

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mai 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Nicolas Mattenberger,
avocat à Vevey,

et

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

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

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant espagnol né en 1952, maçon de formation, établi en Suisse depuis 1991, titulaire d'une autorisation d'établissement, divorcé et père de trois filles aujourd'hui majeures, a déposé le 9 mars 2005 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à un reclassement dans une nouvelle profession. Dans ce contexte, il a indiqué souffrir d'une affection du dos depuis le mois d'octobre 2003 et a fait mention d'une incapacité de travail à 100% du 7 avril au 11 juillet 2004, puis à 50% - correspondant à 25% en termes de travail effectif - dès le 12 juillet 2004.

Dans un rapport du 21 avril 2005 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de lombosciatalgies chroniques bilatérales sur discopathie L5-S1, de discopathie L3-L4, d'arthrose facettaire L4-L5 gauche et de déconditionnement physique. Il a signalé une incapacité de travail de 100% dès le 7 avril 2004, de 25% dès le 12 juillet 2004, de 50% sur une demi-journée dès le 23 juillet 2004 et de 100% du 3 au 28 mars 2005 avec reprise à 50% sur une demi-journée à partir du 29 mars 2005. Anamnestiquement, il a exposé que l'assuré avait, selon ses dires, été victime d'un accident en 1990 avec une violente chute sur le dos, qu'une incapacité de travail d'une année environ en avait découlé et que, depuis lors, l'intéressé souffrait par intermittence de douleurs lombaires s'étant aggravées depuis la fin de l'année 2003, sous forme d'irradiation dans les membres inférieurs. Le Dr N._____ a estimé que l'activité de maçon à un rendement de 50% était impossible, mentionnant toutefois qu'une activité d'aide-maçon à 25% était envisageable. Il a ajouté qu'un travail avec port de charges limité à 10 kg était exigible à 50% sur toute la journée (ce que le patient affirmait toutefois ne pas pouvoir effectuer), respectivement que l'exercice d'une autre profession à 50% était envisageable notamment dans une activité de surveillance ou d'entretien.

D'un compte-rendu adressé le 2 septembre 2005 par le Dr G._____, médecin cadre au Service de rhumatologie, médecine physique et réadaptation du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier Z._____), au Dr U._____, médecin généraliste traitant, il résultait notamment que si l'intéressé devait théoriquement être accessible à une rééducation, il apparaissait toutefois plus réaliste d'essayer de lui trouver une activité adaptée malgré les difficultés induites par son absence de formation, son âge et le marché du travail actuel.

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique orthopédique réalisé le 24 octobre 2005 par le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 1^{er} décembre 2005, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, d'ancienne fracture de tassement du mur antérieure de D12 en 1990, ainsi que de troubles dégénératifs lombaires sous forme d'arthrose facettaire L3-L4, L4-L5 et discopathie D12-L1, L3-L4 avec protrusion discale L3-L4. Il a estimé qu'en raison des lombalgies sur troubles dégénératifs, l'assuré devait avoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire, sans port d'objets de plus de 10 kg et sans travaux en porte-à-faux, penché en avant ; l'intéressé devait en outre pouvoir alterner les positions assise et debout et éviter les mouvements répétitifs en torsion-inclinaison ou rotation du tronc. Cela étant, le Dr B._____ a retenu que l'assuré ne pouvait pas travailler à plus de 25% comme maçon mais que par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il pouvait travailler à 100% avec un rendement complet et ce depuis le 12 juillet 2004.

Dans un rapport d'examen du 14 décembre 2005, le Dr Q._____, du SMR, a repris les conclusions du Dr B._____.

Du 23 octobre au 19 novembre 2006 s'est déroulé un stage auprès du Centre [...] à [...], mandaté en qualité de Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI). Dans ce

contexte, l'assuré a fait l'objet d'un rapport d'observation professionnelle établi le 24 novembre 2006 par trois maîtres de réadaptation, d'un rapport médical rédigé le 29 novembre 2006 par le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, et d'un rapport de synthèse dressé le 6 décembre 2006 par un responsable en réadaptation professionnelle. Ces documents faisaient mention de rendements inexploitable dans le circuit économique normal et renaient de ce fait que la capacité de travail fixée par le SMR ne pouvait pas être mise en pratique dans le marché de l'emploi. En effet, l'état de santé de l'intéressé ne permettait pas d'envisager une activité manuelle simple et légère, seule activité susceptible de convenir ; ses capacités intellectuelles ne permettaient en outre pas d'envisager un travail dans un secteur non manuel. Par ailleurs, bien que les maîtres eussent observé des éléments faisant penser à un état dépressif, l'assuré avait fait preuve d'un engagement correct tout au long du stage et s'était dit prêt à essayer de travailler dans la mesure de ses capacités.

Aux termes d'un rapport du 29 novembre 2006, le Dr U._____ a fait mention d'une lombo-cruralgie bilatérale chronique chez un patient obèse et de petite taille, dont la musculature et le rachis ne correspondaient plus aux exigences d'une activité lourde comme celle de maçon. S'agissant des déficits fonctionnels, le Dr U._____ a indiqué que l'assuré devait alterner les positions assise et debout chaque 30 minutes au maximum, qu'il ne pouvait pas porter des charges dépassant 5 à 10 kg, qu'il ne pouvait pas travailler en effectuant des mouvements en charge sur le dos de manière répétitive et qu'il ne pouvait pas non plus travailler en terrain accidenté, sur des échelles ou sur un escalier.

Par avis médical du 12 décembre 2006, le Dr D._____, du SMR, a maintenu l'appréciation de ce service allant dans le sens d'une capacité résiduelle de travail de 100% dans une activité adaptée.

Par décision du 10 mai 2007, confirmant un projet du 2 février précédent, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles. L'office a retenu que ce dernier n'était

certes plus en mesure d'exercer son ancienne activité de maçon, mais qu'il disposait en revanche d'une totale capacité de travail et de gain dans une activité adaptée. Cela étant, l'OAI a évalué le taux d'invalidité de l'assuré à 26% sur la base d'un revenu avec invalidité de 49'370 fr. et d'un revenu sans invalidité de 67'095 francs. Observant qu'un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité et que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires puisque l'assuré avait les qualifications nécessaires pour exercer une activité lucrative exigible médicalement, l'office a dès lors rejeté la demande de prestations.

L'assuré a recouru le 14 juin 2007 à l'encontre de la décision précitée. Dans ce contexte, divers documents ont été produits, dont un rapport du 27 juin 2008 du Dr K._____ admettant, théoriquement, l'exigibilité d'une activité légère ne requérant ni port de charges lourdes, ni positions en porte-à-faux, ni aptitudes intellectuelles particulières, pour autant qu'on prenne en compte seulement les limitations mécaniques.

Statuant le 8 octobre 2009 (AI 236/07 - 57/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a débouté l'assuré et confirmé la décision de l'OAI du 10 mai 2007, considérant qu'il y avait lieu de se rallier à la position du SMR.

Le 18 mars 2010, l'intéressé a déféré le jugement cantonal devant le Tribunal fédéral, qui a rejeté son recours en date du 29 novembre 2010 (9C_245/2010).

B. A._____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI en date du 15 décembre 2011, invoquant de l'arthrose et des maux de dos remontant à octobre 2003. A cette demande étaient notamment annexées les pièces suivantes :

- un rapport adressé le 20 septembre 2011 par le Dr W._____, psychiatre-psychothérapeute, au conseil de l'assuré, exposant ce qui suit :

"Vous me demandez si Monsieur A. _____ souffre d'une pathologie psychiatrique. Je puis y répondre par l'affirmative. En effet, je constate que M. A. _____ présente des facultés mentales limitées, me posant la question d'un probable retard mental sous-jacent. Cette hypothèse mériterait d'être vérifiée par le biais de tests appropriés (WAIS-III). Il se trouve également que M. A. _____ présente des douleurs, pour lesquelles les avis somatiques (selon un téléphone de ce jour avec mon confrère U. _____ d' [...]) n'auraient pas décelé de causes évidentes. Ceci pose la question de douleurs d'origine somatoforme. Je constate également que M. A. _____ présente une personnalité extrêmement rigide, fixée sur ses plaintes, avec un vécu de préjudice qui évoque selon nos classifications psychiatriques un diagnostic classé F60.0. Enfin, M. A. _____ présente des symptômes de la lignée dépressive avec perte de but et d'intérêt, vision négative de soi et de l'avenir. Il verbalise durant certains entretiens des idées suicidaires.

Vous me demandez ensuite quelle conséquence peut avoir cette affection sur l'exercice d'une activité professionnelle. A mon avis, plusieurs facteurs de mauvais pronostic sont présents dont : la présence d'une comorbidité psychiatrique (probable retard mental, personnalité pathologique et dépression), la durée d'évolution des troubles sans rémission notable, malgré les prises en charge effectuées, dont la prise en charge psychiatrique. Monsieur A. _____ présente à mon sens déjà un état psychique cristallisé, signant l'échec d'élaboration de toute conflictualité, qui est ainsi « évacuée » dans le corps. Enfin, je constate que l'évolution sociale de mon patient va de plus en plus clairement dans le sens de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ses contacts interpersonnels semblant se résumer à de rares contacts avec sa fille.

Au vu de ce qui précède, j'estime que ce patient est en incapacité de travail totale, dans toute activité du circuit économique ouvert, et ceci dès le début de la prise en charge à mon cabinet, à savoir le 28.03.2011."

- un rapport établi le 7 novembre 2011 par le Dr U. _____, estimant que l'exercice à 100% d'une activité simple et répétitive dans le secteur privé n'était pas envisageable, rappelant les limitations fonctionnelles somatiques de l'assuré et soulignant par ailleurs que celui-ci était affecté psychiquement par ses douleurs, avec une perte des plaisirs, des sentiments de dévalorisation et de culpabilité, ainsi que des troubles de l'attention et de la concentration l'empêchant de maintenir une activité soutenue ;

- une attestation médicale émise le 13 décembre 2011 par le Dr U._____ qui signalait une aggravation depuis l'automne 2010 « surtout sur le versant psychique ».

Dans un rapport du 16 janvier 2012 à l'OAI, le Dr U._____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif marqué, moyen à sévère, et de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs lombaires pluriétagés, avec discopathie et arthrose facettaire significative. Il a signalé que l'épisode dépressif, déjà présent en 2006, s'était nettement aggravé depuis 2008. Il a par ailleurs relevé que l'assuré était très handicapé par des lombo-cruralgies bilatérales qui ne répondaient pas aux traitements médicaux, situation qui s'accompagnait d'importantes limitations fonctionnelles. Il a précisé que le patient ne pouvait rester assis plus de quinze minutes sans changer de position, que les lombalgies le handicapent également déjà après quinze minutes debout et que la marche était difficile, l'intéressé devant faire une pause après cinq cents mètres. Le Dr U._____ a ajouté que la pratique du vélo à plat engendrait une exacerbation des douleurs le soir et la nuit, que l'assuré ne pouvait pas se pencher et faire des mouvements en porte-à-faux sans douleurs, qu'il avait besoin d'aide pour faire ses lessives et que le repassage était réduit au minimum avec des pauses après cinq à dix minutes, de même que pour passer l'aspirateur. L'incapacité fonctionnelle s'était aussi nettement aggravée depuis 2008 au moins. Concernant le degré d'incapacité de travail, le Dr U._____ a estimé que l'assuré était inapte à 100% même dans une activité adaptée - qu'il n'avait du reste jamais pu trouver.

Faisant part de ses observations dans un rapport du 30 janvier 2012, le Dr W._____ a retenu les atteintes se répercutant sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen à sévère F32.8, de trouble de la personnalité type F60.0 décompensé, de probable retard mental sans précision F79 et de probable syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 - le tout ayant été constaté dès le début du suivi en mars 2011. Il a expliqué qu'en plus de la rigidité mentale, des faibles capacités cognitives et des douleurs répondant à un probable syndrome douloureux

somatoforme (pour autant que le dossier rapporte une absence d'éléments somatiques pouvant expliquer entièrement le tableau clinique), le patient présentait également un tableau dépressif fluctuant entre le degré moyen et sévère, avec une image dégradée de soi, une tristesse constante, une anhédonie, un retrait social, des idées noires et parfois suicidaires, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration, une vision morose et pessimiste par rapport à l'avenir et une fatigabilité accrue. Au regard du tableau clinique global et de l'absence complète d'évolution au cours du traitement psychiatrique, le Dr W._____ a considéré que le pronostic était nettement défavorable s'agissant de la capacité de travail. Sur ce point, il a signalé une incapacité de travail de 100% dès la date de début du suivi le 28 mars 2011, et ce probablement à long terme.

Divers documents médicaux ont encore été produits en cours d'instruction. Il est en particulier apparu que l'assuré avait fait été vu le 22 février 2011 par le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie, lequel avait diagnostiqué des lombalgies chroniques aspécifiques dans un contexte de très légers troubles dégénératifs compatibles avec l'âge, tout en relevant des signes de non-organicité plutôt évocateurs d'un mauvais pronostic en cas de traitement chirurgical et d'une évolution vers un syndrome douloureux chronique (cf. rapport non daté du Dr L._____, indexé le 9 mars 2012). L'intéressé avait en outre bénéficié d'une infiltration péri-durale au hiatus sacré le 29 mars 2011, mais les douleurs étaient toutefois revenues à leur niveau initial deux mois plus tard (cf. rapports des 22 février, 29 mars et 1^{er} juin 2011 des médecins de l'Hôpital C._____, site de [...]). L'assuré avait de surcroît été adressé par le Dr U._____ à la Dresse J._____, spécialiste en pneumologie, laquelle avait notamment retenu un diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère (cf. rapport du 9 février 2012 de la Dresse J._____). Un appareillage par système de ventilation à pression positive continue (CPAP) avait ensuite été tenté en avril 2012 mais l'assuré, percevant cette thérapie comme intrusive, n'avait pas souhaité poursuivre le traitement qui ne semblait pas avoir amélioré son sommeil (cf. rapport du 15 mai 2012 de la Dresse J._____).

Sur mandat de l'OAI, une expertise a été mise en œuvre auprès du Centre [...] (ci-après : le Centre V._____) de la Policlinique [...] (ci-après : la T._____) de [...]. A cette occasion, l'assuré a été examiné par les Drs Y._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et E._____, spécialiste en pneumologie. A la suite d'un colloque de synthèse multidisciplinaire réalisé le 28 août 2012, les Drs F._____, médecin interniste, Y._____ et S._____ ont fait part de leurs conclusions dans un rapport du 11 septembre 2012 dont on extrait ce qui suit :

"

DIAGNOSTICS

Diagnosics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- Episode dépressif moyen à sévère[.] F32[.]2
- Troubles de la personnalité avec traits narcissiques et traits paranoïaques. F61.0
- Retard mental. F70.0
- Syndrome d'apnées du sommeil de type obstructif de degré sévère [...]. G47[.]13
- Dyssomnie avec difficulté du maintien du sommeil et sommeil non-réparateur, possiblement secondaire aux troubles du sommeil. G47.9
- Syndrome somatoforme douloureux persistant. F45.4

Diagnosics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- Dorsolombalgies chroniques dans le cadre d'un status après fracture-tassement de D12 en 1990 et discopathies étagées modérées dorsales et lombaires.
- Obésité (BMI = 33.06 kg/m²).

APPRECIATION DU CAS

[...]

Sur le plan rhumatologique, Monsieur A._____ se plaint de lombalgies chroniques, évoluant depuis 1990, date d'un AVP, avec fracture du mur antérieur de D12 ; si l'évolution a été plutôt favorable pendant quelques années après traitement conservateur (port de corset 3 points), la symptomatologie s'est progressivement

aggravée dès 2005, motif de l'arrêt de travail et de la 1^{ère} demande AI ; le traitement conservateur entrepris à [...] de même que l'infiltration péridurale se sont soldés par des échecs, alors que l'expertisé s'est montré compliant au traitement proposé.

L'évolution n'a été dès lors que défavorable, avec actuellement plaintes axées sur le rachis lombaire, irradiant en région dorsale, associées à des plaintes d'ordre neurologique sous forme de sensation de fourmillement et endormissement du membre supérieur droit et inférieur droit. Les douleurs évoluent sous forme de crises douloureuses tant diurnes que nocturnes, lui « mangeant la tête », exacerbées à la marche en terrain irrégulier, alors qu'il peut marcher à plat et pédaler une heure et demie sans problème.

A l'examen clinique, on note des troubles statiques modérés avec cyphose dorsale haute et projection du tronc en avant et effacement des courbures physiologiques. Le rachis lombaire est épargné lors de toute mobilisation, la percussion du rachis sensible dans tous les plans, de même que la mobilisation, qui n'est pas limitée. L'examen des articulations périphériques est sp, sans rougeur, chaleur, tuméfaction ni argument pour un rhumatisme inflammatoire.

Les signes non-comportementaux selon Waddell sont tous positifs.

L'examen neurologique est dans les normes, sans déficit sensitif ou moteur, tant aux membres supérieurs qu'inférieurs.

Le bilan radiologique démontre un tassement minime de D12, associé à des discopathies dorsales et lombaires étagées modérées, ainsi qu'une arthrose inter-facettaire postérieure du rachis lombaire. Cependant, ces éléments cliniques et radiologiques ne peuvent expliquer l'ensemble de la symptomatologie dont se plaint Monsieur A. _____ et nous évoquons le diagnostic de trouble somatoforme douloureux comme discuté ci-dessous.

Sur le plan fonctionnel, l'atteinte rhumatologique constitue une contre-indication aux activités nécessitant une station assis[s]e ou debout prolongée, les mouvements en porte-à-faux du rachis, la marche en terrain irrégulier et le port de charge régulier supérieur à 10 kg.

Sur le plan pneumologique, Monsieur A. _____ décrit des troubles du sommeil présents depuis 2005, actuellement en progression, caractérisés par un sommeil fragmenté et non réparateur, avec nombreux réveils nocturnes. Pendant la journée, il décrit une fatigue constante, des troubles de la concentration et des troubles de la mémoire.

Un bilan effectué par la Dresse J. _____, pneumologue FMH, en février 2012, a mis en évidence un syndrome d'apnées du sommeil obstructives de degré sévère et un essai d'appareillage par CPAP s'est soldé par un échec, le masque facial ressenti comme angoissant.

Le bilan a donc été complété par une consultation au Centre [...] du Centre hospitalier Z. _____.

Nos collègues concluent également au diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil de type obstructif de degré sévère, pouvant expliquer la fragmentation du sommeil et le fait que ce dernier ne soit pas réparateur.

Sur le plan thérapeutique, il y a clairement indication à un appareillage de type CPAP, représentant le traitement de 1^{er} choix dans un tel trouble. Monsieur A. _____ s'est déclaré prêt à un

nouvel essai d'appareillage CPAP avec un masque de type narinaire, mieux adapté chez un patient claustrophobe.

Nos collègues pneumologues ne peuvent se prononcer précisément sur les répercussions fonctionnelles de ce trouble respiratoire, en l'absence d'une somnolence diurne subjective. Ils se tiennent à disposition pour organiser un test de maintien de l'éveil (MWD), qui pourrait permettre de mesurer de façon objective la vigilance du patient. Ce test devrait idéalement être effectué après la mise en route d'un appareillage par CPAP, si un nouvel essai devait s'avérer fructueux. Cet examen dépasse largement le contexte de l'expertise et nous laissons au médecin traitant le soin de l'organiser s'il l'estime nécessaire.

Cependant, nous estimons que la fatigue chronique rapportée, médicalement explicable, ainsi que les troubles de la concentration associés, justifient certainement une baisse de rendement.

[...]

Actuellement, Monsieur A. _____ vit seul, entretient des relations épisodiques avec ses filles, essentiellement l'aînée, sans autre contact social, hormis « un copain de temps à autre ».

Sur le plan psychiatrique, le contact est un peu distant, quoique collaborant, le faciès est triste et hypomimique, les réponses aux questions sont laconiques, sans initiative ; si la tension et la vigilance semblent conservées, la fatigue s'installe en fin d'entretien avec perte de fil et réponses à côté. Le rappel chronologique est parfois laborieux avec contenu du discours rétréci sur les éléments factuels concernant la maladie et les réponses jugées inadéquates de certains médecins, avec nombreuses références aux préjugés sub[is]. On note également des pleurs à l'évocation de sa situation sociale, vécue comme humiliante. L'introspection et la mise en perspective de lui-même paraît impossible ; la thymie est résolument sur le versant dépressif[.]

Outre les douleurs physiques, l'expertisé se plaint de sentiments de désespoir, de perte de sens, de colères et d'humiliations, avec mention de troubles sévères du sommeil, d'idées suicidaires avec scénario (se jeter sous le train) et de fluctuations quotidiennes de l'humeur.

Ces éléments ainsi que la lecture des rapports médicaux permettent de retenir les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant, d'épisode dépressif moyen à sévère et de trouble de la personnalité.

Concernant le trouble somatoforme douloureux, ce diagnostic est retenu dans le cadre de douleurs non entièrement explicables par les substrats somatiques, entraînant un sentiment de détresse et des répercussions fonctionnelles dans la vie quotidienne. Le syndrome douloureux est chronifié depuis 7 ans (2005), résistant aux traitements proposés et suivis, et sévère dans son intensité

Le trouble somatoforme douloureux est compliqué d'un état dépressif sévère, dont les premiers symptômes apparus en 2005 se sont considérablement aggravés, dépassant actuellement le cadre de symptôme d'accompagnement du trouble somatoforme douloureux. L'état dépressif s'est également installé à la faveur de trouble de la personnalité constitué par des troubles de type narcissique avec rigidité, faible capacité de mentalisation et d'introspection, tendance à la projection et au déni.

Face à ce tableau, nous avons complété les investigations par un examen psychologique comportant des épreuves projectives et une évaluation de l'efficacité intellectuelle.

Au test de Rorschach, il est noté une tendance constante à se rétracter, évoquant une certaine méfiance, associée à des protestations d'honnêteté, caractéristiques de la pensée paranoïaque.

Au TAT, on note des éléments témoignant à nouveau d'une certaine méfiance, ainsi qu'une surenchère de l'hypothétique, entrant toujours dans le registre paranoïaque.

Au vu du manque de maîtrise de la langue, seule l'échelle de performance de la [W]AIS-III a pu être effectuée, Monsieur A. _____ obtenant un QI de performance de 54, score se situant dans la zone de l'insuffisance intellectuelle.

En résumé, sur le plan psychiatrique, Monsieur A. _____ présente une atteinte majeure, évoluant sous forme de trouble somatoforme douloureux persistant, grevé d'une comorbidité psychiatrique importante sous forme d'état dépressif moyen à sévère et de trouble de la personnalité à traits narcissiques et paranoïaques, associés à un retard mental.

La conjugaison de la comorbidité psychiatrique a abouti à un isolement social quasi complet hormis quelques contacts avec ses filles et ses médecins.

L'état psychique est actuellement cristallisé, le traitement psychiatrique mené lege artis permettant tout au plus d'éviter une décompensation plus marquée.

Au terme de notre colloque multidisciplinaire et après prise en considération des divers avis spécialisés requis, rhumatologique, psychiatrique, psychologique, pneumologique, nous estimons qu'actuellement la capacité de travail de Monsieur A. _____ est de 0% dans quelque activité que ce soit pour motif essentiellement psychiatrique, comme décrit ci-dessus.

Nous relevons que les conclusions du COPAI en 2006 allaient déjà dans ce sens, précisant qu'une activité manuelle légère n'était pas compatible avec l'état de santé de l'expertisé et que ses faibles capacités intellectuelles ne permettaient [pas] d'envisager une activité non manuelle.

REPONSES AUX QUESTIONS

• Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé ?

Actuellement nous estimons la capacité résiduelle de l'ordre de 0% dans toute activité professionnelle.

• A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins ?

La capacité de travail est diminuée depuis 07.04.2004, date du premier AT à 100%

• Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Dans les faits, Monsieur A. _____ n'a jamais repris d'activité professionnelle depuis juillet 2005, hormis un stage d'observation au COPAI du 23.10.2006 au 19.11.2006.

Nous retenons une incapacité de travail à 100% depuis la décision de l'AI du 10.05.2007.

- *Pronostic (de la capacité de travail) ?*

Le pronostic est sombre, en raison de la présence conjointe d'atteinte organique et psychiatrique mais essentiellement en raison de la sévérité de cette dernière.

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?*

oui non

Actuellement, Monsieur A. _____ bénéficie d'un suivi régulier tant auprès de son médecin traitant que de son psychiatre, traitement permettant tout au plus d'éviter une décompensation plus marquée, mais sans nette modification de la symptomatologie.

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel ?*

oui non (si non, pour quelles raisons)

Rappelons qu'un stage COPAI a déjà eu lieu en 2006, au terme duquel il a été conclu à une incapacité de travail de 100% tant dans une activité physique légère que dans une activité non manuelle[.]

- *Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé (préciser ce qui convient) :*

[x] Position de travail (debout, assis, etc.) Alternance des positions debout et assise, pas de mouvement en porte-à-faux et rotation du tronc.

[] Horaire : [] à plein temps [] à mi-temps [] autres

[x] Port de charges : pas de port de charges régulier supérieur à 10 kg.

[x] Travaux lourds :

[x] Marche : Pas de marche prolongée, aucune marche en terrain irrégulier.

[] Nuisances diverses : bruit, poussières, etc. :

[] Conditions de travail (milieu ouvert, protégé) :

[x] Niveau de formation : retard mental.

[x] Capacité d'apprendre : retard mental

[] Motivation :

[x] Autres : état dépressif moyen à sévère, trouble de la personnalité, trouble somatoforme douloureux chronifié dans le cadre d'un état psychique cristallisé.

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires ?*

oui non

- *Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté ? 0%."*

Suite à un avis établi le 1^{er} octobre 2012 par le Dr Q. _____ du SMR considérant que les conclusions de l'expertise susmentionnée ne pouvaient être validées en l'état, les Drs F. _____, Y. _____ et S. _____ ont fourni les précisions suivantes en date du 7 novembre 2012 :

"1. L'état de santé s'est-il modifié depuis le 10.05.2007 ?

Comme mentionné en page 27 de notre expertise, l'état de santé de l'expertisé s'est considérablement aggravé ces dernières années, en tout cas depuis 2007 et probablement depuis 2005, ce essentiellement sur le plan psychiatrique, avec installation d'un état dépressif, dépassant le cadre de symptômes d'accompagnement du trouble somatoforme douloureux. L'état dépressif actuellement chronifié s'est également installé à la faveur d'un trouble de la personnalité constitué par des troubles de type narcissique avec rigidité, faibles capacités de mentalisation et d'introspection.

2. Si oui, merci de décrire cette modification

Cf. question 1.

3. Vous faites débuter l'incapacité de travail le 10.05.2007, à quel événement médical correspond cette date ?

L'incapacité a été évaluée de nulle dès le 10.05.2007, sans correspondance à un événement médical particulier, la symptomatologie s'étant progressivement aggravée au fil des années, mais effective en tout cas depuis la date du refus de prestations OAI le 10.05.2007.

4. Le traitement adéquat du SAS est-il en mesure d'améliorer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée ?

Comme mentionné dans le consilium pneumologique, pages 21 et 22 de l'expertise, si nos collègues retiennent l'indication à un appareillage par CPAP, celui-ci devrait être organisé à distance par le pneumologue traitant et suivi d'un test de maintien de l'éveil, et ce après mise en route de l'appareillage CPAP.

Nous ne pouvons donc pas actuellement nous prononcer sur l'éventuel effet bénéfique d'un traitement qui ne sera pas effectif avant plusieurs mois en tout cas. Nous vous suggérons de vous adresser au pneumologue traitant, Dresse J. _____, concernant l'anamnèse intermédiaire.

[...]"

Se déterminant le 22 novembre 2012 sur les précisions apportées par les spécialistes de la T. _____, le Dr Q. _____ a observé que le début de l'incapacité de travail selon les experts ne correspondait pas à un événement médical mais à la date de la décision de l'AI, que

l'impact du retard mental sur la capacité de travail n'était pas explicité et que les experts s'estimaient incapables de prédire les chances de succès d'un traitement du syndrome d'apnées du sommeil par CPAP. Le Dr Q._____ en a conclu que l'on ne pouvait toujours pas accepter les conclusions des experts telles quelles, que l'état de santé n'était pas stabilisé et que la capacité de travail ne serait vraiment évaluable que lorsque le traitement du syndrome d'apnées du sommeil aurait été instauré et une polysomnographie de contrôle effectuée.

Interpellé par l'OAI, le Dr U._____ a indiqué le 19 février 2013 qu'une tentative de traitement par CPAP en octobre 2012 s'était soldée par un échec, l'assuré n'ayant pas les capacités psychiques suffisantes pour tolérer une telle thérapie, le masque et la pression d'air positive lui occasionnant des angoisses insurmontables. Devant l'échec de la mise en place du CPAP, aucune polysomnographie de contrôle n'avait du reste été effectuée.

L'assuré a ensuite fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique effectué le 9 octobre 2013 par le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du SMR. Dans son rapport du 25 novembre suivant, ce médecin a exposé notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

• **AUCUN**

- sans répercussion sur la capacité de travail

• **EPISODE DÉPRESSIF EN RÉMISSION**

APPRÉCIATION DU CAS

[...]

Au niveau de l'examen psychiatrique proprement dit, dont la durée a été de deux heures, on n'observe pas d'abaissement de l'humeur, pas de signe évocateur de douleurs physiques (l'assuré reste assis pendant toute la durée de l'examen), pas de fatigue ni de fatigabilité, pas de troubles de la concentration, de l'attention. L'assuré a une bonne image de lui-même, il n'exprime pas d'idées de dévalorisation ou de culpabilité. Il a une attitude interrogative

face à l'avenir. Il n'a pas d'idées suicidaires. Son sommeil est perturbé par ses douleurs somatiques et ses difficultés respiratoires. Son appétit n'est pas diminué. L'examineur n'observe pas d'agitation ou de ralentissement psychomoteur marqué. L'assuré s'exprime avec un fort accent espagnol, son lexique est étendu, il comprend les questions de l'examineur, ses réponses sont claires et nuancées. L'examen a eu lieu en présence d'une interprète de langue espagnole dont l'intervention n'a pas été nécessaire. L'examineur ne constate pas de troubles de la sphère émotionnelle, pas de troubles anxieux, phobiques, obsessionnels. Aucune idée de persécution n'est exprimée par l'assuré. Il sourit à plusieurs reprises durant l'examen, d'une manière adéquate en fonction du contenu du discours.

Nous nous trouvons donc en présence d'un assuré dont les plaintes principales sont : des douleurs dorsales, une fatigue importante, de la nervosité. Selon les dires de l'assuré, il se sent moins bien depuis la perte de son emploi à la fin de l'année 2005 et ne comprend pas l'attitude des autorités médicales qui le déclarent inapte à travailler comme maçon, mais ne lui disent pas dans quelle autre activité il pourrait être actif. Il pense qu'il se sentirait mieux s'il pouvait travailler. Il ressent de la honte à l'idée d'être à l'assistance, « comme quelqu'un qui n'aurait jamais travaillé ». Par ailleurs, il est autonome pour toutes les activités de la vie quotidienne et pratique régulièrement le vélo avec plaisir.

Sur le plan des diagnostics psychiatriques figurant dans le dossier, nous pouvons faire les commentaires suivants :

- Le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère mentionné dans le dossier n'est pas confirmé par les dires de Monsieur A. _____ lors de l'examen psychiatrique de ce jour. Selon le Dr S. _____ [...], cet épisode dépressif serait apparu en 2005. Selon le rapport médical du Dr W. _____ du 30.01.2012, cet épisode dépressif aurait été constaté depuis mars 2011. D'après nos constatations de ce jour, l'assuré ne présente pas les signes permettant de poser un diagnostic d'épisode dépressif selon la CIM-10. D'autre part, selon les dires de l'assuré, il se sentirait de plus en plus mal. Force est de constater qu'un épisode dépressif moyen à sévère évoluant depuis 2005 sans traitement avant mars 2011, sans confirmation de ses symptômes par l'assuré, ne peut être retenu. Le fait que Monsieur A. _____ déclare qu'il prend ses médicaments quand il se sent nerveux et qu'il ne les prend pas certains jours, va dans le même sens. Le diagnostic d'épisode dépressif repose sur trois critères principaux qui sont une humeur abaissée de manière permanente, une perte de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables, une fatigue et une fatigabilité augmentées. Chez notre assuré, la thymie est neutre, il a du plaisir à faire du vélo et être dans la nature, il aime rencontrer ses filles, ses gendres, ses petites-filles, ses copains, sa fatigue est imputable à un syndrome d'apnées du sommeil qui a été objectivé par les spécialistes et pour lequel l'assuré n'applique pas le traitement nécessaire.

- Le diagnostic de trouble spécifique de la personnalité correspond à des perturbations sévères de la constitution caractérologique et des tendances comportementales de l'individu, concernant habituellement plusieurs secteurs s'accompagnant en général de

difficultés personnelles et sociales considérables. Il s'agit d'états qui répondent aux critères diagnostiques suivants

- Attitudes et comportements nettement dysharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, par exemple l'affectivité, la sensibilité, le contrôle des impulsions, la manière de percevoir ou de penser, et le mode de relation à autrui.
- Le mode de comportement anormal est durable et persistant et n'est pas limité à des épisodes de maladie mentale.
- Le mode de comportement anormal est profondément enraciné et clairement inadapté à des situations personnelles et sociales très variées.
- Ces manifestations apparaissent toujours dans l'enfance et l'adolescence et se poursuivent à l'âge adulte.
- Ce trouble est à l'origine d'une souffrance personnelle considérable mais qui peut être d'apparition tardive.
- Le trouble est habituellement mais pas toujours associé à une dégradation du fonctionnel professionnel et social.

Chez notre assuré, l'anamnèse ne mentionne pas la présence de troubles du comportement dans l'enfance ni dans l'adolescence. Il a été capable de travailler et de s'insérer socialement sans difficultés jusqu'à l'apparition de ses douleurs dorsales en 2004. Le Dr S._____ et le Dr W._____ évoquent une personnalité paranoïaque et narcissique. Le trouble de la personnalité paranoïaque se caractérise par une sensibilité excessive aux échecs ou aux rebuffades, un refus de pardonner les insultes ou les préjudices et une tendance rancunière tenace, un caractère soupçonneux et une tendance envahissante à déformer les événements en interprétant les actions impartiales ou amicales d'autrui comme hostiles ou méprisantes, un sens tenace et combattif de ses propres droits légitimes hors de proportion avec la situation réelle, des doutes répétés et injustifiés sur la fidélité du conjoint ou du partenaire, une tendance à surévaluer sa propre importance, se manifestant par des attitudes de perpétuelles références à soi-même, une préoccupation par des explications sans fondement, à type de conspiration, concernant les événements qui se déroulent autour de soi ou dans le monde en général. Aucun de ces critères diagnostiques n'est présent chez Monsieur A._____. Le diagnostic de trouble de la personnalité ne peut donc pas être retenu. A noter que le Dr S._____ pose le diagnostic de trouble de la personnalité (F61.0) qui correspond à un trouble mixte de la personnalité, diagnostic qui est posé en présence de caractéristiques relevant de plusieurs troubles de la personnalité différents, sans prédominance d'un groupe déterminé de symptômes permettant de faire un diagnostic plus spécifique. Ce diagnostic ne repose pas sur une anamnèse caractéristique de trouble survenant dans l'enfance ou l'adolescence et persistant à l'âge adulte avec des répercussions sur la vie quotidienne de l'assuré. Le diagnostic de trouble de la personnalité peut donc être écarté.

- Le diagnostic de probable retard mental (F79), est posé par le Dr W._____, celui de retard mental léger (F70) est posé par le Dr S._____. Le diagnostic de retard mental léger se fait sur la base d'un QI de 50-69 à des tests d'intelligence standardisés et appropriés. Chez les sujets atteints d'un retard mental léger,

l'acquisition de la compréhension et de l'utilisation du langage est souvent retardée, mais à des degrés variables. Les problèmes de communication peuvent entraver l'acquisition de l'indépendance et peuvent persister à l'âge adulte. Dans l'anamnèse recueillie ce jour, l'assuré a affirmé qu'il n'avait pas présenté de retard dans son développement psychomoteur. Son langage est donc apparu dans les normes. D'autre part, l'examen psychologique figurant dans l'expertise de la T. _____ fait état à trois reprises de difficultés d'analyse dues au manque de maîtrise de la langue de l'expertisé. L'examen a été passé d'une manière partielle pour cette raison. Pour pouvoir confirmer le retard mental léger évoqué par ce résultat partiel, il y aurait lieu d'effectuer des tests complets dans la langue de l'assuré. Cependant, un retard mental léger n'est pas une maladie qui apparaît à l'âge adulte, il s'agit d'une caractéristique de l'individu qui est présente dès sa naissance et qui se manifeste petit à petit, en particulier au niveau de sa scolarité. Monsieur A. _____ a eu une scolarité normale, il a pu apprendre un métier et s'insérer socio-professionnellement, le diagnostic de retard mental léger, même s'il devait être confirmé par un examen standardisé et approprié, n'aurait donc jamais eu d'influence sur la capacité de travail de l'assuré.

- Le Dr W. _____ évoque un probable syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), que le Dr S. _____ confirme. La plainte essentielle des personnes atteintes de ce syndrome concerne des douleurs intenses et persistantes. Cette douleur s'accompagne d'un sentiment de détresse, elle n'est pas expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, elle survient dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Les plaintes principales de l'assuré sont : des douleurs dorsales, une fatigue et une nervosité, accompagnées de troubles du sommeil. Ces douleurs ne l'empêchent pas de tenir son ménage, de pratiquer une activité sportive quotidienne, elles ne nécessitent la prise d'un médicament contre les douleurs (Dafalgan®) que 2 à 3 fois par semaine, elles n'apparaissent pas durant les deux heures de l'examen clinique psychiatrique du SMR. Les douleurs dont Monsieur A. _____ se plaint ne présentent donc pas le caractère intense et persistant nécessaire à la pose du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. L'examen n'a pas mis en évidence de sentiment de détresse. L'assuré ne se trouve pas dans une situation de conflit émotionnel. Par contre, il est dans une situation socio-professionnelle ressentie comme difficile. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut être retenu, les critères diagnostiques étant absents.

Les douleurs de Monsieur A. _____ étant en partie inexplicables par une cause somatique objective, nous constatons qu'elles ne sont pas accompagnées d'une comorbidité psychiatrique manifeste, l'épisode dépressif mentionné dans le dossier n'est pas confirmé par l'anamnèse ni par le status psychiatrique de ce jour, il ne saurait donc constituer une comorbidité psychiatrique manifeste ; les troubles douloureux de l'assuré nécessitant la prise d'une médication antalgique 2 à 3 fois par semaine, il n'est pas possible de parler d'une évolution chronique sans rémission durable, avec des symptômes inchangés progressifs ; l'assuré sort régulièrement de

chez lui pour voir des copains, il a des contacts réguliers avec sa famille, il n'y a donc pas de retrait social dans toutes les manifestations de la vie ; l'assuré déclarant qu'il aimerait travailler, qu'il se sentirait mieux s'il avait un emploi, on ne peut pas parler d'état psychique cristallisé, il ne tire aucun profit de sa maladie ; l'absence de symptômes psychiatriques objectifs durant l'examen de ce jour, ainsi que le fait que l'assuré déclare qu'il se sent mieux grâce aux séances de psychothérapie et aux médicaments qu'il prend, ne permettent pas de parler d'un échec de traitement conduit dans les règles de l'art.

En conclusion, l'assuré ne présente pas de pathologie psychiatrique incapacitante de longue date.

Limitations fonctionnelles psychiatriques

Aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Sans objet sur le plan psychiatrique

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sans objet sur le plan psychiatrique

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE AU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 100%"

Par avis médical du 3 décembre 2013, le Dr Q._____ a repris les conclusions du Dr I._____ et, considérant qu'il n'y avait pas de somnolence diurne (selon le Dr E._____) et que les dorsolombalgies chroniques après fracture-tassement de D12 étaient sans influence sur la capacité de travail (selon la Dresse Y._____), en a déduit que la situation était la même que celle qui prévalait lors de la décision antérieure - à savoir que la capacité de travail était de 25% comme aide-maçon et de 100% dans une activité adaptée.

En date du 23 janvier 2014, les filles de l'assuré ont écrit au Dr I._____ en exposant que le rapport de ce dernier comportait diverses inexactitudes quant à la situation de leur père.

En date du 10 mars 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de reclassement et de rente

d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a exposé que le SMR ne pouvait se rallier au volet psychiatrique de l'expertise réalisée à la T._____, dès lors que l'incapacité de travail y était déterminée non pas sur la base d'un élément médical mais en relation avec la date de la décision de refus de rente du 10 mai 2007. C'était pourquoi un examen clinique psychiatrique avait été organisé auprès dudit service, mettant en évidence l'absence de pathologie incapacitante. Cela étant, en l'absence de somnolence diurne et compte tenu du caractère non incapacitant des dorsolombalgies chroniques après fracture-tassement de D12, la situation s'avérait ainsi la même que celle ayant présidé à la décision antérieure, avec une capacité de travail de 25% dans l'activité d'aide-maçon, respectivement de 100% dans une activité adaptée depuis le 27 [sic] juillet 2004. Se fondant sur cette exigibilité médicale et considérant en outre qu'aucune mesure professionnelle n'était susceptible de réduire le préjudice économique, l'OAI a finalement estimé que le degré d'invalidité de l'assuré - arrêté à 26,52% sur la base des chiffres indiqués dans la précédente décision de l'office, après indexation à 2013 - ne lui permettait pas de prétendre à une rente d'invalidité.

Par écriture du 4 avril 2014, l'assuré, sous la plume de son conseil, a communiqué ses objections à l'encontre du projet précité, faisant essentiellement valoir que les conclusions du SMR n'auraient pas dû être préférées à celles des médecins de la T._____ et requérant qu'une nouvelle expertise indépendante soit ordonnée en vue de pouvoir trancher entre les précédentes évaluations. Il a par ailleurs produit un rapport rédigé le 7 mars 2014 par les Drs O._____ et AA._____, respectivement médecin-chef et médecin-assistant au Service de pneumologie de l'Hôpital de BB._____, relevant en substance que le patient, atteint d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré léger diagnostiqué en 2012 (G47.31), avait été admis le 11 février 2014 pour un essai d'appareillage dans le cadre de cette pathologie difficile à traiter à cause d'un trouble anxieux important, qu'il accusait une fatigue diurne importante avec un sommeil perturbé, qu'il signalait toujours des difficultés à s'endormir avec l'appareillage après trois nuits et que la médication avait été augmentée par Trittico 100 mg/j en conséquence,

l'intéressé ayant finalement quitté le service en date du 15 février 2014 avec un appareil CPAP.

Par avis médical du 22 avril 2014, le Dr Q._____ a relevé que l'assuré ne se prononçait pas sur les raisons pour lesquelles le SMR avait réfuté la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise de la T._____. Quant au rapport de l'Hôpital de BB._____, le Dr Q._____ a considéré que ce document ne contenait pas d'élément médical nouveau ou de nature à modifier la position dudit service.

Par décision du 25 juin 2014, l'OAI a confirmé son projet du 10 mars précédent. Aux termes d'une lettre explicative du même jour, l'office a réfuté les objections de l'assuré.

C. Agissant par l'entremise de son conseil, A._____ a recouru le 28 août 2014 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme et à l'admission rétroactive de la demande de prestations AI formulée le 16 [recte : 15] décembre 2011, singulièrement à l'allocation d'une rente d'invalidité entière. En substance, le recourant conteste le fait que l'intimé ait privilégié l'évaluation du SMR sur l'expertise réalisée à la T._____. Sur ce plan, il estime en particulier que la décision entreprise ne satisfait pas aux exigences de motivation retenues par la jurisprudence et est à la fois contraire au droit et inopportune. Le recourant invoque par ailleurs une violation du droit d'être entendu, l'intimé n'ayant pas donné suite à sa requête visant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Il souligne en outre que si l'OAI lui a reconnu une capacité de gain [recte : de travail] résiduelle de 25% dans sa dernière activité et de 100% dans une activité adaptée, l'office n'a en revanche pas précisé quelle activité il pourrait exercer et, surtout, n'a pas pris en compte ses limitations objectives, tant physiques que psychiques, ni le fait qu'il est proche de l'âge de la retraite. Il estime, pour sa part, que l'on ne peut pas exiger de lui qu'il se réinsère sur le marché du travail ou qu'il change d'activité pour réduire son dommage. Se prévalant ainsi d'une capacité de gain nulle, il considère avoir droit à une rente AI entière.

A l'appui de son recours, l'assuré produit un rapport du 20 août 2014 du Dr U._____, faisant mention d'un handicap surtout lié à l'état dépressif même si les autres troubles (lombalgies chroniques, difficultés respiratoires avec syndrome d'apnées du sommeil) participent également à l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle. Le recourant verse également en cause un compte-rendu établi le 20 août 2014 par le Dr W._____, qui décrit en résumé un patient affecté de douleurs à composante somatoforme, souffrant d'un état dépressif, particulièrement rigide et démuné dans ses moyens de faire face à la situation et présentant, en définitive, une pathologie psychiatrique incapacitante générant une incapacité de travail totale.

Dans sa réponse du 20 octobre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Concernant les raisons l'ayant conduit à écarter le volet psychiatrique de l'expertise de 2012, l'OAI renvoie aux renseignements complémentaires sollicités auprès des experts ainsi qu'aux prises de position successives du SMR sur le sujet. Cela étant, l'office estime que la présente affaire ne relève pas d'un cas dans lequel deux expertises se contrediraient et qu'il ne se justifie pas de faire procéder à de nouvelles investigations. L'intimé se réfère pour le surplus à sa décision du 10 mai 2007, confirmée le 8 octobre 2009 au niveau cantonal puis le 29 novembre 2010 au niveau fédéral, et relève que le fait qu'une seconde demande a été déposée ultérieurement - avec confirmation de la première exigibilité - ne permet pas de prendre en compte des difficultés qui seraient liées à l'âge actuel de l'assuré.

Aux termes de sa réplique du 11 décembre 2014, le recourant persiste dans ses précédents motifs et conclusions. Il souligne en particulier que son état de santé s'est dégradé depuis 2007 et requiert formellement l'audition de ses filles en tant que témoins, ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. A son écriture, il joint une lettre de soutien du 17 novembre 2014 signée par ses trois filles.

Dupliquant le 14 janvier 2015, l'OAI maintient sa position.

D. Une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès de la Dresse R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après avoir notamment fait réaliser une évaluation du niveau intellectuel et un bilan neuropsychologique par la psychologue CC._____, la Dresse R._____ a fait part de ses conclusions dans un rapport du 15 décembre 2015, dont il résulte notamment ce qui suit :

"Diagnostics psychiatriques (CIM-10)

Ayant une influence sur la capacité de travail

Episode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.11)

Retard mental léger (F70)

Traits de personnalité narcissiques et paranoïaques

Discussion

Au terme de mon investigation, je retiens chez M. A._____ les diagnostics psychiatriques d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique, de retard mental léger, chez une personnalité à traits paranoïaques et narcissiques. Les diagnostics somatiques de syndrome d'apnées du sommeil, de dorsolombalgies chroniques dans le cadre d'un status après fracture tassement de D12 en 1990 et discopathies étagées modérées dorsales et lombaires ainsi que l'obésité n'ont pas été investigués dans le cadre de cette présente expertise, purement psychiatrique.

Le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique repose sur la présence des critères suivants : l'expertisé présente une thymie triste, il a des traits figés qui ne laissent apparaître que des pleurs comme seuls changements. Il évoque un abaissement de l'humeur avec un moral décrit à 1-2 sur un[e] échelle de 10 ; il se plaint d'une diminution de l'intérêt et du plaisir même dans les situations qu'il affectionne le plus, soit en présence de sa famille ; il est constamment fatigué et rapidement fatigable à la moindre stimulation ; il s'isole des autres. S'il ne s'adonnait pas à une faible activité de vélo, il ne sortirait plus de chez lui. Il se plaint d'une diminution de ses capacités à se concentrer, même pour des activités simples comme de suivre une émission télévisée. Son estime de lui-même est fortement altérée, ne plus pouvoir travailler et devoir dépendre des [services] sociaux pour vivre représente une profonde blessure narcissique. Il n'a plus confiance en lui-même, il n'ose par exemple plus conduire sur des routes inconnues ou à grande vitesse. Il n'arrive pas à définir de quoi sera fait son avenir, n'a plus d'espoir ou de désir pour le futur. Il n'y a que l'amour et le respect qu'il a pour ses filles et petites-filles qui le retiennent à la vie. Il décrit un sommeil fortement perturbé, en lien d'une part avec une cause organique liée à son syndrome d'apnées du sommeil, d'autre part, il décrit des ruminations et angoisses récidivantes qui le réveillent au milieu de la nuit. Il présente des réveils matinaux

précoces, sans poursuite possible du sommeil, malgré une fatigue déjà présente au réveil. Sans appétit, ou envie de se faire à manger, il se nourrit de manière anarchique et peu équilibrée, sauf quand ses filles pallient à ce manque. Il se plaint de fréquentes angoisses, d'un mal-être presque constant avec par moment l'impossibilité de rester chez lui. L'expertisé est au bénéfice d'un traitement antidépresseur de Venlafaxine, 75 mg par jour. Le psychiatre traitant n'a pas effectué de dosage de la molécule. Toutefois cette mesure serait peu éclairante et peu probante sachant que le traitement psychopharmacologique est peu efficient dans les cas de dépression sur le long terme, qui plus est dans un fonctionnement cristallisé comme c'est le cas chez l'expertisé.

A noter que les précédents experts ont retenu un diagnostic de dyssomnies pour rendre compte des lourdes difficultés de l'expertisé avec son sommeil. Je ne retiens pas ce diagnostic en tant que tel, estimant que les troubles du sommeil de l'intéressé, aussi lourds soient-ils, peuvent être attribués d'une part à son syndrome d'apnées du sommeil, qui malgré le traitement par CPAP n'a pas nettement amélioré la fatigue de l'intéressé, et d'autre part, à l'épisode dépressif, avec les angoisses et ruminations qui y sont associées.

Interpellée par les plaintes de l'expertisé quant à son sentiment de perdre ses capacités mnésiques, un bilan cognitif a été effectué. Il ne met pas en évidence de processus démentiel, les atteintes cognitives peuvent être mises sur le compte de l'intrication de la dépression avec le retard mental.

En effet, comme deuxième diagnostic caractérisé, je retiens celui d'un retard mental léger avec un QI évalué à 65, examen réalisé par des tests d'intelligences standardisés et appropriés (cf[.] rapport de Mme CC._____). Un QI situé entre 50 et 69 signe la présence d'un retard mental léger. Les sujets présentant un retard mental léger apprennent à parler avec un certain retard, mais acquièrent habituellement une maîtrise suffisante pour converser normalement avec autrui. La plupart des sujets atteignent une autonomie complète en ce qui concerne les besoins quotidiens et le[s] tâches pratiques et domestiques même si le développement se fait plus lentement que chez autrui. Les difficultés concernent essentiellement les performances scolaires, en particulier l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Les sujets appartenant à la limite supérieure de cette classe peuvent habituellement être employés à des tâches plus pratiques que théoriques, par exemple des travaux manuels peu qualifiés.

Contrairement aux affirmations du Dr I._____, M. A._____ a eu des difficultés durant sa scolarité en raison de son retard mental bien sûr déjà présent à l'époque. Par contre, il était doté d'une très grande volonté à pouvoir exercer un métier et a mis tout en œuvre pour y parvenir. Il a su trouver un travail parfaitement adapté à ses compétences, travail qui le ravivait et dans lequel il a pu pleinement s'épanouir, se sentir valorisé et vraisemblablement donner entière satisfaction. Transcendé par la confiance que lui octroyait son chef, il a pu se dépasser dans ses difficultés d'apprentissage et nourrir ainsi son besoin de répondre au modèle familial transmis par son père : un homme qui travaille et qui est fier de pouvoir subvenir aux

besoins de sa famille. Il a organisé sa vie autour de cette activité manuelle en y consacrant tout son être, ne parvenant pas à se penser autrement que maçon sur un plan identitaire. Néanmoins, un tel handicap dans ses capacités intellectuelles a engendré des capacités adaptatives extrêmement limitées. S'il a pu bien fonctionner malgré des limitations déjà présentes, l'adaptabilité de son fonctionnement relevait d'un équilibre précaire, sans aucune souplesse pour passer à autre chose sur un plan professionnel.

Je ne retiens pas de diagnostic caractérisé concernant sa personnalité. J'adhère aux arguments du Dr I. _____, M. A. _____ ne présente pas de perturbations sévères de la constitution caractérologique et des tendances comportementales, il a toujours su bien s'intégrer dans tous les domaines de sa vie, n'a jamais notablement dysfonctionné sur un plan relationnel ou professionnel, au contraire il a été apprécié au travail et a montré sur le plan psychique durant 35 ans une bonne stabilité dans le cadre professionnel.

Par contre, la perte de sa force physique avec l'apparition de ses lombalgies, le renoncement qu'il a dû faire de son travail, suivi du sentiment d'injustice lié à la non reconnaissance de ses difficultés par l'OAI et le fait de devoir aller chercher son argent à l'aide sociale, agir aux antipodes de ce à quoi il s'est toujours efforcé, soit de ne rien devoir à personne et d'assumer sa vie et celle de sa famille, est devenu une blessure narcissique extrêmement difficile à assumer. Ces dernières années de lutte contre cette image de soi dévalorisée au plus haut point[ont] fortement contribué à laisser émerger des traits de personnalité paranoïaques et narcissiques qui se sont petit à petit rigidifiés au point de devenir dysfonctionnels. En effet, M. A. _____ est devenu interprétatif et méfiant, persuadé que l'OAI n'a de cesse que de vouloir l'humilier ; il se sent accablé et maltraité par le fait de vivre sur le dos de la société, ce qui représente pour lui l'image de ce qu'il a toujours exécré : les profiteurs et les fainéants. L'idée qu'on puisse penser ça de lui, lui est tout simplement insupportable. Amené à devoir apprendre un autre métier, il s'est toujours défendu par une apparence de mauvaise volonté tentant de masquer la difficulté que représentait pour lui le fait de devoir se confronter à son incapacité à apprendre. Et en effet, au vu de sa faible efficacité intellectuelle, il était réellement pour lui très difficile voire impossible d'apprendre un métier autre que manuel.

La perte de sa force physiqu[e], la perte de son travail, la non reconnaissance de l'AI, les attente[s] de l'AI qu'il se réforme, l'amenant à faire face à ses difficultés intellectuelles ont progressivement amené l'expertisé à déprimer, dépression qui est, comme décrit plus avant, toujours présente et invalidante. Ses traits [de] personnalité narcissiques et paranoïaques participent à l'ensemble du tableau clinique en rigidifiant son fonctionnement psychique. La conjonction du retard mental, de la dépression et des aspects de personnalité narcissiques et paranoïaques de l'expertisé ont, au fil de ces 10 dernières années, rigidifié un fonctionnement psychique du plus en plus difficile à moduler. Il en résulte aujourd'hui chez M. A. _____ un rétrécissement de la pensée basé sur des ruminations qui tournent [e]n boucle et qui se manifestent

par une réduction de l'espace psychique entravant toutes ses activités qu'elles soient personnelles, familiales ou sociales.

Je ne retiens pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, décrit par les précédents experts. En effet, pour poser un tel diagnostic, il faut que le processus douloureux survienne dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble. Or chez M. A. _____, les douleurs dorsales sont survenues dans les suites d'une fracture dorsale et d'un remaniement vertébral avec discopathies étagées. L'origine des douleurs est donc physique et non psychique. En outre, quand il a commencé à ressentir ces douleurs, il ne se trouvait pas dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux prédominants sur les causes physiques de ses lombalgies. Par contre, il est tout à fait vraisemblable qu'actuellement les douleurs ressenties, qui peuvent être qualifiées d'intenses et persistantes, ne soient pas entièrement expliquées par un processus physiologique ou un trouble physique. Sans retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, on peut néanmoins accorder une composante psychogène à la persistance et à l'intensité des douleurs que présente M. A. _____. Il est d'ailleurs reconnu une composante douloureuse lors d'épisodes dépressifs, et c'est là une hypothèse pour comprendre le vécu subjectif accru de la douleur chez l'intéressé.

En résumé, je dirais que l'intrication du retard mental, de la rigidité mentale et de la dépression de l'expertisé est une entrave majeure au fonctionnement professionnel, social et même familial de l'expertisé. J'estime qu'il n'est pas apte à travailler dans quelque activité que ce soit, et ce pour des raisons essentiellement psychiatriques.

Il est difficile d'estimer avec précision depuis quand date l'incapacité totale de travail de l'expertisé. A mon sens, compte tenu du retard mental et de ses traits de personnalité, il aurait été difficile d'amener l'expertisé à entreprendre une autre formation quand son dos ne lui a plus permis d'exercer son activité de maçon dès juillet 2005. Toutefois, peut-être qu'à ce moment-là, si des démarches avaient pu être entreprises dans le sens d'une activité en milieu protégé, M. A. _____ aurait pu apprendre une activité simple, légère et manuelle.

Mais il est certain que dès l'installation de l'épisode dépressif sur ce tableau clinique, soit entre 2005 et 2006 (cf.[.] rapport COPAI qui évoque la présence d'éléments dépressifs en novembre 2006), les chances de succès d'une reconversion professionnelle ont été progressivement vouées à l'échec. C'est l'ensemble des difficultés de l'expertisé qui ont hypothéqué sa reconversion professionnelle et sa capacité de travail et non la décision administrative du 10 mai 2007 comme l'évoque l'OAI, même si cette date, correspondant à la décision de refus de rente, a effectivement été très mal vécue par l'expertisé et a encore aggravé une dépression déjà présente à ce moment-là.

En résumé, l'expertisé présentait une capacité de travail diminuée depuis le 7 avril 2004, date de son premier arrêt de travail. J'estime

que dès 2006, la dépression surajoutée au retard mental et les aspects de personnalité se rigidifiant, sa capacité de travail est devenue nulle dans toute activité professionnelle. Et la situation psychique de M. A. _____ n'a été qu'en s'aggravant depuis.

Concernant le pronostic, la rigidification et la chronicisation des troubles psychiatriques de l'expertisé sont des facteurs de très mauvais pronostic pour espérer une évolution notable de son état psychique en tout cas par le biais d'un traitement psychiatrique. Une forme de reconditionnement serait nécessaire mais semble clairement vouée à l'échec en lien avec la rigidité psychologique, le retard mental, la dépression et l'âge de l'intéressé."

L'experte s'est par ailleurs déterminée comme suit sur les questions posées par le conseil du recourant :

"1. L'expertisé souffre-t-il d'une pathologie psychiatrique ? Si oui, de quelle nature et quels en sont les effets ?

Réponse : Oui, l'expertisé souffre d'un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique et d'un retard mental léger à quoi sont associés des traits de personnalités rigides narcissiques et paranoïaques. L'intrication de ses pathologies est une entrave majeure au fonctionnement de l'expertisé qui s'en trouve fortement limité.

2. L'expertisé souffre-t-il de limitations fonctionnelles liées à sa condition physique ou psychique ?

Réponse : Les limitations fonctionnelles liées à sa condition physique n'ont pas été investiguées dans la présente expertise. Les limitations fonctionnelles liées à sa condition psychique sont majeures. Le retard mental associé à des aspects de personnalité rigides et une dépression moyenne à sévère entrave[nt] toute possibilité de l'expertisé à travailler dans toute activité professionnelle.

3. L'expertisé est-il pratiquement capable d'exercer une activité lucrative à plein temps ? En particulier, est-il capable de supporter, à court, moyen et long terme, des horaires de travail fixes et de travailler à plein temps dans une activité quelconque ?

Réponse : Non. Les limitations décrites dans la discussion ne permettent pas l'exercice d'une activité lucrative, quelle qu'elle soit.

4. Quel est le taux d'activité exigible du recourant dans son activité précédente ?

Réponse : cf[.] question 3.

5. Cas échéant, l'expertisé dispose-t-il des capacités intellectuelles et des ressources physiques et psychiques nécessaires pour être formé dans une nouvelle activité que celle précédemment exercée ? Une reconversion de l'expertisé dans une nouvelle activité est-elle véritablement concevable ? Si oui, dans quel type d'activité ?

Réponse : cf[.] question 2.

6. A l'égard d'une éventuelle reconversion, quelles constatations médicales peut-on tirer des observations faites par le COPAI dans le cadre du stage effectué en 2006 par l'expertisé, s'agissant notamment de sa capacité à s'adapter à de nouvelles activités ?

Réponse : Les observations médicales faites par le COPAI en 2006 allaient déjà dans le sens des limitations telles que décrites dans mon rapport.

7. Si une reconversion professionnelle est envisageable, quelle est l'influence des troubles psychiques présentés par l'expertisé sur sa capacité à exercer une activité lucrative régulière, et à quel taux d'activité l'expertisé pourrait-il être astreint ?

Réponse : Au vu de ce qui est décrit dans ma discussion, une reconversion professionnelle n'est pas envisageable.

8. La qualité et la pertinence des résultats des expertises contradictoires peuvent-elles être apprécié[e]s en fonction des circonstances dans lesquelles se sont déroulés les examens ? Comment peut-on qualifier les conditions dans lesquelles se sont déroulés les examens du SMR ?

9. Quels constats peut-on tirer de la confrontation des résultats contradictoires des deux précédentes expertises ordonnées, au vu de la situation présentée de M. A. _____ ? Quelle est la pertinence de ces expertises et quelles constatations paraissent les plus justes au vu de la situation de l'expertisé ?

Réponse aux questions 8 et 9 : On ne peut en l'état parler d'expertises contradictoires. En effet, si le rapport émis par le Centre V. _____ de la T. _____ peut être qualifié d'expertise en ceci qu'il a été fait par un collège de médecins neutres, ce n'est pas le cas du rapport médical présenté par le Dr I. _____. En effet, ce dernier, en qualité de médecin examinateur du SMR, autrement dit en tant que médecin conseil de l'AI et directement affilié à cette assurance, ne peut avoir valeur d'expert.

Je ne suis pas à même de qualifier le travail ni les conditions de l'établissement du rapport du Dr I. _____. Je ne peux toutefois que m'étonner des conclusions qu'il retient, qui entrent en complète contradiction avec ce qui a été dit que ce soit par le COPAI en 2006, par les experts du Centre V. _____ de la T. _____ et par les médecins traitants de l'expertisé (psychiatre et médecin généraliste) qui ont tous un avis semblable quant à l'incapacité de travail de ce dernier."

S'agissant du questionnaire soumis par l'OAI, la Dresse R. _____ a pour l'essentiel renvoyé au raisonnement développé dans le cadre de son évaluation, tout en soulignant que l'intrication des troubles psychiatriques de l'expertisé rendaient toute activité professionnelle impossible.

Se déterminant le 14 janvier 2016, l'OAI se réfère à un avis du 11 janvier précédent des Drs DD. _____ et EE. _____ du SMR retenant

la date d'octobre 2006 comme date de l'aggravation psychique. L'intimé observe par ailleurs qu'à l'époque de la décision de refus du 10 mai 2007, il n'y avait pas d'indices suffisants en faveur d'une atteinte invalidante et durable sur le plan psychiatrique, si bien que rien ne justifiait d'effectuer des investigations sur ce plan.

Prenant position sur l'expertise de la Dresse R. _____ le 18 janvier 2016, le recourant relève que cette évaluation montre clairement qu'il n'est plus en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle. Dans une écriture complémentaire du 10 février 2016 faisant suite aux observations de l'OAI, le recourant ajoute qu'il ne s'oppose pas à ce que l'on retienne comme déterminant le mois d'octobre 2006.

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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et 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 (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, à la suite de la nouvelle demande qu'il a déposée le 15 décembre 2011.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4. a) Aux termes de l'art. 87 RAI (ici dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une

contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, c'est-à-dire encore au moment de la nouvelle demande déposée par l'assuré le 15 décembre 2011. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 et TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (cf. ATF 109 V 114 consid. 2b ; cf. TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela

revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. aussi, entre autres, TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations introduite le 15 décembre 2011, qu'il a rejetée par décision du 25 juin 2014. En effet, après avoir recueilli l'avis des médecins traitants et mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire à la T._____, ainsi qu'un examen clinique psychiatrique auprès du Dr I._____, l'OAI, se fondant sur l'appréciation du SMR, a retenu qu'entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force – soit la décision du 10 mai 2007, confirmée par la Cour de céans le 8 octobre 2009 et par le Tribunal fédéral le 29 novembre 2010 – et la décision litigieuse, l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié de façon à influencer son droit à

des prestations de l'Al. Plus précisément, l'office a considéré que les dorsolombalgies chroniques avec fracture-tassement de D12 n'étaient pas incapacitantes, que les troubles du sommeil de l'assuré ne s'accompagnaient pas de somnolence diurne et qu'au volet psychiatrique de l'expertise de la T._____, il y avait lieu de préférer l'évaluation du Dr I._____ concluant à l'absence d'atteinte incapacitante sur le plan psychique.

Le recourant, de son côté, a contesté ce point de vue en faisant essentiellement valoir que les conclusions des experts de la T._____ l'emportaient sur celles du Dr I._____, respectivement qu'il y avait lieu de départager ces avis divergents au moyen d'une nouvelle expertise.

a) Sous l'angle somatique, la Cour de céans observe ce qui suit.

aa) S'agissant des troubles dorsaux du recourant, les experts de la T._____ ont retenu des dorsolombalgies chroniques dans le cadre d'un status après fracture-tassement de D12 en 1990 et discopathies étagées modérées dorsales et lombaires - diagnostic n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail. Ils ont également signalé des limitations fonctionnelles sous forme de contre-indication aux activités nécessitant une station assise ou debout prolongée, les mouvements en porte-à-faux du rachis, la marche en terrain irrégulier et le port de charges régulier de plus de 10 kg (cf. rapport d'expertise du 11 septembre 2012 pp. 24 à 26). En termes de diagnostics et de restrictions physiques, ces constatations sont superposables à celles émises par le Dr B._____ dans son rapport d'examen clinique du 1^{er} décembre 2005 (p. 4), sur la base duquel la décision initiale de refus de prestations du 10 mai 2007 a été rendue. Ces éléments ne témoignent ainsi d'aucune évolution significative à ce niveau. Peu importe, dans ces conditions, que contrairement au Dr B._____, les médecins de la T._____ aient estimé que les maux de dos de l'assuré n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail. On relèvera par ailleurs que si le Dr U._____ a certes évoqué une aggravation de

l'incapacité fonctionnelle depuis 2008 au moins (cf. rapport du 16 janvier 2012 p. 1) et indiqué que les lombalgies chroniques participaient à l'incapacité totale de travailler du recourant (cf. rapport du 20 août 2014), il n'a en revanche fourni aucune indication objective dans le sens d'une détérioration notable de l'état de santé de l'assuré sur le plan dorsal.

Au regard de ces circonstances, le SMR (cf. avis du Dr Q._____ du 3 décembre 2013) - et, corollairement, l'OAI - était fondé à retenir qu'eu égard aux constatations de l'experte Y._____ de la T._____, la situation était à ce niveau la même que celle prévalant à l'époque de la décision antérieure.

bb) Les experts de la T._____ ont par ailleurs signalé l'atteinte avec impact sur la capacité de travail de syndrome d'apnées du sommeil de type obstructif de degré sévère, évoquant également une dyssomnie avec difficulté de maintien du sommeil et sommeil non-réparateur possiblement secondairement aux troubles du sommeil. Ils ont relevé qu'un appareillage de type CPAP était indiqué et, pour le surplus, ont renoncé à se prononcer plus précisément sur les répercussions fonctionnelles du trouble respiratoire en l'absence de somnolence diurne subjective, considérant cependant que la fatigue chronique rapportée, médicalement explicable, ainsi que les troubles de la concentration associés justifiaient certainement une baisse de rendement (cf. rapport d'expertise du 11 septembre 2012 pp. 24 et 26). Pour le SMR, et par extension l'OAI, cette situation ne peut toutefois être interprétée comme une évolution déterminante depuis la décision du 10 mai 2007, compte tenu de l'absence de somnolence diurne (cf. avis du Dr Q._____ du 3 décembre 2013). De fait, c'est précisément à cause de l'absence de somnolence diurne que les experts de la T._____ se sont gardés d'évaluer concrètement les restrictions induites par le trouble constaté. A cela s'ajoute qu'en 2014, le trouble en question a été qualifié de léger et non plus de grave (cf. rapport des Drs O._____ et AA._____ du 7 mars 2014) - étant au demeurant relevé qu'après deux échecs en février 2012 (cf. rapport de la Dresse J._____ du 9 février 2012) et octobre 2012 (cf. rapport du Dr U._____ du 19 février 2013), un appareillage par CPAP a

finalement été mis en œuvre en février 2014 (cf. rapport précité du 7 mars 2014).

A la lumière de ces circonstances, on ne peut que rejoindre le SMR pour nier le caractère incapacitant du syndrome d'apnées du sommeil dont souffre le recourant.

cc) Dans ces conditions, la Cour de céans retient que, du point de vue somatique, l'état de santé du recourant n'a effectivement pas connu de péjoration notable susceptible d'ouvrir le droit à des prestations de l'Al. Ce point n'a, du reste, pas été mis en cause par les parties au cours de la présente procédure de recours.

b) Sous l'angle psychiatrique, une expertise judiciaire a été mise en œuvre aux fins de départager les avis médicaux divergents au dossier.

aa) En effet, si des éléments du registre dépressif ont été évoqués lors de la première demande de prestations introduite en mars 2005, au cours du stage d'observation professionnelle effectué d'octobre à novembre 2006 (cf. rapport d'observation professionnelle du 24 novembre 2006 p. 11 et synthèse du 6 décembre 2006), ce n'est que dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée en décembre 2011 que les avis médicaux ont plus précisément abordé la question de l'état de santé psychique de l'assuré. Ainsi, le Dr U._____ a évoqué une problématique psychique (cf. rapport du 7 novembre 2011 et attestation du 13 décembre 2011) sous forme d'épisode dépressif marqué moyen à sévère (cf. rapport du 16 janvier 2012 p. 1), estimant que c'était avant tout à cet état dépressif qu'était lié le handicap de l'assuré (cf. rapport du 20 août 2014). Le Dr W._____, psychiatre traitant depuis le mois de mars 2011, a pour sa part signalé un épisode dépressif moyen à sévère, un trouble de la personnalité décompensé, un probable retard mental sans précision et un probable trouble somatoforme douloureux, considérant qu'il en résultait une capacité de travail nulle (cf. rapports des 20 septembre 2011, 30 janvier 2012 et 20 août 2014). Quant aux experts de

la T._____, ils ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen à sévère, des troubles de la personnalité avec traits narcissiques et paranoïaques, un retard mental ainsi qu'un syndrome somatoforme douloureux persistant, et estimé que la capacité de travail était nulle pour motif essentiellement psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 11 septembre 2012 pp. 24 et 28), cela dès la décision de refus de prestations du 10 mai 2007 (cf. ibid. p. 29 et complément d'expertise du 7 novembre 2012 p. 1). De son côté, le Dr I._____ a uniquement retenu un épisode dépressif en rémission à titre d'atteinte sans répercussion sur la capacité de travail, cette dernière étant considérée comme entière du point de vue psychiatrique (cf. rapport d'examen clinique du 25 novembre 2013 pp. 7 et 11 s.).

bb) Mandatée par la juge instructeur, l'experte judiciaire R._____ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique, de retard mental léger et de traits de personnalité narcissiques et paranoïaques (cf. rapport d'expertise judiciaire du 15 décembre 2015 p. 20). Dans le cadre de son analyse, l'experte a détaillé les signes cliniques lui permettant de retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique et, s'agissant de la médication prescrite, a relevé que le traitement psychopharmacologique était peu efficient dans les cas de dépression sur le long terme, qui plus est dans un fonctionnement cristallisé comme c'était le cas chez l'assuré (cf. ibid. p. 21). Elle a ensuite expliqué qu'elle ne retenait pas le diagnostic de dyssomnies posé par les experts de la T._____, les troubles du sommeil de l'intéressé pouvant être attribués, d'une part, au syndrome d'apnées du sommeil et, d'autre part, à l'épisode dépressif avec les angoisses et ruminations qui y étaient associées (cf. ibid. p. 21). Par ailleurs, l'experte a observé que les atteintes cognitives pouvaient être mises sur le compte de l'intrication de la dépression avec le retard mental, le quotient intellectuel de l'assuré ayant été évalué à 65 et correspondant ainsi à un retard mental léger - étant précisé que si l'intéressé avait initialement pu bien fonctionner malgré les limitations déjà présentes, l'adaptabilité de son fonctionnement relevait néanmoins d'un équilibre précaire, sans aucune souplesse pour passer à

autre chose sur le plan professionnel (cf. *ibid.* p. 22). La Dresse R. _____ n'a en outre pas retenu de diagnostic caractérisé concernant la personnalité, rejoignant à ce propos les arguments du Dr I. _____ ; elle a par contre estimé que les dernières années de lutte contre une image de soi dévalorisée au plus haut point avaient fortement contribué à laisser émerger des traits de personnalité paranoïaques et narcissiques, qui s'étaient petit à petit rigidifiés au point de devenir dysfonctionnels (cf. *ibid.* p. 22 s.). Pour l'experte, il n'y avait de surcroît pas lieu de retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant évoqué par les experts de la T. _____ attendu que, dans le cas de l'assuré, les douleurs dorsales étaient survenues dans les suites d'une fracture dorsale et d'un remaniement vertébral avec discopathies étagées : l'origine des douleurs était donc physique et non psychique. A cela s'ajoutait que lorsqu'il avait commencé à ressentir ces douleurs, l'intéressé ne se trouvait pas dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux prédominants sur les causes physiques de ses lombalgies. Sans pour autant retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, on pouvait néanmoins accorder une composante psychogène à la persistance et à l'intensité des douleurs présentées par l'assuré - on reconnaissait d'ailleurs une composante douloureuse lors d'épisodes dépressifs et c'était là une hypothèse pour comprendre le vécu subjectif accru de la douleur chez l'intéressé (cf. *ibid.* p. 23 s.).

Cela étant, la Dresse R. _____ a considéré que l'intrication du retard mental, de la rigidité mentale et de la dépression constituait une entrave majeure au fonctionnement socioprofessionnel et familial du recourant, lequel n'était pas apte à travailler dans quelque activité que ce fût et ce pour des raisons essentiellement psychiatriques. Elle a estimé que les chances de succès d'une reconversion professionnelle avaient été progressivement vouées à l'échec dès l'installation de l'épisode dépressif sur le tableau clinique, soit entre 2005 et 2006, étant rappelé que la présence d'éléments dépressifs avait été évoquée par les intervenants du COPAI en novembre 2006. Pour l'experte, c'était à partir de 2006 que, la dépression se surajoutant au retard mental et les aspects de personnalité se rigidifiant, la capacité de travail était devenue nulle dans toute activité

professionnelle, la situation psychique n'ayant été qu'en s'aggravant depuis lors (cf. ibid. p. 24).

cc) De ce qui précède, il résulte que la Dresse R._____ a dûment pris position sur les divergences opposant les avis médicaux précédemment recueillis, que ce soit en termes de diagnostics ou de capacité résiduelle de travail. Le rapport d'expertise du 15 décembre 2015 a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes du recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions motivées à satisfaction. Cette expertise remplit par conséquent les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 5b supra).

D'ailleurs, tant le recourant (cf. observations des 18 janvier et 10 février 2016) que l'intimé (cf. écriture du 14 janvier 2016 faisant suite à l'avis du SMR du 11 janvier 2016) se sont ralliés aux conclusions du rapport d'expertise de la Dresse R._____. Tout au plus apparaît-il que le début de l'entière incapacité de travail induite par les troubles psychiques, fixé à 2006 par l'experte judiciaire, a été précisé dans l'avis SMR du 11 janvier 2016, les Drs DD._____ et EE._____ expliquant que, dans la mesure où un état dépressif avait été rapporté durant le stage d'observation professionnelle réalisé d'octobre à novembre 2006 sous l'égide du COPAI, on pouvait retenir que l'aggravation psychique était survenue à partir d'octobre 2006. Dès lors que le recourant adhère à cette appréciation, laquelle s'inscrit du reste dans le cadre d'une lecture cohérente du dossier, la Cour de céans ne voit aucun motif justifiant de s'en écarter.

Partant, on retiendra que depuis le mois d'octobre 2006, le recourant présente une entière incapacité de travail dans toute activité, eu égard à ses troubles psychiatriques. Une telle constellation a pour corollaire un degré d'invalidité de 100% ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

c) Reste à déterminer le début du droit à la rente.

A mesure que l'on prête aux atteintes psychiques de l'assuré un caractère totalement incapacitant depuis le mois d'octobre 2006, il faut en conséquence admettre que ce moment marque le début du délai de carence d'une année institué par l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. consid. 3a supra). En d'autres termes, le droit à une rente d'invalidité – pour motifs psychiques – ne saurait en tous les cas entrer en considération avant le mois d'octobre 2007, soit à l'échéance du délai d'attente précité. C'est dire que lorsque la décision initiale de refus prestations a été rendue, le 10 mai 2007, le recourant ne pouvait prétendre à une rente d'invalidité. La première décision de l'OAI était donc fondée, comme l'étaient l'arrêt rendu le 8 octobre 2009 par la Cour de céans et le jugement prononcé le 18 mars 2010 par le Tribunal fédéral. En ce sens, le présent cas de figure doit être appréhendé comme un nouveau cas d'assurance, postérieur à la décision de refus de prestations du 10 mai 2007.

Cela étant, il reste qu'en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 phr. 1 LPGA. Attendu qu'en l'occurrence le recourant a présenté sa nouvelle demande de prestations le 15 décembre 2011, le droit à la rente ne peut conséquemment être reconnu qu'à compter du 1^{er} juin 2012, soit six mois après le dépôt de la demande.

d) Vu l'issue du litige, la Cour de céans peut s'abstenir d'analyser les autres moyens soulevés par le recourant, notamment sous l'angle du droit d'être entendu. De même, il n'y pas lieu de donner suite à ses requêtes d'audition de témoins.

7. a) Il suit de là que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2012.

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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, il a droit à des dépens qu'il convient de fixer équitablement à 2'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA).

**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 25 juin 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que A._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2012.

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

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A._____ une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Nicolas Mattenberger (pour A. _____),
- 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 :