

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 novembre 2018

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Durussel, juge, et M. de Goumoëns, assesseur  
Greffier : M. Klay

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, à Lausanne.

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] et actif dans le domaine de la maçonnerie depuis son adolescence, était en incapacité de travailler à 100% dès le 15 mars 2012, en raison de douleurs constantes au bas du dos sous la forme de lombo-sciatalgies bilatérales et de décompensation discale au niveau L4-L5. Au terme d'une procédure de détection précoce, il a déposé, le 4 juin 2012, une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Entre-temps, dans un rapport du 14 mai 2012, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies bilatérales et de décompensation discale dégénérative étagée (favorisée par des anomalies statiques du rachis) et discale circonférentielle avec comblement foraminal bilatéral L4-L5.

Par rapport du 21 août 2012 à l'intention de l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_ a confirmé ses précédents diagnostics. Il notait la persistance de douleurs aux membres inférieurs malgré un traitement de physiothérapie-ostéopathie intense. Sans se prononcer sur l'incapacité de travail de l'assuré, en présence de signes clairs d'usure lombo-vertébrale pluri-étagée, son pronostic était réservé compte tenu de l'atteinte dégénérative avancée. Qualifiant l'activité habituelle de maçon d'inadaptée, ce neurologue conseillait une réorientation professionnelle de l'intéressé. Selon lui, les mesures thérapeutiques (à savoir la physiothérapie, l'ostéopathie, l'aquagym et une médication anti-inflammatoire, myorelaxante ainsi qu'ostéopathique) pouvaient permettre une reprise de travail uniquement à temps partiel.

Aux termes d'un rapport du 7 septembre 2012 à l'OAI, le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin traitant et praticien, a posé le diagnostic de syndrome lombo-vertébral chronique sur atteinte discale L5. Mentionnant un pronostic favorable en lien avec une reconversion professionnelle, il

retenait une incapacité de travail de l'assuré à 100% comme maçon, dès le 15 mars 2012, mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sans positions sollicitant le dos ni travaux de force ni ports de charges.

Dans un rapport du 2 octobre 2012, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé des lombo-sciatalgies bilatérales sur troubles dégénératifs (M54.5), sans pathologies associées. Il a constaté une incapacité de travail de l'assuré à 100 %, dès le 15 mars 2012, dans l'activité habituelle de maçon mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il retenait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux de force ni ports de charges, pas de positions sollicitant le dos avec également la position statique assis/debout, l'accroupissement, l'agenouillement et le porte-à-faux statique du rachis à éviter.

Par décision du 2 avril 2013, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente.

En parallèle, dans un rapport d'expertise du 21 mars 2013 - mise en œuvre par l'assureur perte de gain maladie de l'intéressé -, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de hernie discale L5/S1 avec conflits disco-radiculaires et disco-ostéophytiques pour les racines L5 avec symptomatologie bilatérale, en indiquant partager l'avis des Drs S.\_\_\_\_\_, et E.\_\_\_\_\_. Il mentionnait pour sa part que si l'incapacité de travail était totale et définitive dans la profession de maçon, l'assuré disposait par contre d'une capacité de travail d'abord à 50 % (pendant un ou deux mois), puis à 100% dans des activités adaptées à ses douleurs.

Le 2 mai 2013, à la demande de l'intéressé, l'OAI a annulé sa décision de refus de rente du 2 avril 2013.

Le 9 juillet 2013, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel sous la forme d'une formation à une activité industrielle légère, en ateliers auprès de l'un des Centres de formation de l'Organisation romande pour la formation et l'intégration (ci-après : ORIF), pour une durée de trois mois. L'intéressé a suivi cette mesure auprès de l'ORIF [...] du 30 septembre 2013 au 12 janvier 2014, laquelle a été prolongée au 13 avril 2014. Il a ensuite effectué deux stages pratiques à plein temps, auprès d'Y. \_\_\_\_\_ SA, puis de R. \_\_\_\_\_ SA. Le 26 mars 2014, il a été engagé à 100 %, pour une période de trois mois d'essai, du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2014, par la société Y. \_\_\_\_\_ SA.

L'assuré s'est trouvé en arrêt de travail depuis le 15 mai 2014. Le 16 juin 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_ a ainsi attesté une incapacité de travail totale du 16 juin au 1<sup>er</sup> juillet 2014 pour cause de maladie.

Par rapport du 9 juillet 2014, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombo-sciatalgies bilatérales, de status post-rachialgies diffuses à la mi-mai 2014, de décompensation discale dégénérative étagée favorisée par des anomalies statiques du rachis et de décompensation discale circonférentielle avec comblement foraminal bilatéral L4-L5. Il a précisé que, le 14 mai 2014, l'assuré s'était présenté en urgence à son cabinet en expliquant qu'il souffrait depuis deux semaines d'une nette augmentation de ses douleurs dans le bas du dos, au niveau de la colonne cervicale et dorsale, ainsi que dans les deux bras et les deux jambes. L'intéressé a indiqué qu'il avait dû quitter son travail le matin même car il ne pouvait plus supporter ses douleurs. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a exposé que l'examen neurologique ciblé montrait des douleurs quasi ubiquitaires à la moindre palpation de la musculature et des insertions au niveau des deux membres supérieurs, des épaules, des omoplates, de la colonne vertébrale cervico-dorso-lombaire et des jambes. Il estimait que cette soudaine aggravation pouvait éventuellement être en relation avec le maintien de la même position à sa place de travail actuelle. Sans mentionner de pronostic au vu de la chronicité des troubles et de leur réaggravation récente, il évoquait une incapacité de travail de 70 % avant ladite réaggravation, ajoutant que

l'incapacité de travail attestée de 20 % au moins dans la dernière activité de maçon existait depuis le 10 mai 2012. Il a relevé que le fait pour l'assuré de travailler toute la journée debout, légèrement penché en avant, avec le bras et les coudes en extension, avait déclenché une aggravation de ses rachialgies.

Le contrat de travail de l'intéressé chez Y.\_\_\_\_\_ SA s'est terminé le 30 juin 2014, sans qu'un poste plus adapté n'ait pu lui être proposé au sein de cette entreprise.

Dans un rapport du 12 août 2014, le Dr E.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome lombo-vertébral chronique sur atteinte discale L5 avec l'apparition de cervico-brachialgies bilatérales, ainsi que d'un trouble anxieux chronique. Mentionnant un pronostic réservé, il a notamment fait part de la nécessité d'évaluer le trouble anxieux. Il a indiqué de possibles difficultés de concentration et qu'il fallait éviter tout travail de force sollicitant le dos et les épaules. L'incapacité de travail de l'assuré était totale comme maçon. Sa capacité de travail était probablement de 80 % dans une activité adaptée, cette situation devant être évaluée avec, de préférence, un poste varié en extérieur.

Au terme d'un avis médical du 26 août 2014, les Dr B.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès du SMR, ont constaté la nécessité d'un examen SMR de l'assuré, avec volet rhumatologique et psychiatrique, ou d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

Les Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, assisté de la psychologue [...], ont établi respectivement un rapport d'expertise rhumatologique du 26 juin 2015 et un rapport d'expertise psychiatrique du 29 octobre 2015. Ils ont précisé avoir procédé, le 25 juin 2015, à une discussion bidisciplinaire de leurs conclusions. Au terme d'examens complémentaires du 4 mars 2015, le

Dr X. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombopyralgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie L4-L5 et L5-S1) et de cervico-brachialgies récurrentes (discopathie C6-C7 non conflictuelle), ainsi que ceux sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (diminution du seuil de tolérance à la douleur), d'omalgies gauches sans substrat organique, d'origine spondylogène probable, et d'hypertension artérielle. Au titre des constatations objectives, il a notamment mentionné l'absence de signe de non-organicité selon Wadell, ainsi que douze sur dix-huit points de fibromyalgie positifs. Il a apprécié le cas de l'assuré de la manière suivante :

« [...]

**Au status de ce jour**, on note un syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Les amplitudes articulaires des épaules sont difficilement évaluables, les amplitudes articulaires étant limitées à 90° en antépulsion et en abduction. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur. L'examen frappe par une trophicité musculaire au-delà de la norme et des douleurs insertionnelles surtout au niveau de l'hémicorps supérieur, faisant évoquer la présence d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

A noter qu'il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique.

**Du point de vue paraclinique**, le bilan effectué jusqu'à ce jour met en évidence une discopathie L4-L5, L5-S1 et au niveau cervical, en C3-C4, avec diminution du trou de conjugaison à G [gauche] à ce niveau. Les omalgies sont probablement d'origine spondylogène, au vu du caractère légèrement sténosant du trou de conjugaison en C3-C4.

L'ultrasonographie des épaules de ce jour est dans les normes. Il n'y a pas de signe de tendinopathie, de collection liquidienne intra-articulaire ou au niveau de la bourse. La RX [radiographie] de l'épaule G est également dans les normes.

**Du point de vue thérapeutique**, l'assuré devrait bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique à sec, voire en piscine, avec mobilisation douce, progressive, active et passive et applications de jet-massages. L'utilisation d'une ceinture lombaire en cas de ports de charge en porte-à-faux pourrait être proposée. Une mobilisation progressive de l'épaule est également à conseiller.

Du point de vue médicamenteux, une médication myorelaxante, décontracturante pourrait être proposée. La poursuite de la médication d'AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens] et de tricycliques est également de mise.

**Du point de vue de son exigibilité**, concernant son activité de maçon-chef d'équipe, sa capacité de travail peut être estimée à 30%, estimant qu'il doit effectuer des mouvements de charge en porte-à-faux de manière répétitive.

Dans une activité adaptée, en limitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier, et en limitant les mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale avec le MSD [membre supérieur droit], sa capacité de travail est totale.

A notre avis, les lésions dégénératives discales ne permettent pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse, l'assuré présente une trophicité au-delà de la norme, tant au niveau des MI [membres inférieurs] que des MS [membres supérieurs], il peut rester assis sans opter de position antalgique, il se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide, tout en utilisant également ses MS pour les retournements. Force est donc de constater une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré, l'ampleur de la symptomatologie qu'il décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle et l'examen clinique et para-clinique effectués jusqu'à ce jour.

Le bilan radiologique ne s'est pas péjoré de manière significative, seules les douleurs, facteur subjectif et propre à chaque individu et qui, à mon avis, sont imputables à une diminution du seuil de tolérance à la douleur avec douleurs polyinsertionnelles serait sujette à s'être péjorée ces dernières années. Celle-ci est probablement à corrélérer avec le contexte socio-économique de l'assuré.

Cette appréciation s'apparente à celle du Dr E.\_\_\_\_\_, qui dans son rapport médical estime une capacité de travail dans une activité adaptée de 80%.

**Du point de vue bi-disciplinaire** : après discussion avec le Dr Q.\_\_\_\_\_, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son ancienne activité est de 30 % et dans une activité adaptée est estimée à 100 %. »

Pour sa part, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé, dans son rapport du 29 octobre 2015, le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'éventuel trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive actuellement en rémission. Il a notamment exposé ce qui suit :

« **1. ANAMNESE**

[...]

#### **1.4 ANAMNESE AFFECTIVE ET SOCIALE**

Monsieur L. \_\_\_\_\_ a fait la connaissance de sa future épouse [...], née en [...], à l'âge de 18 ans et le mariage a été célébré en [...]. L'assuré est très heureux de cette union et il dépeint "*une épouse compréhensive, gentille*". Cette dernière travaille à 50 % en tant qu'employée de maison au [...]. Un enfant est né de cette union. [...] en [...] qui s'est marié il y a [...] ans et a eu un fils en [...]. Monsieur L. \_\_\_\_\_ apprécie beaucoup sa belle-fille d'origine [...] et : "*se réjouit du bonheur de ses proches*", nous dit-il. L'assuré est heureux d'être grand-père et s'occupe beaucoup de son petit-fils qu'il va voir régulièrement.

#### **1.5 ANAMNESE SOCIO-ECONOMIQUE RECENTE**

Monsieur L. \_\_\_\_\_ n'a plus de revenus, c'est son épouse [qui] assure la subsistance du ménage.

Il n'y a pas de dettes ou de poursuites en cours.

L'assuré est titulaire du permis de conduire mais ne peut plus utiliser son véhicule en raison de ses cervicalgies.

[...]

### **2. INDICATIONS SUBJECTIVES DE L'ASSURE(E)**

[...]

#### **2.2 FONCTIONNEMENT PSYCHOSOCIAL DE L'ASSURE(E) (HORS PROFESSIONNEL)**

Le couple vit dans un 3,5 pièces au [...] et bénéficie d'un petit coin jardin avec un potager. Monsieur L. \_\_\_\_\_ se lève vers 7h30 et il a besoin d'une heure et demie pour pouvoir se mettre en route. L'assuré sort se promener un peu, s'occupe du potager, il prépare le repas de midi. L'après-midi, Monsieur L. \_\_\_\_\_ se balade à nouveau, cuisine le repas du soir et va parfois voir son fils et s'occuper de son petit-fils.

### **3. CONSTATATIONS OBJECTIVES**

[...]

#### **3.2. SYNTHESE DES TESTS PSYCHOMETRIQUES**

##### **3.2.1 Tests généraux**

Monsieur L. \_\_\_\_\_ a réalisé les tests psychométriques dans sa langue maternelle, sans grandes difficultés. Il existe une relativement bonne concordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation.

Le Hamilton 17 items suggère une symptomatologie dépressive subclinique à légère, en concordance avec le Beck 21. Avec un score de 13, ce dernier se situe dans les dépressions légères, mais à la

limite inférieure de l'intervalle référence. A ce titre le facteur dépression du SCL-90R est aussi subpathologique.

Le Hamilton anxiété indique une anxiété mineure mais à la limite supérieure de l'index de référence, puisque ce sont probablement les symptômes prépondérants chez l'assuré. Le facteur *anxiété état* du Spielberger est néanmoins faible et celui du facteur *anxiété* du SCL-90R est pathologique, sans plus.

Le SCL-90R donne un indice de *somatisation* et *symptômes divers* élevés en rapport avec les plaintes somatique de l'assuré. Le facteur *obsession-compulsion* est subpathologique ; il suggère une certaine psychorigidité. Tous les autres facteurs sont dans les normes à l'exception de *dépression* et *anxiété* qui ont déjà été analysés.

En d'autres termes, l'assuré n'a jamais tenté d'amplifier ou de majorer ses symptômes, ce qui est un élément de bon pronostic. Il prédomine essentiellement des plaintes du registre somatique et quelques symptômes anxieux.

Cela pourrait expliquer la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, le second faisant le plus souvent le postulat de sincérité de son patient.

[...]

### **3.3. EXAMEN CLINIQUE DU 24 JUIN 2015**

Monsieur L. \_\_\_\_\_ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Nous avons contrôlé sa carte d'identité. Il s'agit d'un homme faisant plus jeune que son âge biologique, de taille moyenne assez athlétique, soigné de sa personne. L'assuré est très courtois, souriant et se montre particulièrement aimable et collaborant durant cette expertise. Monsieur L. \_\_\_\_\_ est ouvert d'esprit, positif et apparaît comme un homme sensible ayant une philosophie de vie humaine et positive. L'assuré n'est jamais quérulant ou revendicateur. A quelques reprises Monsieur L. \_\_\_\_\_ a l'air légèrement ému en évoquant ses problèmes de santé, les répercussions sur sa famille et leur situation économique.

Nous ne relevons pas de foetor éthylique, il est vigile, orienté dans les 3 modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. Il n'y a pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. Monsieur L. \_\_\_\_\_ s'exprime bien en français avec un léger accent [...]. L'intelligence est normale. Jugement et raisonnement sont conservés.

Actuellement il n'y a pas de dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme. Monsieur L. \_\_\_\_\_ reste un peu émotif et préoccupé par sa situation qui peut entraîner parfois une certaine amertume. Il n'y a pas d'irritabilité marquée ou d'anxiété flottante et constante.

Le sommeil est très perturbé dans sa phase d'endormissement et surtout de maintien en raison des cervicalgies et des lombalgies. Monsieur L. \_\_\_\_\_ évoque un réveil difficile avec la nécessité, en

raison de ses douleurs cervicales et lombaires, d'aller se baigner à l'eau chaude pour pouvoir se mettre en route.

L'appétit est normal et le poids est plutôt stable : actuellement 85 kg pour une taille de 1,75 m. (BMI [Body Mass Index] = 25,7). La libido et les rapports sexuels sont plutôt diminués en rapport avec ses limitations physiques.

Il n'y a pas de troubles patents subjectifs de l'attention et de la concentration ni de suicidalité.

Du point de vue anxieux il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par le DSM IV. Monsieur L.\_\_\_\_\_ ne souffre pas de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang, d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique.

Monsieur L.\_\_\_\_\_ ne consomme pas d'alcool et le tabagisme se situe à ½ paquet par jour. Il n'y a pas de prise de substances illicites annoncée.

Monsieur L.\_\_\_\_\_ ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie - boulimie.

Il n'existe pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée.

Au niveau somatique, Monsieur L.\_\_\_\_\_ annonce des cervicalgies empêchant certains mouvements de la nuque et des lombalgies qui parfois sont difficilement supportables lorsqu'il doit maintenir une position assise.

### **3.4 PERSONNALITE :**

Rien n'indique que l'assuré présente un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

[...]

## **5. DISCUSSION**

[...]

### **5.2 APPRECIATION DIAGNOSTIQUE**

D'un point de vue **psychopathologique**, Monsieur L.\_\_\_\_\_ se plaint essentiellement de douleurs multiples, incapacitantes pour lesquelles une cause organique a été mise en évidence avec une composante du registre trouble somatoforme. Enfin, le Dr E.\_\_\_\_\_ relève un trouble de l'anxiété généralisée.

D'un point de vue psychiatrique, il n'y a aucun élément en faveur d'une dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme. Certes, Monsieur L.\_\_\_\_\_ est un peu émotif et

préoccupé par sa situation, ce qui peut apporter une certaine amertume, mais il s'agit d'une réaction psychologique qui peut être considérée comme normale. Il n'y a pas non plus véritablement d'élément en faveur d'un trouble de l'anxiété généralisée ou toute autre pathologie psychiatrique, que ça soit une symptomatologie psychotique ou maladie de la dépendance. Il existe une certaine anxiété, néanmoins probablement légère et fluctuante, liée [à] l'incertitude de sa situation personnelle, économique et professionnelle. Enfin, il n'y a pas d'argument en faveur d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

L'hypothèse d'un trouble somatoforme douloureux peut se poser, mais cela n'a jamais été évoqué avant l'arrêt de travail de juin 2014 qui prend racine sur le début d'une activité au sein d'Y. \_\_\_\_\_ SA. Il est **probable** que l'assuré ait pu présenter à l'époque un **trouble de l'adaptation** qui se soit manifesté surtout par des somatisations. L'évolution a été rapidement favorable.

### **5.3 APPRECIATION DE LA CAPACITE DE TRAVAIL SUR LE PLAN DE LA MEDECINE DES ASSURANCES**

D'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré est entière et sans baisse de rendement dans une activité adaptée. A ce titre, le long stage à l'ORIF l'a démontré.

### **5.4 PROPOSITION DE TRAITEMENT**

Il n'y a pas de justification à une prise en charge psychiatrique.

### **5.5 PRONOSTIC**

Le pronostic est bon mais l'assuré risque de se heurter à des limitations telles l'âge, une maîtrise du français parlé mais pas écrit, l'absence de qualifications professionnelles et le marché du travail. »

En regard de leur appréciation consensuelle et en intégrant l'aspect psychiatrique et rhumatologique, les experts ont constaté une capacité de travail de l'assuré à 30 %, en lien avec son activité antérieure de maçon-chef d'équipe, et une capacité de travail totale, dès avril 2012, dans une activité adaptée, c'est-à-dire limitant les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier (de plus de cinq à dix kilos) et limitant les mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur droit (en abduction et en antépulsion). L'atteinte à la santé psychique n'entraînait pas de limitation fonctionnelle.

Dans un avis médical du 13 novembre 2015, le Dr B. \_\_\_\_\_ a fait siennes les constatations et conclusions des experts, précisant

toutefois qu'en l'absence d'explications du Dr X.\_\_\_\_\_, le conduisant à s'écarter des avis des Drs E.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, il convenait de retenir une capacité de travail nulle, dès janvier 2012, dans l'activité habituelle de maçon.

Par décision du 7 juin 2016, l'OAI a refusé d'octroyer une rente à l'assuré. En substance, il a considéré que l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (telles des activités légères dans le domaine de l'industrie ou des services) aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit au-delà de l'horizontale, en abduction et antépulsion, pas de port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de cinq à dix kg de façon répétitive. Retenant un revenu d'invalidé de 56'251 fr. 04 et un revenu sans invalidité de 86'726 fr., l'OAI a estimé que le degré d'invalidité de l'assuré était de 35.14 %, lequel ne lui donnait pas droit à une rente.

**b)** Le 13 juillet 2016, l'intéressé a recouru contre la décision susmentionnée, arguant notamment que le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne mentionnait aucune activité de loisir impliquant des tiers au cercle familial, que lui-même ne décrivait pas de voyages, ni de vacances, et qu'il était rapporté dans l'expertise qu'il ne conduisait plus en raison des douleurs, de sorte qu'il paraissait largement dépendant de ses proches pour les activités de la vie quotidienne. En cours de procédure de recours, il a produit deux rapports des 15 juin et 26 octobre 2016 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, attestant suivre l'intéressé depuis le 2 juin 2016 et faisant état d'une incapacité de travail de 50 % dans toute activité, existant au moins depuis le mois de janvier 2016. Dans son rapport du 15 juin 2016, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif d'intensité actuelle sévère et de douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques. Il a notamment fait état de ce qui suit :

« [...]

Dans mes examens du 2 et 15 juin 2016, j'ai observé un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existait une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées à une fatigue importante, même après un effort minime. Il y avait une importante diminution de l'estime et de la confiance en soi. Assez souvent, il se laisse envahir par le découragement, mais je n'ai pas constaté la présence des idées de mort.

Au début de son traitement, il a présenté un résultat de 32 points à l'échelle Hamilton Dépression (17 items), ce qui correspond à une intensité sévère de sa dépression. Le tableau dépressif s'accompagne, mais ne les explique pas complètement, par des douleurs persistantes qui ont leur origine dans les problèmes de somatique bien précis. Ainsi, les facteurs psychiques peuvent intensifier sa souffrance douloureuse, mais ils ne sont pas son origine.

Il n'y a pas lieu d'un trouble factice et le fonctionnement de votre client se trouve passablement perturbé. L'échelle d'Evaluation globale du fonctionnement au début du traitement montrait un résultat de 55, compatible avec une symptomatologie moyenne entraînant des difficultés moyennes dans le fonctionnement social et/ou l'autonomie.

[...] »

Par son rapport du 26 octobre 2016, le Dr T. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques. L'incapacité de travail de 50 % était due à une diminution de rendement correspondante, compte tenu d'un ralentissement dépressif et de difficultés de gestion de la douleur. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit, sous « constat médical » :

« Le patient est venu à tous les rendez-vous que je lui ai fixés, toujours à l'heure. Son expression verbale est bonne, l'image qu'il donne de soi est soignée. Par contre, il a toujours adopté des positions antalgiques et dans chaque entretien, il a eu le besoin de se lever pour faire bouger sa colonne, ne supportant pas [de] rester assis trop longtemps.

De formation limitée, il a un profond sens moral : il est respectueux des autres, il est méticuleux et obséquieux à l'extrême. Très ordonné, ne supporte pas [de] laisser ses activités inachevées. Ces caractéristiques de sa personnalité peuvent tromper l'autre par la construction d'une façade qui lui permet de maintenir une certaine fierté dans l'adversité.

Conscient de son rôle de chef-de-famille, il se sent profondément blessé dans son auto-estime de devoir laisser à sa femme le rôle de pourvoyeur des besoins matériels de sa famille. Ceci est source de

fréquents conflits dans le couple et parfois il craint que sa femme [ne finisse par] se fatiguer de leur relation.

Ceci, surajouté à ses plaintes douloureuses continues plus les limitations fonctionnelles que ses troubles ostéo-articulaires imposent, sont à l'origine d'un abaissement chronique de son humeur. D'autres symptômes dépressifs y sont associés : un ralentissement cognitif et physique, diminution de la capacité d'éprouver du plaisir, d'autres troubles somatiques (troubles du sommeil, manque de l'appétit et de la libido). De façon récurrente, il se pose la question sur si [sic] sa vie vaut encore la peine d'être vécue mais il n'a pas de projets suicidaires. La volonté et le pragmatisme sont diminués mais il aimerait pouvoir exercer encore une activité adaptée pour vaincre ses sentiments de baisse de l'auto-estime. Il vit retiré au sein de sa famille et ne cherche pas à établir ou élargir ses contacts sociaux. Il a peu d'activités de loisir.

Je n'ai pas observé des troubles cognitifs importants. Il n'y a pas de troubles du contenu, et de la forme de la pensée. La perception est dominée par des douleurs constantes tant au niveau du dos comme dans la ceinture scapulo-humérale. Il décrit la sensation de perte de la force des jambes et des mains. Il cherche tout le temps une position antalgique, et doit même se lever pendant les entretiens à quelques reprises pour soulager ses douleurs.

Lors de la dernière consultation de ce mois d'octobre, il a présenté un résultat de 23 points à l'échelle *Hamilton Depression Rating Scale* (17 items), ce qui correspond à une dépression modérée. A l'échelle d'*Evaluation Globale du Fonctionnement*, il a eu un résultat de 55 points, ce qui correspond à la présence de symptômes d'intensité moyenne entraînant des difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social et/ou l'autonomie. »

Par arrêt du 27 février 2017 (AI 183/16 - 60/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 7 juin 2016, en retenant ce qui suit :

« [...] Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a procédé à une appréciation pondérée des différents indicateurs entrant en considération, en tenant compte de l'absence d'amplification ou de majoration des symptômes par le recourant. Il a également tenu compte de l'échec d'une reprise du travail en mai 2014, qu'il attribue à un éventuel trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, actuellement en rémission. Il observe que le Dr S. \_\_\_\_\_ a prescrit à l'époque du Tryptizol®, comme traitement antalgique et antidépresseur de base. Il ne se prononce effectivement pas sur la compliance médicamenteuse, notamment au Saroten® - qui est un antidépresseur -, mais observe l'absence de dépressivité marquée à l'examen clinique. Il ne lui appartenait pas, comme expert mandaté par l'intimé pour se déterminer sur les atteintes à la santé et la capacité de travail, de se prononcer sur l'adéquation de ce médicament prescrit par le médecin traitant. On précisera néanmoins que cette adéquation ne peut être niée d'emblée compte tenu d'un éventuel trouble de l'adaptation, même en rémission

actuellement, et de l'anxiété - certes légère et fluctuante - admise par le Dr Q. \_\_\_\_\_ en relation avec l'incertitude du recourant sur sa situation personnelle, économique et professionnelle. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a nié toute autre comorbidité psychique qu'un éventuel trouble de l'adaptation en rémission, et a tenu compte des comorbidités physiques, qui n'impliquaient toutefois pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée. L'expert a également pris en considération l'indicateur relatif à la cohérence entre l'incapacité de travail totale alléguée et le retentissement des atteintes à la santé dans les autres domaines de la vie. Il n'y a pas de véritable contradiction à mentionner d'une part, sous "anamnèse affective et sociale", que l'assuré est heureux d'être grand-père et qu'il s'occupe beaucoup de son petit-fils qu'il va voir régulièrement, et d'autre part, dans la description d'une journée ordinaire, que l'assuré rend parfois visite à son fils et s'occupe de son petit-fils l'après-midi. Pour sa part, le Dr X. \_\_\_\_\_ a noté que l'assuré était capable, notamment, de marcher plus de 60 minutes, de porter des charges de plus de 5 kg, de rester assis pendant 30 à 60 minutes, de prendre les commissions légères et de faire les repas, mais qu'il n'était en revanche pas capable de conduire, de passer l'aspirateur, relever la poussière, nettoyer les vitres et effectuer des commissions lourdes, ces activités étant effectuées par son épouse. On ne voit pas d'incohérence entre ces empêchements et la capacité de travail totale dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles admises par les experts. Enfin, l'absence de tout suivi psychiatrique spécialisé entre la date de la demande de prestations et le 2 juin 2016 constitue également un indicateur relatif à l'absence d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

Compte tenu de ce qui précède, l'intimé s'est fondé à juste titre sur les rapports des Drs X. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ pour constater une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par ces médecins. Un complément d'expertise en raison de l'ATF 141 V 281 n'est pas nécessaire. Pour le surplus, le recourant ne soulève aucun grief relatif à l'évaluation de l'invalidité, en particulier sur le revenu hypothétique sans invalidité et sur le calcul du revenu d'invalidité effectué par l'intimé, qui ne prête au demeurant pas flanc à la critique. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur ces aspects de la décision litigieuse.

**5.** Le recourant a produit plusieurs rapports médicaux à l'appui de son recours. Ces documents, en particulier les rapports du Dr T. \_\_\_\_\_, ne remettent pas sérieusement en cause les constatations des Drs X. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ à l'époque de l'expertise, comme le concède d'ailleurs le recourant. Ils ne permettent pas davantage de constater une péjoration durable de l'état de santé, de nature à ouvrir droit aux prestations à la date de la décision litigieuse. Le recourant n'a pas consulté le Dr T. \_\_\_\_\_ avant le 2 juin 2016 et ce médecin n'explique pas sur quels éléments factuels il se fonde pour attester une incapacité de travail de 50 % dès le mois de janvier 2016 déjà, soit six mois avant sa première consultation. Par ailleurs, même en admettant une telle incapacité de travail depuis le mois de janvier 2016, elle ne fonderait pas le droit aux prestations à la date de la décision litigieuse (cf. art. 28 al. 1 let. b et c et consid. 3). Une expertise judiciaire en vue de déterminer si l'aggravation alléguée et attestée par ce médecin est bien réelle et si elle est durable, de même qu'un renvoi pour

instruction complémentaire et nouvelle décision, ne se justifient donc pas. Il appartiendra au recourant de préciser à l'OAI s'il entend que les documents produits en instance de recours soient traités comme une nouvelle demande de prestation.

[...] »

**B. a)** Dans un rapport du 5 avril 2017 adressé à l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a fait état, pour l'essentiel, de constatations identiques à celles de son précédent rapport du 26 octobre 2016. Ce médecin a précisé toutefois qu'« à ce jour, [l'assuré] a présenté un résultat de 26 points à l'échelle *Hamilton Depression Rating Scale* (17 items) ce qui correspond à une dépression modérée. A l'échelle d'*Evaluation Globale du Fonctionnement*, il a eu un résultat de 55 points, ce qui correspond à la présence de symptômes d'intensité moyenne entraînant des difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social et/ou l'autonomie ».

**b)** Le 13 avril 2017, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir une décompensation discale (L3-L4-L5-S1), une discarthrose cervicale (C3-C4-C5-C6-C7) et une « colonne dorsale (petite HD [hernie discale] D7-D8) ». A l'appui de sa demande, il a produit les rapports suivants :

- un rapport du 20 juillet 2016, par lequel la Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics de rachialgies à prédominance cervicale et lombaire sur discopathie L4-L5, L5-S1, sur rectitude cervicale et sur discopathie C3-C4 et uncarthrose droite, de scoliose lombaire dextro-convexe et augmentation de la cyphose et de discopathie L5-S1. Cette médecin a expliqué que la situation était quelque peu confuse. L'assuré était extrêmement algique. La Dresse H.\_\_\_\_\_ relevait que tous les mouvements étaient douloureux et limités, à l'instar des mouvements de l'épaule, mais que, étonnement, la rotation interne était préservée, ce qui correspondait peu à une atteinte de la coiffe. Le rapport d'IRM cervicale du 17 septembre 2014 ne décrivait pas de rectitude ni de

discopathie C3-C4. Selon la Dresse H.\_\_\_\_\_, il était indiqué de procéder à une nouvelle IRM cervicale afin de tenter d'éclaircir l'état du canal médullaire. Sous réserve du résultat de cette IRM, il existait une discordance entre l'importance des plaintes et les constatations objectives, évoquant un trouble somatoforme.

- un rapport d'IRM cervico-dorsale du 17 octobre 2016, au terme duquel le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu à une discarthrose cervicale étagée modérée responsable d'un rétrécissement modéré du canal cervical en C3-C4 et C4-C5 sans myélopathie, à une petite hernie discale paramédiane droite C3-C4 et médiane C6-C7, ainsi qu'à une colonne dorsale sans anomalie hormis une petite hernie discale D7-D8 paramédiane gauche.
- un rapport du 24 novembre 2016, par lequel le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a indiqué qu'actuellement, le problème était cervical et complexe. Une problématique bio-psycho-sociale était certainement présente. Ce médecin a expliqué que, sur le plan purement biologique, l'examen clinique était quasiment superposable. Toutes les articulations cervicales et les membres supérieurs étaient douloureux. Les plaintes étaient très peu systématisées. Selon le Dr M.\_\_\_\_\_, ceci pouvait être évidemment en relation avec la situation sociale de l'assuré, mais il n'était pas exclu que dans une situation très inflammatoire, l'intéressé ne puisse effectivement plus localiser adéquatement. Ce médecin a ajouté que ce physique musculeux était souvent accompagné de raideurs et de limitation de la mobilité « chez ces patients à la cinquantaine, travailleurs de force ».
- un rapport du 9 mars 2017, par lequel les Drs I.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, spécialistes en médecine interne générale et en pneumologie, ont fait état d'un syndrome grave

d'apnée/hypopnée du sommeil de type obstructif et mixte avec parfois une respiration thoraco-abdominale paradoxale. Les troubles subjectifs de l'assuré durant le jour et la nuit pouvaient être expliqués avec les résultats obtenus. Selon ces médecins, en raison du degré de gravité, un traitement à domicile par respiration assistée par pression positive était impératif.

- un rapport du 29 mars 2017, par lequel le Dr E.\_\_\_\_\_ a mentionné une aggravation progressive de l'état de santé psychologique et somatique, précisant que les signes cliniques sous-jacents venaient péjorer et aggraver le tableau clinique initiale, dont les éléments principaux étaient surtout dorso-lombaires. Il a fait état de l'apparition de troubles douloureux cervico-dorsaux, d'un syndrome d'apnée du sommeil avec apparition de fatigue chronique et de l'organisation d'un trouble anxio-dépressif chronique avec probable syndrome douloureux somatoforme (détérioration de l'image personnelle, fatigue, insomnie, soutien psychologique nécessaire).

Dans un avis médical du 4 juillet 2017, la Dresse F.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_, médecins praticiens auprès du SMR, ont considéré que les doléances formulées par l'assuré dans sa seconde demande étaient strictement identiques à celles de sa première demande de prestations. En outre, l'intéressé n'y mentionnait aucun trouble psychiatrique pour solliciter une entrée en matière. Or, ses plaintes avaient déjà fait l'objet d'une instruction du SMR ainsi que d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique. S'agissant des documents médicaux produits par l'assuré dans le cadre de sa seconde demande, la Dresse F.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_ ont relevé, sur l'axe somatique, que l'examen clinique de la Dresse H.\_\_\_\_\_ était sans différences significatives avec celui de l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_, notamment au niveau du rachis (distance menton-sternum et doigt-sol, Schöber, contractures para-vertébrales, inclinaisons du rachis cervical). Au niveau

de l'épaule gauche, les médecins du SMR notaient même une amélioration, puisque le Dr X.\_\_\_\_\_ n'avait pas pu mobiliser cette articulation en raison « de douleurs exquises au moindre mouvement » alors que celle-ci avait pu être mobilisée dans les différents plans par la Dresse H.\_\_\_\_\_. L'IRM prescrite à l'issue de la consultation de ce médecin et effectuée par le Dr D.\_\_\_\_\_ montrait des troubles dégénératifs du rachis, mais qui n'expliquaient pas les douleurs de l'intéressé. Par ailleurs, le rapport du Dr E.\_\_\_\_\_ évoquait un syndrome des apnées du sommeil, lequel était effectivement documenté par les Drs I.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_. Ces médecins proposaient une prise en charge, mais n'indiquaient pas que ce syndrome aurait des répercussions sur la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles de l'assuré. Sur l'axe psychique, la Dresse F.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_ ont expliqué que, dans son rapport du 5 avril 2017, le Dr T.\_\_\_\_\_ avait annoncé, comme dans ses rapports de 2016, une douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques, ainsi qu'un épisode dépressif. Ce dernier évoluait favorablement puisque le psychiatre traitant jugeait son intensité moyenne, alors qu'elle était sévère en 2016. Il n'y avait donc pas de nouveaux diagnostics. Les médecins du SMR ont relevé que le Dr T.\_\_\_\_\_ ne mentionnait aucun signe objectif d'un retentissement cognitif ou somatique (pas de perte de poids, troubles du sommeil non mis en perspective avec le syndrome des apnées du sommeil) ou sur le fonctionnement psycho-social et affectif de l'assuré (qui semblait identique à celui documenté lors de l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_) pouvant laisser présager de nouvelles limitations fonctionnelles ou la modification de la capacité de travail de l'intéressé. En conclusion, la Dresse F.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_ ont considéré que les doléances de l'intéressé étaient identiques à celles examinées lors de l'expertise bi-disciplinaire de 2015 et que les rapports médicaux somatiques ou psychiatriques ne montraient aucun signe objectif en faveur d'une modification de l'état de santé pouvant laisser présager de nouvelles limitations fonctionnelles. Ils ne notaient ainsi pas d'arguments en faveur d'une aggravation ni d'un nouvel état de fait devant donner lieu à une nouvelle instruction.

Le 11 juillet 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, indiquant ne pas avoir pu constater des modifications notables de sa situation professionnelle ou médicale.

En parallèle, dans un rapport du 7 juillet 2017, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a posé le diagnostic d'apnées du sommeil modérées. Il a expliqué que l'intéressé présentait des apnées du sommeil significatives et symptomatiques, pour lesquelles les possibilités de traitements avaient été discutées, l'intéressé ayant opté pour une orthèse d'avancement mandibulaire.

Par rapport du 15 août 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de lombalgies dégénératives pluri-étagées et de cervico-brachialgies bilatérales, paresthésies des membres supérieurs. Il a indiqué notamment que l'assuré avait mis en place beaucoup de stratégies actives et avait utilisé beaucoup de ressources pour diminuer l'impact de ses douleurs sur sa vie quotidienne ces dernières années.

Dans un rapport du 20 août 2017, le Dr E.\_\_\_\_\_, a expliqué que, pour trois raisons au moins, l'état de santé de l'assuré avait évolué défavorablement depuis juin 2016, avec même l'apparition d'éléments nouveaux. D'abord, une IRM cervico-dorsal d'octobre 2016 faisait état de plusieurs anomalies discales étagées cervico-dorsales, dont certaines étaient probablement en lien avec une irritation radiculaire. Cette symptomatologie cervico-dorsale était nouvelle par rapport au bilan de situation précédent, essentiellement lombaire, et avait nécessité une nouvelle prise en charge avec des consultations et des soins en octobre et novembre 2016, puis à partir de janvier 2017. Le Dr E.\_\_\_\_\_, a ensuite expliqué qu'au décours du premier semestre 2017, des investigations avaient mis à jour un syndrome d'apnées du sommeil, confirmé par le Dr K.\_\_\_\_\_, avec mise en place d'un traitement. Selon le médecin traitant, il s'agissait là encore d'un élément factuel totalement nouveau par rapport à la situation précédente. Enfin, le Dr E.\_\_\_\_\_, évoquait une dégradation psychique. Il a expliqué que la situation de réadaptation et de

réinsertion professionnelle s'éternisant, avec des lenteurs et des incompréhensions, un sentiment progressif de découragement et d'inutilité était apparu. Cette situation se pérennisait et risquait de se chroniciser, au point qu'une évaluation psychiatrique d'avril 2017 faisait désormais état d'une incapacité de travail durable d'au moins 50 %, même dans une activité adaptée. Selon le Dr E. \_\_\_\_\_, cette situation était nouvelle et démontrait bien une dégradation.

Aux termes d'un avis médical du 14 septembre 2017, la Dresse F. \_\_\_\_\_ et le Dr N. \_\_\_\_\_ ont exposé notamment ce qui suit :

« [...]

**1 - "IRM cervico-dorsal Octobre 2016".**

[...] si nous reprenons le dossier, le Dr E. \_\_\_\_\_, lui-même, mentionnait déjà des "cervicalgies" dès 2014. Lors de l'expertise de 2015, le Dr X. \_\_\_\_\_, Rhumatologue, notait à l'interrogatoire ce type de douleurs et leurs irradiations dans les bras. L'expert avait pris connaissance d'une IRM cervicale de 2014 qui montrait déjà des anomalies morphologiques du rachis cervical. Ces doléances et ces images avaient été prises en compte dans les diagnostics ayant un impact sur la capacité de travail sous le terme de "cervico-brachialgies récurrentes" en précisant "discopathie C6-C7" et donnaient lieu à des limitations fonctionnelles.

**Les symptômes "cervico-dorsaux" ont donc déjà été documentés par l'instruction SMR et par l'expertise qui fonde la première décision AI.**

De plus, le Dr E. \_\_\_\_\_ rapporte des doléances subjectives de l'assuré, mais aucun élément clinique objectif en faveur d'un nouvel état de fait sur le plan rhumatologique.

Sur le plan du constat clinique objectif, le Dr M. \_\_\_\_\_, du Centre [...], qui suit l'assuré depuis 2012, rapporte, en Novembre 2016, que "l'examen clinique est quasiment superposable" aux précédentes consultations (RM [rapport médical] Dr M. \_\_\_\_\_, 11.16 GED 20.08.2017). Ce constat vient conforter les observations de notre précédent avis qui relevaient un examen rhumatologique en Juillet 2016 par la Dresse H. \_\_\_\_\_, Rhumatologue, superposable à celui de l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_ en 2015 (Avis SMR 04.07.17) (Dr H. \_\_\_\_\_, rhumatologue, 20.7.16).

**Au total, l'état de fait objectivable est invariable depuis la date de l'expertise.**

**2- "Syndrome des apnées du sommeil".** En effet, cet élément n'était pas connu lors de la première demande ou de l'expertise, par contre, nous en avons connaissance lors de la deuxième demande. Nous notons que l'assuré ne mentionne pas de somnolence diurne dans ses empêchements dans les formules officielles de 2012 ou de 2017, ni de gêne fonctionnelle comme par exemple pour garder son

permis de conduire. Enfin, aucun symptôme de cet ordre n'a été relevé comme limitant lors de ses stages.

Par ailleurs, les symptômes de cette maladie peuvent être réduits sensiblement par des mesures hygiéno-diététiques (perte de poids, arrêt du tabac) ainsi que des traitements par appareillage (orthèse, CPAP) (R. Heinzer, J-D. Aubert, *Forum Med Suisse* 2007 ; 7 : 686-691). Ses symptômes ne peuvent être durablement incapacitants tant que l'ensemble des thérapeutiques n'a pas été mis en pratique.

**3. "Dégradation psychique".** [...] Si le Dr E.\_\_\_\_\_ rapporte les "sentiments" de l'assuré, il ne mentionne ni signes cliniques ni diagnostics précis, pour argumenter sa position, il s'appuie sur les conclusions d'un rapport psychiatrique qui annonce une diminution de la capacité de travail.

Ce rapport psychiatrique a déjà été examiné lors de l'instruction de la deuxième demande.

Le Dr T.\_\_\_\_\_ annonce, comme dans son rapport de 2016, une "douleurs chronique où interviennent des acteurs somatiques et psychiques F45.41" et un épisode dépressif F32.1 (Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre, 5.4.17).

Ce rapport met aux premiers plans de ses constatations des douleurs somatiques et leurs manifestations, ce qui ne relève pas du domaine de compétence du praticien.

Les doléances de l'assuré sont largement exposées, elles sont identiques à celles mises en évidence lors de l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_, tel qu'aucun nouvel état de fait n'est renseigné. Cependant, l'examen n'explicite aucun signe objectif d'un retentissement cognitif, somatique (poids), ou sur le fonctionnement psycho-social et affectif étayant son évaluation contrairement à l'examen du Dr Q.\_\_\_\_\_ (RM Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre, 5.4.17).

De plus, au bout de 9 mois de suivi, le psychiatre de l'assuré décrit une évolution favorable de l'épisode dépressif puisqu'il juge son intensité moyenne en Avril 2017 alors qu'elle était jugée sévère en Juin 2016, ce qui est cohérent avec l'absence de réponse thérapeutique d'intensité croissante explicitée par le rapport.

Paradoxalement, cette amélioration ne s'accompagne pas d'une augmentation de sa capacité de travail qui reste évaluée à 50 %.

**CONCLUSION : PAS D'ENTREE EN MATIERE.** Les documents produits par le Dr E.\_\_\_\_\_ et la lettre de ce dernier n'apporte aucun arguments objectifs en faveur d'un nouvel état de fait ni d'une aggravation par rapport à la situation examinée lors de l'expertise mandatée par le SMR et fondant la précédente décision AI ni lors de la deuxième demande. »

Par décision du 3 octobre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 juillet 2017.

**c)** Dans un rapport du 18 octobre 2017, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère (F32.2), de douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques (F45.41), de lombo-sciatalgies bilatérales,

existant depuis 2012, de décompensation discale dégénérative favorisée par des anomalies statiques du rachis, ainsi que de décompensation discale circonférentielle avec comblement foraminal bilatéral L4-L5. Dans l'anamnèse, ce médecin a exposé qu'à l'arrivée de l'assuré à sa consultation en juin 2016, l'état psychique de celui-ci s'était aggravé depuis l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_. L'intéressé présentait « un épisode dépressif moyen avec sa dépression ayant la tendance à augmenter la symptomatologie dépressive ». Au fil des mois, depuis que le Dr T. \_\_\_\_\_ suivait l'assuré, la situation ne s'était pas améliorée malgré la bonne adhésion au traitement. Au jour du présent rapport, ce médecin décrivait la dépression comme sévère, liée en grande partie à l'absence d'amélioration sur le plan somatique et à l'aggravation de la situation économique, vu l'absence de possibilité pour l'intéressé d'exercer une activité lucrative. Sous « constat médical », le Dr T. \_\_\_\_\_ a mentionné les mêmes constatations que dans ses rapports médicaux précédents. Il précisait cependant que lors de la dernière consultation du 25 septembre 2017, l'assuré avait présenté un résultat de 32 points à l'échelle *Hamilton Depression Rating Scale* (17 items), ce qui correspondait à une dépression sévère. A l'échelle d'*Evaluation Globale du Fonctionnement*, il avait eu un résultat de 55 points, ce qui correspondait à la présence de symptômes d'intensité moyenne entraînant des difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social et/ou l'autonomie. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a estimé que les restrictions physiques, mentales ou psychiques de l'intéressé étaient liées à une fatigabilité augmentée, à un manque d'élan vital, à un focus de l'attention centré sur ses douleurs, à une initiative réduite et à une tendance à l'isolement social. Ces restrictions se manifestaient au travail par un ralentissement de tous les gestes, par un changement régulier de position, par un manque de concentration, par des fautes dans l'exercice de ses activités et par un absentéisme. Selon le psychiatre traitant, l'assuré présentait une incapacité de travail de 50 %, d'un point de vue psychiatrique, dans une activité adaptée, existant au moins depuis janvier 2016.

**C.** Par acte du 2 novembre 2017, L.\_\_\_\_\_, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru auprès de la Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 3 octobre 2017 susmentionnée, concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction et nouvelle décision, et subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit allouée à compter d'une date à préciser en cours d'instance. En substance, il a fait valoir que c'était à tort que l'intimé n'était pas entré en matière sur sa nouvelle demande. En effet, les rapports du Dr T.\_\_\_\_\_ témoignaient d'une aggravation de son état de santé, depuis l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_, ayant une influence directe sur son droit à une rente. En outre, il a considéré que la Cour de céans, dans son arrêt du 27 février 2017, avait retenu que si les rapports médicaux produits durant la procédure de recours ne justifiaient pas de remettre en question la décision de l'intimé du 7 juin 2016, ils témoignaient en revanche d'une aggravation de son état de santé postérieure à dite décision, ce qui était de nature à justifier le dépôt d'une nouvelle demande de rente. Ainsi, sur la base des rapports de son psychiatre traitant, le recourant a exposé que son taux d'invalidité était en définitive de l'ordre de 85 % (50 % d'invalidité sur le plan psychiatrique auxquels s'ajoutaient 35.14 % d'invalidité reconnu par l'intimé dans sa décision du 7 juin 2016), lui ouvrant ainsi le droit à une rente entière. Enfin, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) pour l'hypothèse il serait estimé qu'aucun élément d'ordre médical n'attesterait de l'aggravation de son état de santé, respectivement de son incapacité de travail entière.

Dans sa réponse du 15 décembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a confirmé sa position, expliquant avoir soumis au SMR le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 18 octobre 2017. Aux termes d'un avis médical du 5 décembre 2017 produit en annexe, la Dresse F.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_ ont estimé que l'évolution du score à l'échelle *Hamilton Depression Rating Scale* (17 items) n'était pas corrélée à une péjoration des capacités du recourant (évaluation des capacités fonctionnelles, capacité de travail). Depuis avril 2017, malgré les variations de ce score, il n'y avait pas de modification de traitement médicamenteux, ni de la fréquence des consultations psychiatriques, à quinzaine ou plus au vu de

la teneur du rapport du 18 octobre 2017 qui mentionnait une dernière consultation le 25 septembre 2017. La Dresse F. \_\_\_\_\_ et le Dr N. \_\_\_\_\_ n'ont ainsi pas noté d'intensification thérapeutique motivée par les variations du score. En outre, le détail du score, avec le résultat à chaque item, n'étaient pas communiqués, et aucun élément de sémiologie clinique ne venait corroborer ce score. En effet, les constats cliniques des rapports d'avril 2017 et d'octobre 2017 étaient identiques, malgré des scores différents. Les médecins du SMR ont conclu que le psychiatre traitant opérait une appréciation différente d'un état de fait identique à celui expertisé par le Dr Q. \_\_\_\_\_ en juin 2015. Le Dr T. \_\_\_\_\_ n'apportait pas le niveau de preuves requis pour entrer en matière sur une nouvelle demande motivée par les mêmes symptômes.

Le 7 février 2018, le recourant a répliqué, en confirmant sa position. Il a ajouté que, jusqu'à preuve du contraire, la Dresse F. \_\_\_\_\_ et le Dr N. \_\_\_\_\_ n'étaient pas spécialisés en psychiatrie et ne paraissaient dès lors pas qualifiés pour se prononcer sur son état de santé psychique.

Le 30 octobre 2018, l'intéressé s'est encore déterminé et a produit un rapport du 22 octobre 2018 du Dr T. \_\_\_\_\_.

### **E n d r o i t :**

**1.** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé devait entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 13 avril 2017 par le recourant.

**3. a)** Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201], 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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 (art. 87 al. 3 RAI). Selon la jurisprudence, cette exigence doit 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 rendre plausible une modification des faits

déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; TF 8C\_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 3). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et réf. cit. ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1 ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

**b)** D'après la jurisprudence, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 8C\_880/2017 précité consid. 5.1). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

**c)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 8C\_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2 ; 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée ne doivent pas être pris en considération et examinés par le juge des assurances sociales dans un litige de ce genre (TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3 ; I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 et 4.1).

**d)** 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 constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C\_739/2010 du 1<sup>er</sup> juin 2011 consid. 2.1).

**4.** En l'espèce, il convient d'examiner si le recourant a rendu plausible une péjoration de son état de santé, susceptible de modifier le droit aux prestations, depuis la dernière décision reposant sur un examen complet de son droit à la rente, à savoir depuis la décision du 7 juin 2016, confirmée par arrêt du 27 février 2017.

**a)** Contrairement à ce que soutient l'intéressé, la Cour des assurances sociales n'a pas constaté, dans son arrêt du 27 février 2017, que les rapports médicaux produits à l'époque pendant la procédure de recours témoignaient d'une aggravation de l'état de santé postérieure à la décision litigieuse du 7 juin 2016. La Cour de céans a uniquement retenu que ces documents ne permettaient pas de constater une péjoration durable de l'état de santé, de nature à ouvrir droit aux prestations à la date de la décision litigieuse. Une expertise judiciaire – requise à l'époque

par le recourant -, en vue de déterminer la réalité et la durabilité de l'aggravation alléguée et attestée par le Dr T.\_\_\_\_\_, n'était pas justifiée et il appartiendrait à l'intéressé de préciser à l'intimé s'il entendait produire ces documents pour valoir nouvelle demande de prestations. La Cour s'est abstenue de préciser si les rapports en questions étaient suffisants pour que l'intimé entre en matière, laissant précisément à la partie recourante le soin d'examiner si le dépôt d'une nouvelle demande sur la base de ces documents était opportun. La Cour des assurances sociales s'est néanmoins étonnée que le Dr T.\_\_\_\_\_ ait attesté une incapacité de travail de 50 % pour une période précédant de six mois sa première consultation, sans aucune explication sur les éléments factuels lui permettant de poser un tel constat. Le recourant ne peut donc s'appuyer sur l'arrêt rendu le 27 février 2017 par la Cour de céans pour établir que l'intimé devait entrer en matière sur sa nouvelle demande.

**b)** Sur le plan somatique, les documents au dossier ne rendent pas plausible une péjoration notable de l'état de santé de l'intéressé, de nature à influencer sur son droit aux prestations, pour les motifs mentionnés par la Dresse F.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_ du SMR dans leurs avis médicaux des 4 juillet et 14 septembre 2017, auxquels il est renvoyé. Le recourant ne le soutient d'ailleurs pas, ne contestant en effet que l'appréciation de l'intimé quant à son état psychique, de sorte qu'il n'y a pas lieu de consacrer davantage de développements à cette question.

**c)** Sur le plan psychiatrique, le recourant se prévaut d'une aggravation de son état de santé, en se fondant sur les rapports médicaux établis par son psychiatre traitant, le Dr T.\_\_\_\_\_.

Figurent au dossier quatre rapports de ce médecin, à savoir ceux des 15 juin et 26 octobre 2016 et des 5 avril et 18 octobre 2017. Conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c *supra*), le dernier rapport susmentionné, soit celui du 18 octobre 2017, ne saurait toutefois être pris en considération dans le présent arrêt pour examiner si l'intéressé a rendu plausible une aggravation de son état de santé. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a en effet établi, et partant produit, ce rapport

postérieurement à la décision administrative litigieuse du 3 octobre 2017. Quoi qu'il en soit, même si l'on prenait en considération ce rapport, le recours serait infondé pour les motifs suivants.

Les médecins du SMR ont souligné à juste titre - dans leurs avis médicaux des 4 juillet et 14 septembre 2017 - qu'après avoir posé un diagnostic initial d'épisode dépressif sévère (cf. rapport du 15 juin 2016), le Dr T. \_\_\_\_\_ avait plutôt constaté, dans les mois qui avaient suivi, une amélioration avec un épisode dépressif désormais qualifié de moyen (cf. rapport du 26 octobre 2016, également rapport du 5 avril 2017). De manière pertinente, ils ont également relevé que, paradoxalement, cette amélioration de l'état de santé psychique ne s'était pas accompagnée d'une augmentation de la capacité de travail estimée par le psychiatre traitant, qui restait évaluée à 50 % (cf. avis du SMR du 14 septembre 2017).

Par ailleurs, pendant toute la période prise en considération, le score du recourant à l'échelle d'Evaluation Globale du Fonctionnement est resté stable, à 55 points, correspondant à des symptômes d'intensité moyenne entraînant des difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social et/ou l'autonomie. Le Dr T. \_\_\_\_\_ n'a toutefois pas produit le test réalisé et s'est limité, pour toute information sur ce point, à en donner le résultat, ce qui est insuffisamment probant. En réalité, seule l'évolution du score de l'intéressé sur l'échelle de la dépression de Hamilton, et le fait que celui-ci ait désormais estimé utile ou nécessaire de consulter un psychiatre régulièrement, semblent traduire une aggravation de la dépression. Ces circonstances, et notamment la différence de cotation sur l'échelle Hamilton, par rapport à celle rapportée à l'époque par le Dr Q. \_\_\_\_\_, sont toutefois des éléments insuffisants pour rendre plausible une péjoration de l'état de santé psychique du recourant avec des répercussions notables sur sa capacité de travail. En effet, le Dr T. \_\_\_\_\_ s'est contenté, là encore, de rapporter les résultats du test, mais ne les a complétés par aucun véritable constat clinique ou élément tiré de l'anamnèse pour les étayer. Il s'est limité, sur ce dernier point, à résumer très brièvement l'évolution de l'état de santé et la procédure

suivie jusqu'à l'expertise établie par les Drs X.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_. Le psychiatre traitant a ensuite mêlé certains éléments de l'anamnèse, présentés de manière vague, à des constatations cliniques particulièrement succinctes, le tout restant toutefois très général et peu relié à des constatations concrètes. Il a ainsi indiqué, sans être plus précis, « d'autres symptômes dépressifs », à savoir un ralentissement cognitif et physique, une diminution de la capacité d'éprouver du plaisir, d'autres troubles somatiques (troubles du sommeil, manque de l'appétit et de la libido). Il a mentionné que l'intéressé se posait régulièrement la question de savoir si la vie valait encore la peine d'être vécue, mais n'avait pas de projets suicidaires. Il évoquait une diminution du pragmatisme et de la volonté, ainsi qu'une baisse de l'auto-estime, et précisait que le recourant vivait retiré au sein de sa famille, sans chercher à établir ou élargir ses contacts sociaux, avec peu de loisirs. Ces constatations, présentées de manière toute générale et sans lien réel avec des constatations cliniques décrites ni des éléments d'une anamnèse plus détaillée, ne suffisent pas à rendre plausible une véritable péjoration de l'état de santé de l'intéressé depuis l'expertise réalisée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, plutôt qu'une simple appréciation différente d'un état de santé globalement stable. A cet égard, on observera que dans son premier recours du 13 juillet 2016 à la Cour des assurances sociales, faisant suite à la première décision de refus de prestations du 7 juin 2016, le recourant alléguait déjà qu'il n'avait pas d'activités de loisir impliquant des tiers au cercle familial, ni d'activités de voyages ou de vacances, et qu'il ne conduisait plus en raison des douleurs, paraissant ainsi largement dépendant de ses proches pour les activités de la vie quotidienne. La Cour de céans avait estimé cette argumentation insuffisante pour contester la valeur probante des constatations du Dr Q.\_\_\_\_\_, au vu notamment des activités mentionnées par cet expert ainsi que par le Dr X.\_\_\_\_\_, tirées de l'anamnèse personnelle.

Au final, et dans le contexte d'une nouvelle demande présentée très rapidement après le dernier refus de prestations, les rapports du Dr T.\_\_\_\_\_ sont insuffisamment probants pour rendre plausible une péjoration durable de l'état de santé psychique de

l'intéressé - telle qu'elle entraînerait désormais une incapacité de travail notable dans une activité adaptée -, plutôt qu'une simple appréciation différente, par un autre médecin, d'un état de fait demeuré stable pour l'essentiel (cf. consid. 3a *supra*). Les médecins du SMR sont ainsi arrivés à juste titre à cette même conclusion. A cet égard, et contrairement à ce que soutient le recourant, la spécialisation de la Dresse F. \_\_\_\_\_ et du Dr N. \_\_\_\_\_ n'est en l'occurrence d'aucune importance. Il ne leur a en effet pas été demandé d'examiner le recourant pour se prononcer sur son état de santé psychique, mais uniquement de se déterminer sur la valeur probante des rapports du psychiatre traitant quant à l'apparition d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressé pouvant avoir des conséquences sur son droit à la rente, comme procédé dans le présent arrêt. Partant, sur la base des avis médicaux des médecins du SMR, l'intimé était légitimé à ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

A toutes fins utiles, il est précisé que la prise en compte du rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 18 octobre 2017 n'aurait pas eu pour effet de changer le résultat du présent arrêt, les considérations qui précèdent pouvant s'appliquer de manière identique à son encontre. Par ce rapport, le psychiatre traitant se montre en outre contradictoire en y posant le même diagnostic d'épisode dépressif d'intensité sévère que dans son premier rapport du 15 juin 2016, établi peu après la première consultation, puis en y précisant que l'état dépressif était de gravité moyenne lors de l'arrivée du recourant à sa consultation en juin 2016, laissant entendre que l'atteinte et ses symptômes allaient en s'aggravant. Or, comme constaté ci-dessus, une amélioration de l'état de santé psychique de l'intéressé ressort des rapports du Dr T. \_\_\_\_\_ antérieurs à celui du 18 octobre 2017, ceux des 26 octobre 2016 et 5 avril 2017 mentionnant en effet un épisode dépressif moyen. Ce n'est ainsi que dans son rapport du 18 octobre 2017, établi deux semaines après la notification de la décision litigieuse, que le psychiatre traitant a à nouveau constaté un épisode dépressif grave.

Le rapport du 22 octobre 2018 du Dr T.\_\_\_\_\_, produit le 30 octobre 2018 par le recourant, ne peut évidemment pas être pris en considération pour statuer sur le bien-fondé d'une décision de refus d'entrée en matière sur une nouvelle demande, rendue plus d'une année auparavant.

**d)** Il convient en outre de rejeter la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. Ce faisant, l'intéressé apparaît méconnaître la nature même de la procédure prévue à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, laquelle empêche de procéder à une telle expertise complémentaire (cf. consid. 3b et c *supra*; TF 9C\_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 4.2).

**5. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

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

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 3 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de L.\_\_\_\_\_.

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

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour le recourant),
- 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).

Le greffier: