

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mai 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Hichri, avocat auprès
d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 17 et 43 al. 1 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, travaillait en qualité d'employé de bureau auprès des [...].

b) Il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 23 janvier 2007 en raison de problèmes de dos (hernie discale opérée en 1991) et d'un diabète. Il a également précisé que deux de ses doigts avaient été sectionnés à la suite d'un accident de travail en octobre 1981 (index et majeur de la main gauche).

 Selon un rapport du 27 décembre 2006 du Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre R._____, les diagnostics suivants étaient retenus : syndrome métabolique avec diabète de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémie et obésité de classe I selon l'Organisation mondiale pour la santé ; trouble dépressif récurrent ; hyperphagie boulimique et trouble mixte de la personnalité (traits narcissiques et paranoïaques).

 Par décision du 28 septembre 2007, l'OAI a nié le droit de l'assuré aux prestations estimant qu'il ne présentait pas d'incapacité de travail de longue durée, ni d'atteinte invalidante.

 L'assuré a été licencié en 2008. Il a ensuite travaillé sur appel comme agent de sécurité à partir du mois d'août 2011 en gain intermédiaire.

c) Une nouvelle demande de prestations a été déposée le 27 janvier 2012. Elle a abouti à une décision de refus d'entrer en matière du 11 avril 2012.

d) L'assuré a été en arrêt de travail total dès le 18 février 2013 et ses rapports de travail en tant qu'agent de sécurité se sont terminés fin mars 2013.

Le 5 mars 2013, il a fait parvenir une troisième demande à l'OAI en invoquant une aggravation considérable de ses problèmes de dos, une diminution de la force de la main gauche et une aggravation du diabète (passage d'un diabète de type 2 à un type 1).

Selon un rapport du 24 mai 2013, la Dresse V._____, médecin traitant et spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics incapacitants de lombosciatique de type S1 droite sur hernie discale L5-S1 et canal rachidien rétréci, ainsi que de troubles dépressifs récurrents. Le syndrome métabolique avec diabète insulino-dépendant, l'hypertension artérielle sévère, la dyslipidémie, l'obésité, le trouble de la personnalité narcissique et paranoïaque et les suites de l'accident de 1981 n'étaient pas incapacitants. La Dresse V._____ a relevé l'intensification des problèmes de dos qui avaient nécessité un arrêt de travail prolongé. Une prise d'antalgie lourde était nécessaire depuis début mai 2013 en raison d'une sciatique droite aiguë avec troubles de la sensibilité de S1. Ce médecin a mentionné une fatigue et la lourdeur du traitement du diabète et du syndrome métabolique. Les troubles dépressifs étaient en cours de réinvestigation. En raison des douleurs, et surtout de la lourdeur des comorbidités physiques et psychiatriques, il y avait une chronicisation des symptômes et de l'incapacité de travail.

Dans un rapport du 24 juin 2013, le Service de rhumatologie du Centre R._____ a retenu les diagnostics incapacitants de lombosciatique type S1 droite sur hernie discale L5-S1 et de canal lombaire rétréci en L4-L5 et rétrécissement foraminaux en L5-S1 des deux côtés. Les restrictions physiques retenues étaient le port de charges lourdes supérieures ou égales à 8 kg plusieurs fois par jour.

Aux termes d'un rapport du 10 juillet 2013 de la Dresse P._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ainsi qu'en chirurgie de la main, l'assuré présentait un status post-amputation de la première phalange de l'index et du majeur à gauche à la suite d'un accident de travail en 1981, diagnostic qui n'avait pas d'effet

sur sa capacité de travail. L'assuré se plaignait principalement d'un manque de force au membre supérieur gauche, surtout dans la préhension et la pince entre le pouce et l'index, mais ceci n'occasionnait pas de diminution de rendement, ni de restriction selon la Dresse P._____. Il n'y avait pas de traitement en cours et elle n'avait pas prévu de revoir l'assuré.

A teneur d'un rapport du 19 août 2013, le Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre R._____ a attesté du suivi régulier des glycémies de l'assuré depuis 2010 et de l'adaptation de son traitement, soit une insulinothérapie et des antidiabétiques oraux. L'activité d'agent de sécurité n'était plus exigible en raison de la nécessité de l'autocontrôle de la glycémie, d'une alimentation régulière et de la restriction du port de charges.

Selon un avis du 9 décembre 2013 du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), l'assuré présentait une vraisemblable aggravation de son état de santé avec des lombosciatalgies droites dans un contexte d'hernie discale L5-S1, ainsi que des troubles dépressifs récurrents. La mobilité lombaire était modérément diminuée, mais l'atteinte n'avait pas de signe de gravité ni sur le plan clinique, ni radiologique. Elle justifiait des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis et l'activité d'agent de sécurité n'était pas compatible. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, la capacité de travail était complète selon le SMR. Sur le plan psychique, un complément d'informations était nécessaire.

En raison des problèmes de sommeil de l'assuré, une consultation a eu lieu au Centre J._____ du Centre R._____. Dans un rapport du 7 avril 2014, les diagnostics d'insomnie sur troubles de l'humeur et mauvaise hygiène du sommeil, cauchemars et suspicion d'un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil ont été retenus. Une polysomnographie complète devait avoir lieu en juin 2014.

D'après le rapport du 14 avril 2014 de la Dresse P._____, l'assuré présentait depuis cinq à six mois des douleurs au coude droit, sans traumatisme. La radiographie réalisée montrait une arthrose du coude avec des becs-ostéophytaires sur l'olécrane du côté cubital du coude au niveau de l'épitrachée. Il y avait aussi une ancienne fracture avec deux fragments osseux anciens sur le versant cubital du coude. La Dresse P._____ a prescrit des anti-inflammatoires et de la physiothérapie.

Dans un rapport du 20 mai 2014, la Dresse T._____, psychiatre traitant et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic incapacitant de trouble anxieux et dépressif mixte existant depuis plusieurs années avec pour symptomatologie des manifestations anxieuses et dépressives caractérisées par une tristesse, des ruminations et des troubles neurovégétatifs, ainsi qu'une anhédonie. Une légère amélioration clinique des symptômes actuels était notée, mais le pronostic était réservé. L'assuré était en incapacité de travail totale et présentait des restrictions mentales dues au manque de motivation, de concentration, d'attention et à la fatigue. Le trouble de la personnalité aussi relevé n'avait pas d'effet sur la capacité de travail.

Sur demande de l'OAI, la Dresse V._____ a notamment exposé les éléments suivants dans son rapport du 11 juillet 2014 :

1. Quel diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail :

lombo-sciatalgies chroniques sur

- hernie discale L5-S1
- canal lombaire rétréci
- rétrécissement foraminaux bilatéral
- trouble dépressif

SAS [syndrome d'apnées du sommeil] induisant de la fatigue

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

- Prise en charge par le département de l'appareil locomoteur et par l'unité du Rachis au Centre R._____ [...]. Ce sont eux qui ont géré l'incapacité de travail jusqu'à juin 2014.
- Prise en charge par Dresse T._____ et un psychothérapeute pour la dépression chronique.
- Pose d'un CPAP [continuous positive airway pressure, respiration assistée par pression positive] pour le SAS.

Tout ceci n'a pas amené d'amélioration notable dans les douleurs et la fatigue du patient mais a amélioré sa prise en charge.

3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité actuelle ? Depuis quand ?

Nulle dans son métier d'agent de sécurité.

Un reclassement professionnel AI est urgent.

Une évaluation des capacités fonctionnelles au service d'ergothérapie du Centre R. _____ a été réalisée mais je n'ai pas encore reçu de rapport.

Je vous l'enverrai dès sa réception.

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?

Le rapport du service d'ergothérapie devrait pouvoir nous le dire.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Cf futur rapport de l'ergothérapie.

Le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic incapacitant de déchirure partielle non transfixiante complexe de l'insertion du tendon du sus-épineux sur le trochiter de l'épaule gauche dans son rapport du 21 juillet 2014. La lésion était telle qu'elle risquait de préserver une douleur chronique car il n'y avait pas de chance de guérison spontanée. La situation pouvait devenir indolore par mécanismes de compensation, mais la rupture persisterait. Une péjoration vers une rupture transfixiante à mi-/long terme était probable. Une opération pouvait être envisagée, mais sans pronostic certain. Le Dr Q. _____ a cité les restrictions classiques liées aux problématiques des tendons de la coiffe des rotateurs, soit notamment des difficultés pour tout mouvement en hauteur avec ou sans charge, pas de rotations répétitives et pas de positions statiques prolongées. Une reprise complète de la capacité de travail était normalement possible dans le cas d'une compensation naturelle ou une suite postopératoire sans séquelle après six à douze mois maximum.

A la suite d'une évaluation des capacités fonctionnelles au Service d'ergothérapie du Centre R. _____ le 17 juin 2014, un rapport a été rédigé le 5 août 2014 par le Dr C. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, rapport dont on extrait ce qui suit :

[...] Monsieur L. _____ présente d'importantes autolimitations l'ayant empêché d'aller jusqu'à l'effort maximal durant les différents tests réalisés. Par conséquent, les capacités physiques enregistrées

sont peu fiables, ne correspondant pas à ses aptitudes fonctionnelles réelles maximales. Il ressort également des questionnaires PACT (auto-appréciation des capacités fonctionnelles) et FABQ (auto-évaluation des croyances d'évitement liées à la peur du mouvement) que le patient sous-estime systématiquement ses capacités fonctionnelles, présente une kinésiophobie très importante à la base des résultats obtenus.

Un poste de travail adapté aux capacités de Monsieur L. _____ pourrait impliquer des ports de charges jusqu'à 5 kg sans limitation par rapport à la fréquence, port de charges jusqu'à 10-12 kg occasionnellement mais rarement dans la journée, devrait également permettre l'alternance des positions assise/debout (le patient peut tenir debout mieux qu'assis). Les rotations du tronc ne sont pas limitées. Le travail en zone basse et au-dessus de la hauteur des épaules devrait être évité le plus possible. Réalisation d'escaliers que quelques fois par journée.

Nous observons aussi à l'évaluation des limitations en raison d'une fatigabilité accrue, ce qui veut dire que le rendement est diminué actuellement à 50 %. Une éventuelle réinsertion professionnelle devrait être progressive.

En conclusion, cette évaluation des capacités fonctionnelles ne permet pas de décrire de manière idéale les adaptations nécessaires à un poste de travail pour Monsieur L. _____ et cela en raison de plusieurs autolimitations de la part du patient. Cependant, un poste de travail respectant les limitations décrites ci-dessus et offrant un environnement professionnel sécurisé et rassurant pourrait permettre une réinsertion professionnelle progressive.

Aux termes d'un rapport du 22 août 2014 de la Dresse W. _____ du Centre J. _____, spécialiste en neurologie, les diagnostics de syndrome des apnées-hypopnées du sommeil de degré sévère (indice de sévérité d'apnées du sommeil : 40 périodes d'apnée par heure) et insomnie dans le contexte de troubles de l'humeur et mauvaise hygiène du sommeil ont été retenus. La Dresse W. _____ a précisé que l'assuré avait mal toléré le traitement CPAP instauré. Des adaptations à l'utilisation de l'appareil ont été faites et l'assuré devait être revu deux mois plus tard afin de réévaluer la situation.

D'après un avis SMR du 21 octobre 2014, l'instruction du dossier devait être poursuivie tant sur le plan somatique que psychiatrique. Il n'y avait cependant pas de contre-indication médicale à initier sans attendre un processus de réadaptation professionnelle, en respectant les limitations fonctionnelles d'ores et déjà acquises sur le plan orthopédique, soit : pas d'activité nécessitant des travaux ou des efforts

répétitifs au-dessus du plan scapulaire, pas d'activité nécessitant des situations de porte-à-faux, de rotation du tronc en position extrême, pas d'activité nécessitant des flexions antérieures répétitives du rachis dorso-lombaire, pas d'activité nécessitant des ports de charges répétitifs de 10 à 15 kg.

Dans un rapport du 10 décembre 2014, la Dresse T. _____ a confirmé sa précédente analyse, soit notamment une incapacité de travail à 100 % et la persistance de la fatigue présentée par l'assuré.

Selon un avis SMR du 21 janvier 2015, les précédentes conclusions relatives à la réadaptation professionnelle pouvaient être confirmées. Le diagnostic psychiatrique de dépression légère non persistante retenu par la Dresse T. _____ n'apparaissait pas incapacitant sur le long terme.

A teneur d'un rapport du 25 mars 2015, la Dresse T. _____ a confirmé ses appréciations antérieures, en constatant cette fois une péjoration de la symptomatologie clinique.

Après réexamen du dossier, le SMR a proposé la mise en œuvre d'un examen à l'interne du Service ou d'une expertise psychiatrique dans un avis du 3 juin 2015. Sur le plan somatique, une capacité de travail dans une activité adaptée, soit par exemple dans un poste sédentaire de type tertiaire, était possible à 100 %. Sur le plan psychiatrique, le dossier devait être instruit en raison de la pathologie qui n'évoluait pas malgré une prise en charge depuis plusieurs années.

Il ressort d'un rapport du 28 juin 2016 de la Dresse W. _____ que le diagnostic d'insomnie dans un contexte de cauchemars post-traumatiques était toujours d'actualité. Celui de trouble respiratoire de type obstructif et de degré sévère avait évolué en degré léger (indice de sévérité d'apnées du sommeil : 10,5 périodes d'apnée par heure), avec une composante positionnelle. La Dresse W. _____ a proposé la mise en

place d'une médication spécialisée et de différentes techniques afin de mieux maîtriser les cauchemars.

Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 30 janvier 2017, le Dr X._____ a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte et réfuté l'existence d'un trouble de la personnalité. Du point de vue psychiatrique, les atteintes à la santé étaient modestes et ne justifiaient pas une incapacité de travail totale. L'assuré ne souffrait pas de trouble de la mémoire, ni de trouble de l'attention, ni de la concentration. D'après l'expert, l'assuré présentait des autolimitations importantes et il avait toujours massivement sous-estimé ses capacités. Il a conclu que les troubles psychiques mineurs pouvaient justifier une baisse de rendement de l'ordre de 10 % en raison d'une fatigue et d'une fatigabilité. Du point de vue psychiatrique, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle à une activité adaptée.

Par avis du 3 mars 2017, le SMR a indiqué que les conclusions de l'expertise du 30 janvier 2017 du Dr X._____ pouvaient être suivies. Cet avis a été complété le 21 mars 2017, en ce sens que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 28 décembre 2012. Dans une activité adaptée, elle était de 100 % depuis le 28 décembre 2012, avec une baisse de rendement de 10 %.

Selon un rapport du 6 septembre 2017 de la Dresse N._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, l'assuré était régulièrement suivi pour un syndrome métabolique avec diabète de type 2 connu depuis 1997, insulino-requérant, une hypertension artérielle avec rétinopathie hypertensive de stade 2 bilatérale, une dyslipidémie et une obésité de classe I. L'assuré était d'après ce médecin inapte à pratiquer une activité lucrative principalement en raison des douleurs lombaires invalidantes et de son état psychiatrique. La Dresse N._____ a ajouté que l'obésité était un facteur aggravant les lombalgies et rendait difficile la mobilisation. Elle aggravait également la fatigabilité et réduisait la tolérance à l'effort. Les

contrôles glycémiques fréquents nécessaires pour le diabète étaient une contrainte supplémentaire.

Aux termes d'un rapport du 19 octobre 2017, le Dr C. _____ a posé le diagnostic principal de lombalgies chroniques d'origine multifactorielle avec hernie discale L5-S1 médiane provoquant un rétrécissement du canal lombaire rétréci, discopathies étagées entre L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1 avec HIZ (High signal Intensity Zone), rétrécissement foraminaux bilatéraux L5 sur protrusion discale L4-L5 et déconditionnement physique global et focal. Dans le courrier de la même date adressé au conseil de l'assuré, ce médecin a renvoyé au document du 5 août 2014 rédigé à la suite de l'évaluation des capacités fonctionnelles. Il l'a complété ainsi :

Actuellement, comme vous le verrez dans mon rapport de consultation, j'estime que du point de vue exclusivement musculo-squelettique et encore plus exclusivement du point de vue du rachis, Monsieur L. _____ serait capable de travailler à 50% dans un poste adapté qui respecte les limitations décrites déjà en 2014. Je suis toujours d'avis que la reprise de son activité habituelle d'agent de sécurité n'est pas envisageable. La douleur chronique et la fatigabilité déclarées par Monsieur L. _____ me font estimer que sa capacité de travail est diminuée à 50%. Cependant, je note ici que vu la présence de plusieurs comorbidités du point de vue de médecine interne, orthopédique ainsi que psychiatrique, seule une expertise pluridisciplinaire pourrait déterminer sa capacité [de] travail résiduelle.

A la demande du conseil de l'assuré, la Dre W. _____ a rédigé le rapport suivant le 20 octobre 2017 :

[...] J'ai vu le patient la dernière fois pour un contrôle clinique le 18.08.2017 et nous avons effectué des investigations somnologiques les 11-12.10.2017 (polysomnographie), le 12.10.2017 (test itératif des latences du sommeil) et du 29.09 au 13.10.2017 (actigraphie).

Le patient souffre d'une insomnie de longue date qui se manifeste par des réveils précoces dus à des cauchemars de souvenirs traumatiques. L'actigraphie effectuée pendant 2 semaines a documenté plusieurs réveils, surtout en deuxième partie de nuit, compatibles avec cette symptomatologie. D'un autre côté, le patient présente un trouble respiratoire au cours du sommeil de type obstructif et de degré modéré à sévère (AHI [apnea hypopnea index, indice de sévérité d'apnées du sommeil] 28/h, ODI [Oswestry Disability index] 28/h). Un traitement CPAP avait mal été toléré. Il est probable que ces deux diagnostics contribuent à la fatigue

diurne et aux difficultés de concentration que le patient décrit. Au vu des nombreux traitements qui ont déjà été essayés (thérapie cognitivo-comportementale axée sur l'insomnie et traitement médicamenteux seulement partiellement efficace, CPAP non toléré), j'estime qu'actuellement la situation justifie une incapacité de travail d'un point de vue somnologique de 30 %.

Dans un avis du 2 mars 2018, le SMR a confirmé ses conclusions précédentes. La pathologie somnologique a été considérée comme non incapacitante au long cours. L'état était amélioré lors de la dernière appréciation et rien ne justifiait une aggravation. Concernant l'obésité, elle était déjà existante par le passé et ne nécessitait pas de diminution de temps de travail. Il en était de même des contrôles du diabète dans un poste adapté. Le SMR a ajouté que l'avis du Dr C. _____ était empathique car qu'il était le médecin traitant de l'assuré.

Par décision du 26 avril 2018, l'OAI a dénié le droit à la rente de l'assuré.

B. Par acte du 31 mai 2018, L. _____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et à l'octroi, depuis le 1^{er} décembre 2013, d'une demi-rente d'invalidité à tout le moins ; subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il a fait valoir que l'OAI s'était écarté sans raison objective des rapports médicaux figurant au dossier, notamment ceux du 20 octobre 2017 de la Dresse W. _____ retenant une incapacité de travail de 30 %, du 6 septembre 2017 de la Dresse N. _____ mentionnant les contrôles glycémiques à titre de contrainte professionnelle et ceux du Dr C. _____ faisant état d'une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée vu l'ensemble des troubles. L'obésité devait également être prise en considération, ainsi qu'un taux d'abattement de 15 %.

Dans sa réponse du 9 août 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile 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. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, 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 de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des

circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées).

c) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations de l'assuré de mars 2013 et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de non-entrée en matière - soit la décision du 11 avril 2012 - et la décision litigieuse du 9 août 2018, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

4. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Selon la jurisprudence, le délai

d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 9C_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3 et la référence citée).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

d) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence citée).

5. a) En l'espèce, on constate que le recourant présente un tableau clinique polymorphe.

aa) Sur le plan ostéoarticulaire, le recourant souffre principalement de lombalgies chroniques d'origine multifactorielle (hernie discale L5-S1 médiane provoquant un rétrécissement du canal lombaire rétréci ; discopathies étagées entre L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1 avec HIZ ; rétrécissement foraminal bilatéral L5 sur protrusion discale L4-L5 ; déconditionnement physique global et focal). Une évaluation des capacités fonctionnelles a toutefois mis en évidence d'importantes autolimitations qui avaient empêché le recourant d'aller jusqu'à l'effort maximal durant les différents tests réalisés. Les capacités physiques enregistrées étaient peu fiables, ne correspondant pas à ses aptitudes fonctionnelles réelles maximales. Il ressortait également des questionnaires PACT et FABQ que le recourant sous-estimait systématiquement ses capacités fonctionnelles et présentait une kinésiophobie très importante (rapport du 5 août 2014). Selon le Dr C._____, la capacité de travail était néanmoins limitée à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (rapport du 19 octobre 2017). En sus de ces problèmes lombaires, le recourant présente des douleurs au coude droit (rapport du 14 avril 2014 de la

Dresse P._____) et à l'épaule gauche (rapport du 21 juillet 2014 du Dr Q._____).

bb) Sur le plan diabétologique, le recourant souffre d'un syndrome métabolique avec diabète de type 2 (insulino-requérant), d'une hypertension artérielle avec rétinopathie hypertensive de stade 2 (bilatérale), d'une dyslipidémie et d'une obésité de classe I. D'après la Dresse N._____, l'obésité du recourant était un facteur aggravant pour les lombalgies, rendait difficile la mobilisation, aggravait la fatigabilité et réduisait la tolérance à l'effort. Les contrôles glycémiques fréquents nécessaires pour le diabète constituaient par ailleurs une contrainte supplémentaire (rapport du 6 septembre 2017).

cc) Sur le plan psychiatrique, le recourant présente, selon la Dresse T._____, psychiatre traitant, un trouble anxieux et dépressif mixte ainsi qu'un trouble de la personnalité (rapports des 20 mai 2014, 10 décembre 2014 et 25 mars 2015). Dans son rapport d'expertise du 30 janvier 2017, le Dr X._____ a pour sa part réfuté l'existence d'un trouble de la personnalité et retenu comme seul et unique diagnostic celui de trouble anxieux et dépressif mixte, lequel justifiait une baisse de rendement de l'ordre de 10 % en raison d'une fatigue et d'une fatigabilité.

dd) Sur le plan somnologique, le recourant souffre d'un syndrome des apnées-hypopnées du sommeil, ainsi que d'insomnie dans un contexte de cauchemars post-traumatiques. De l'avis de la Dresse W._____, les deux diagnostics contribuaient à la fatigue diurne et aux difficultés de concentration décrites par le recourant. Au vu des nombreux traitements déjà essayés (thérapie cognitivo-comportementale axée sur l'insomnie et traitement médicamenteux partiellement efficace ; CPAP non toléré), la situation actuelle justifiait selon ce médecin une incapacité de travail de 30 % d'un point de vue somnologique (rapports des 7 avril 2014, 22 août 2014, 28 juin 2016 et 20 octobre 2017).

b) Le SMR, dans ses avis des 21 octobre 2014, 21 janvier 2015, 3 juin 2015, 3 mars 2017, 21 mars 2017 et 2 mars 2018, a retenu

que le recourant présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 10 % en raison de la fatigue et de la fatigabilité. Il estimait en substance que le recourant ne présentait aucune atteinte à caractère invalidant d'origine somatique ou psychique.

c) On constate qu'il n'est pas possible de se prononcer dans le cas d'espèce, et cela pour deux motifs au moins.

aa) En premier lieu, il existe une nette divergence d'opinion entre le point de vue du SMR et le point de vue défendu par le Dr C._____ s'agissant de la capacité de travail sur le plan rhumatologique. Faute d'explications données par le SMR sur les raisons qui le conduisent à retenir que les atteintes ostéoarticulaires dont souffre le recourant n'entraînent aucune limitation dans l'exercice d'une activité adaptée, soit à s'écarter de l'évaluation bien étayée des capacités fonctionnelles du 17 juin 2014, son point de vue ne peut être suivi.

bb) En second lieu, l'obstacle principal à la reprise d'une activité lucrative par le recourant est constitué, hormis les douleurs ostéoarticulaires, par l'importante fatigabilité dont il se plaint. Cette problématique a été mentionnée non seulement par son médecin traitant, la Dresse V._____ (notamment rapport du 11 juillet 2014), mais elle a également été relevée par les Drs C._____ (rapports des 5 août 2014 et 19 octobre 2017), N._____ (rapport du 6 septembre 2017) et W._____ (rapport du 20 octobre 2017), ainsi que par l'expert X._____. Cette problématique, liée principalement à des troubles du sommeil, n'a pas fait l'objet d'un examen consciencieux de la part du SMR. On relève en particulier que celui-ci n'examine pas la problématique de l'insomnie et se trompe lorsqu'il affirme que le recourant est appareillé depuis l'été 2014 et que son état est amélioré depuis lors, puisqu'il ressort des rapports établis par la Dresse W._____ que ce traitement a été mal toléré et que le trouble respiratoire était en dernier lieu d'intensité modérée à sévère (rapports des 22 août 2014 et 20 octobre 2017 ; voir également rapport d'expertise du Dr X._____ du 30 janvier 2017).

d) Par conséquent, en l'absence d'une appréciation médicale exhaustive prenant en compte les interactions entre les plans somatique et psychique, l'instruction doit être complétée. Il convient de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA, expertise qui devra notamment comprendre des volets rhumatologique, diabétologique et psychiatrique, ainsi qu'une analyse objective du phénomène de fatigue.

e) Il n'y a pour le reste pas lieu de traiter les autres griefs du recourant, à propos du taux d'abattement notamment, l'OAI devant revoir la situation sur le plan médical et les conséquences qui en résultent.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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 des 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 de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 26 avril 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 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 L._____ une indemnité de dépens fixée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour L._____),
- 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 :