus, les éléments d'ordre économique ayant conduit l'intimé à retenir, dans sa décision du 8 septembre 2009, un degré d'invalidité de 18.22%, ne sont pas remis en question par le recourant.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, au vu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, par 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour S. _____)
- 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 :