

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 octobre 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Gabellon et Dormond Béguelin, assesseures
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant, représenté par Me Florence Bourqui, avocate
auprès d'Inclusion handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, au bénéfice d'un diplôme de technicien en ventilation et climatisation obtenu en [...] et reconnu en Suisse comme équivalant à un certificat fédéral de capacité (CFC) a travaillé comme monteur en faux plafonds du 1^{er} mars 2002 au 31 mars 2010. Il a été en incapacité de travail totale dès le 10 juin 2009.

L'assuré 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 4 décembre 2009 en raison de lombosciatalgies et brachialgies à gauche.

Il a subi un examen IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire le 18 août 2009 qui s'est révélé normal. L'électroneuromyographie (ENMG) réalisée le 20 août 2009 a confirmé l'intégrité des nerfs tant médian, cubital que radial gauche.

Par projet de décision du 16 juin 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, au motif que celui-ci avait pu reprendre son activité habituelle à 100% à partir du 3 février 2010 et que le délai d'attente d'une année qui ouvrait le droit à d'éventuelles prestations n'était pas atteint au moment de sa reprise d'activité à plein temps.

L'assuré s'est opposé au projet précité par courrier du 8 juillet 2010, en faisant valoir qu'il ne pouvait pas porter de charges de plus de 10 kg et travailler avec les bras en suspension et mouvements répétitifs et que, par conséquent, il ne lui était plus possible de pratiquer l'activité exercée jusque-là.

Dans un rapport médical du 16 août 2010, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics d'omalgies gauches récurrentes d'origine mixte et de

lombopygalgies récurrentes sur hypoextensibilité du tenseur du facial gauche. Il n'a pas attesté d'incapacité de travail mais a retenu des limitations fonctionnelles, soit pas de mouvements au-dessus de l'horizontal et de port de charges de plus de 10kg et pas de mouvements avec long bras de levier.

Par communication du 18 octobre 2010, l'OAI a informé l'assuré de la nécessité de procéder à une observation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion avec versement d'une indemnité journalière dès le 28 mars 2011.

Par communications des 1^{er} juillet et 8 août 2011, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi d'un reclassement professionnel pour l'obtention d'un brevet fédéral de moniteur de conduite. La mesure a toutefois dû être interrompue le 31 octobre 2011 en raison de difficultés trop importantes en français pour assumer les exigences théoriques.

Une aide au placement a été accordée à l'assuré par communication du 19 janvier 2012.

Par projet de décision du 20 janvier 2012 annulant et remplaçant celui du 16 juin 2010, confirmé par décision du 1^{er} mars 2012, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité, dès lors que sa capacité de travail restait entière dans une activité adaptée à son état de santé et qu'il présentait un degré d'invalidité de 18.4%.

Par communication du 14 juin 2012, l'OAI a fait savoir à l'intéressé qu'il prenait en charge les frais d'une orientation professionnelle, soit d'un stage de chauffeur-livreur.

b) Le 16 octobre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une aggravation de son état de santé sur le plan neurologique en lien avec une discopathie sévère C4-C5-C6 avec canal cervical étagé rétréci, mise en évidence par un examen IRM de la colonne cervicale du 8 juillet 2014 et confirmée par

un certificat médical du 28 octobre 2014 du Prof. K._____, spécialiste en neurologie, dans lequel ce médecin a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité à compter du 1^{er} janvier 2014, compte tenu des atteintes à la santé présentées par celui-ci et des douleurs qui en découlaient.

Estimant qu'une aggravation était plausible, l'OAI a, en suivant la recommandation du Dr G._____ du SMR, recueilli l'avis du Prof. K._____ ainsi que ceux des Drs S._____ et X._____, médecin traitant de l'assuré.

Le Prof. K._____, dans un rapport du 3 février 2015, a mentionné une sévère discopathie cervicale C4-C5-C6 ainsi qu'une sévère discopathie médio-dorsale et lombaire L4-L5. Selon lui, le pronostic était très réservé et la capacité de travail dans l'activité habituelle nulle, sans se prononcer clairement quant à la capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 4 février 2015, le Dr S._____ a posé les diagnostics de cervico-brachialgie gauche chronique dans un contexte de trouble dégénératif C5-C6, de dorso-lombalgies chroniques sans signe radiculaire, irritatif ou déficitaire, de hernie discale D5-D6 et D6-D7, de discopathie L4-L5, ainsi que de gonalgie droite sans substrat organique. Ce médecin a mentionné une incapacité de travail de 100% comme conducteur de camionnette, tout en précisant qu'il n'y avait pas de contre-indication à une reprise d'une activité professionnelle adaptée à plein temps. Le Dr S._____ a suggéré d'effectuer des investigations au niveau psychiatrique.

Le Dr X._____ a, quant à lui, précisé, dans un rapport du 14 mars 2015, qu'il était impossible pour l'assuré de reprendre une activité professionnelle en raison de la gravité de la situation.

Le 22 juin 2015, l'assuré a été examiné par le Dr B._____, spécialiste en neurochirurgie. Celui-ci a établi un rapport le 30 juin 2015,

aux termes duquel il n'a préconisé aucune intervention chirurgicale tant au niveau cervical que lombaire sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique, sans toutefois avoir pu visualiser l'IRM cervicale effectuée par l'assuré le 8 juillet 2014. Ses conclusions rejoignent ainsi celles de février 2015 où ce médecin avait vu l'assuré en consultation pour la première fois. Dans son rapport du 30 juin 2015, le Dr B. _____ a en outre précisé qu'à son avis, un aspect psychique non négligeable entrerait en ligne de compte par rapport aux douleurs ressenties par l'assuré.

Par projet de décision du 10 novembre 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente, dès lors qu'aucun changement notable de sa situation ne pouvait justifier l'octroi de prestations. Du point de vue médical, sa capacité restait entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (pas de mouvement au-dessus de l'horizontale, pas de port de charge en porte-à-faux, pas de mouvement d'extension et de flexion de la nuque, pas de genuflexion ni de position à genoux répétées).

A la même date, l'OAI a reconnu à l'assuré un droit au placement.

L'assuré a contesté le projet de décision en date du 7 décembre 2015, en se fondant en particulier sur un rapport médical du Prof. K. _____ du 2 décembre 2015, dans lequel celui-ci mentionnait qu'une quelconque réinsertion professionnelle était totalement impensable compte tenu des atteintes et des douleurs présentes chez l'assuré.

Le Dr G. _____ du SMR a préconisé, dans un avis médical du 26 janvier 2016, la mise en œuvre d'un examen rhumatologique et psychiatrique, compte tenu des différentes appréciations des médecins s'occupant de l'assuré.

Dans leur rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 25 avril 2017, les Drs M. _____, spécialiste en

rhumatologie, et N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé le diagnostic principal, avec répercussion sur la capacité de travail, d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et le diagnostic associé de cervicobrachialgies gauches, non déficitaires, dans un contexte de protrusions disco-ostéophytaires en C4-5 et C5-6 et de hernie discale foraminale droite en C8-D1. Ils ont également retenu le diagnostic de lombosciatalgies gauches chroniques, non déficitaires, dans un contexte de troubles dégénératifs débutants du rachis lombaire, toutefois sans influence sur la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, les médecins précités ont retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée depuis le 22 juin 2015, correspondant à la deuxième consultation neurochirurgicale du Dr B._____. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail restait à déterminer après l'obtention du rapport médical du Dr D._____ et après une réévaluation dans un délai de trois mois.

Dans un rapport du 27 juillet 2017, le Dr L._____, psychiatre traitant de l'assuré depuis le 8 mai 2017, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de somatisation (F45.0). Il a conclu à une incapacité de travail totale de l'assuré dans toute activité en raison de troubles de la concentration et de la mémoire, de fatigue, d'irritabilité, de difficulté de contact, de susceptibilité, de douleurs du dos et des mains, d'un manque de confiance en lui et d'un sentiment d'inutilité. Il a joint une note du 16 février 2017 du Dr D._____, ancien psychiatre-traitant de l'assuré.

Aux termes d'un rapport du 14 septembre 2017, le Prof. K._____ a constaté qu'il n'y avait aucune amélioration de l'état de santé de l'assuré sur le plan neurologique. Ce médecin a toutefois évoqué la possibilité d'une réinsertion professionnelle pour autant que la colonne cervicale et le dos ne soient pas mis à contribution.

Dans un rapport complémentaire SMR du 19 septembre 2017, la Dre N._____ n'a retenu aucune atteinte incapacitante de nature psychiatrique. Elle a conclu à une capacité de travail nulle dès le 22

septembre 2016 correspondant au début du suivi chez le Dr D._____ et à une capacité de travail entière dès le 1^{er} juin 2017, notamment en raison de l'introduction d'une médication antidépressive en mai 2017 qui avait apporté une amélioration de l'état thymique de l'assuré. Elle a en particulier estimé que l'assuré présentait certes une humeur discrètement abaissée mais une absence des deux autres symptômes majeurs de la dépression et que la fatigue qui entraînait une nette diminution de l'activité était en lien avec les importants troubles du sommeil, eux-mêmes secondaires aux douleurs, et avec la médication antalgique (morphine). La Dre N._____ a en outre mentionné que l'assuré avait pu se rendre durant deux semaines dans son pays et que le pronostic au niveau psychiatrique était assombri par les difficultés d'ordre social ne relevant pas de l'assurance-invalidité (compétences linguistiques déficientes, situation de vie précaire et désinsertion socioprofessionnelles progressive).

Dans un rapport du 22 décembre 2017, le Prof. K._____ a constaté les mêmes symptômes qu'auparavant (cervicalgie intense, paracervicale bilatérale) et a évoqué une chronicisation des douleurs.

Par décision du 8 octobre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il ne présentait aucune atteinte psychiatrique ayant un effet durable sur la capacité de travail, seule une incapacité de travail transitoire (du 22 septembre 2016 au 31 mai 2017) ayant été retenue.

B. Par acte du 3 novembre 2018, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Une écriture complémentaire du 19 novembre 2018 a été déposée par le recourant, désormais représenté. Il conclut principalement à l'annulation de la décision du 8 octobre 2018 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et, notamment, mise en place d'une expertise psychiatrique. Le recourant fait en substance valoir que, contrairement à ce qu'a retenu le SMR, l'introduction de la médication antidépressive n'a pas conduit à une amélioration aussi importante que celle invoquée par ce dernier et

que l'incapacité de travail pour raison psychiatrique remonterait bien avant le premier rendez-vous avec le Dr D. _____ en septembre 2016 puisque le Dr S. _____ faisait déjà mention de cette problématique au mois de février 2015. Le recourant mentionne également qu'il s'est rendu en Serbie avec sa femme et ses enfants lorsqu'il a appris que sa mère connaissait des problèmes de santé et qu'il ne s'agissait pas de vacances. Enfin, il relève une discordance entre le rapport du Dr L. _____ de juillet 2017 et celui du SMR de septembre 2017, raison pour laquelle l'OAI aurait dû se poser de nouvelles questions et organiser, le cas échéant, une expertise.

Par réponse du 20 décembre 2018, l'intimé relève en substance que, contrairement à ce que soutient le recourant, le SMR ne s'est pas uniquement basé sur le voyage effectué par celui-ci en [...] pour constater une amélioration de son état de santé mais également sur le fait que le pronostic psychiatrique était assombri par des paramètres étrangers à l'AI et compte tenu des effets bénéfiques de la médication antidépressive et du suivi psychiatrique hebdomadaire. L'intimé a joint à sa réponse un rapport du contrôle des chantiers de la construction dans le canton de Vaud du 7 décembre 2018, dont il ressort que l'assuré était présent sur un chantier le 29 novembre 2018 et réalisait des travaux de crépissage de façades en pierre, tout en ayant déclaré être employé par la Communauté [...] de [...].

Par réplique du 21 janvier 2019, le recourant soutient que sa présence sur un chantier n'est pas déterminante puisqu'il n'a été présent qu'un seul jour, à titre bénévole, pour y effectuer une activité sans exigence de rendement. Il produit deux rapports médicaux. L'un, daté du 12 décembre 2018, du Prof. K. _____, dans lequel ce médecin mentionne une capacité de travail qui ne dépasse pas 25-50%, l'autre, daté du 17 décembre 2018, du Dr L. _____, qui confirme les diagnostics posés précédemment, soit un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et somatisation (F45.0).

Par duplique du 11 février 2019, l'intimé relève que les documents médicaux produits par le recourant ne sont pas motivés et qu'ils ne fournissent ainsi aucun élément l'amenant à s'écarter des conclusions de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique d'avril 2017 et du complément de septembre 2017.

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 ; BLV 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 tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 16 octobre 2014. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 1^{er} mars 2012 par l'OAI et la décision litigieuse du 8 octobre 2018.

3. Il convient tout d'abord d'examiner le grief d'ordre formel soulevé par le recourant. En effet, celui-ci semble se prévaloir d'une violation de son droit d'être entendu lorsqu'il invoque que l'intimé ne l'a pas tenu au courant des conclusions du SMR de septembre 2018 et qu'il n'en a ainsi eu connaissance seulement à réception de la décision querellée en octobre 2018.

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées).

En l'occurrence, même à supposer qu'il y ait eu violation du droit d'être entendu du recourant, ce vice a été réparé, dans la mesure où celui-ci a eu la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

4. **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b 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 (TFA I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in : VSI 1998 p. 126).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge en cas de recours - se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle 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 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il

convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2).

5. **a)** Selon l'art. 87 al. 2 RAI, 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. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que 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. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées ; TF 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire

est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations AI déposée le 16 octobre 2014 par le recourant et a repris l'instruction en requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins ayant suivi ce dernier. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 1^{er} mars 2012 et la décision litigieuse du 8 octobre 2018, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI.

a) Dans le cadre de l'examen de la première demande du recourant, l'OAI s'est fondé principalement sur le rapport médical du 16 août 2010 du Dr S._____, qui a posé les diagnostics d'omalgies gauches récurrentes d'origine mixte et de lombopygialgies récurrentes sur hypoextensibilité du tenseur facial gauche. A titre de limitations

fonctionnelles, le médecin précité a mentionné le port de charges de plus de 10 kg, un travail avec les bras en suspension et les mouvements répétitifs. Il a estimé que la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle était comprise entre 60 et 80% en fonction des douleurs et que le rendement était réduit de 20% pour la même raison.

Afin d'évaluer concrètement la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, l'OAI lui a accordé une mesure d'orientation professionnelle avant de prendre en charge les frais d'une nouvelle formation de moniteur de conduite. Cette formation a dû être interrompue en raison essentiellement de difficultés de compréhension de la langue française. Les bilans effectués dans le cadre de l'ORP en français et informatique notamment ont mis en évidence l'impossibilité d'élaborer un nouveau projet de reclassement, seule une insertion professionnelle étant accessible dans un poste de type chauffeur-livreur ou intendant en EMS. C'est la raison pour laquelle une aide au placement lui a été accordée.

Dans ce contexte, l'intimé a retenu, dans sa décision du 1^{er} mars 2012 que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% dès le 3 février 2010. Faute de recours dans le délai imparti, cette décision est entrée en force.

b) Pour statuer sur les prétentions de l'intéressé dans le cadre de sa deuxième demande de prestations, l'intimé s'est fondé essentiellement sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 25 avril 2017 du Dr M._____ et de la Dre N._____, ainsi que sur le rapport complémentaire de cette dernière du 19 septembre 2017.

aa) Sur le plan somatique, le Dr M._____, spécialiste en rhumatologie, a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicobrachialgies gauches, non déficitaires, dans un contexte de protrusions disco-osthéophytaires en C4-5 et C5-6 et de hernie discale foraminale droite en C8-D1. Il a estimé que la capacité de travail du

recourant était nulle dans l'activité habituelle de poseur de plafonds, considérée comme contraignante physiquement pour le rachis cervical. Tous les médecins consultés s'accordent sur ce point. S'agissant de la capacité de travail exigible, l'expert a précisé qu'elle était déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance du rachis cervical aux contraintes mécaniques. Il a en particulier retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés en flexion-extension, pas de rotations rapides, pas d'attitude prolongée avec la tête en extension, pas de travail prolongé les bras au-dessus de la tête, pas de port de charges répété au-delà de 10 kg. De l'avis du Dr M._____, une discordance importante existait entre les allégations de l'assuré et les constatations radiocliniques objectivables, mentionnant que des troubles dégénératifs du rachis cervical étaient certes présents et pouvaient expliquer une partie des symptômes au niveau des douleurs cervicales mais pas au niveau des cervicobrachialgies gauches. Compte tenu des discordances constatées et de la participation partielle du recourant à l'examen clinique, le spécialiste a précisé qu'il n'était pas possible de nuancer la capacité de travail dans une activité adaptée qu'il estimait ainsi complète dès le 22 juin 2015, date de la deuxième consultation neurochirurgicale du Dr B._____.

Cette appréciation rejoint celle du Dr S._____ (cf. rapport du 10 février 2015), rhumatologue, qui n'a retenu aucune contre-indication à une reprise d'une activité professionnelle adaptée, tout en mentionnant les mêmes limitations fonctionnelles que précédemment (cf. rapport du 16 août 2010).

Les différents rapports du Prof. K._____ (cf. notamment rapports des 28 octobre 2014, 2 décembre 2015, 14 septembre 2017 et 22 décembre 2017), neurologue traitant du recourant, ne permettent pas non plus de s'écarter des conclusions du Dr M._____. Le Prof. K._____ s'est en effet contenté de mentionner que la capacité de travail du recourant dans toute activité était nulle, sans toutefois motiver cette appréciation et expliquer en quoi les atteintes constatées auraient une influence sur la capacité de travail du recourant. Dans son rapport du 12

décembre 2018, il a articulé, toujours sans motivation, une capacité de travail qui ne dépassait pas 25-50%. Ce médecin n'a pas non plus mentionné quelles étaient les limitations fonctionnelles du recourant. Il a certes retenu le diagnostic de canal cervical étroit de C4 à C6 et a considéré qu'il y avait eu une aggravation depuis la dernière décision. Or, le Dr M._____ a précisément tenu compte de ce diagnostic dans le rapport d'examen du 25 avril 2017 pour déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée puisqu'il a retenu des limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte.

Il n'y a ainsi pas de motifs de s'écarter de l'avis du Dr M._____. On relèvera que ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant pour la période antérieure au 22 juin 2015. Cela étant, même dans l'hypothèse où l'atteinte à la santé du recourant, mise en évidence par l'IRM du 8 juillet 2014 (discopathie sévère C4-C5-C6 avec canal cervical étagé rétréci), aurait eu une incidence sur sa capacité de travail, ce qui reste toutefois à prouver, le droit à une rente d'invalidité ne serait en tout état de cause pas ouvert, compte tenu du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

bb) Sur le plan psychique, la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a, dans un premier temps, retenu un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (cf. rapport du 25 avril 2017). Elle a toutefois estimé que l'état de santé psychique du recourant n'était pas stabilisé et a préconisé l'adjonction d'une médication antidépressive, dès lors que la médication ne comprenait jusqu'alors que du Lexotanil (1.5 mg/soir) pour les troubles du sommeil et du Librax (3x/jour). Dans son rapport d'examen du 25 avril 2017, la spécialiste a ainsi indiqué que la capacité de travail exigible de la part du recourant restait à évaluer. Elle a également relevé que le recourant n'avait jamais conD._____ au mois de septembre 2016, lequel, lors d'un entretien téléphonique avec celle-ci, n'avait pas été en mesure de poser un diagnostic. Le Dr D._____ n'a, par ailleurs, fourni aucun rapport et sa note manuscrite du 16 février 2017 ne mentionnait pas non plus de diagnostic.

Le 28 août 2017, le recourant désormais suivi par le Dr L._____, a été revu par la Dre N._____ qui a établi un rapport le 19 septembre 2017. Elle y a constaté que l'état dépressif présent en avril 2017 s'était nettement amendé grâce à l'introduction d'un antidépresseur (Brintellix) et la prise en charge psychiatrique hebdomadaire. La fatigue et la diminution de concentration n'étaient pas en lien avec la dépression, mais avec l'insomnie et la médication (morphine). La Dre N._____ a clairement expliqué pour quelles raisons elle ne retenait plus le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique au profit du diagnostic de dysthymie, sans influence sur la capacité de travail du recourant. Elle a en effet précisé que la dysthymie était une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité était insuffisante ou dont la durée était trop brève en l'état pour justifier un diagnostic de trouble dépressif. Elle a indiqué que le trouble pouvait parfois avoir répondu aux critères d'un épisode dépressif dans le passé, en particulier au moment de son installation et que la fréquence et la durée des périodes individuelles de dépression et des périodes intermédiaires d'humeur relativement normale étaient très variables. Les sujets présentaient habituellement des périodes de quelques jours ou de quelques semaines pendant lesquelles ils se sentaient moins bien mais, la plupart du temps (souvent pendant plusieurs mois consécutifs), ils se sentaient fatigués et déprimés. Tout leur coûtait et rien ne leur était agréable ; ils rumaient, se plaignaient et perdaient confiance en eux mais restaient capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. De l'avis de la Dre N._____, le séjour de deux semaines en [...] effectué par le recourant ainsi que sa vie quotidienne démontraient qu'il souffrait de dysthymie et non pas de trouble dépressif. La Dre N._____ a en définitive retenu une incapacité de travail à 100% temporaire, soit du 22 septembre 2016 au 31 mai 2017, le recourant ayant recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 1^{er} juin 2017.

Le rapport médical du Dr L._____ du 17 décembre 2018 ne permet pas de considérer le cas de manière différente. En effet, ce médecin n'a pas expliqué pour quelle raison la prise d'un antidépresseur

et le suivi d'une psychothérapie hebdomadaire n'avaient pas pu améliorer l'atteinte psychiatrique. Par ailleurs, il semble que le recourant n'est plus suivi sur ce plan depuis le 23 octobre 2018, date de la dernière consultation auprès du Dr L._____, ce qui tend à démontrer que son état de santé sur la plan psychique s'est amélioré.

Le recourant fait valoir que, contrairement à ce qu'a retenu le SMR, l'incapacité totale pour raison psychiatrique remontrait bien avant le mois de septembre 2016, date à laquelle le recourant a débuté un suivi psychiatrique, puisque le Dr S._____ avait fait mention de cette problématique au mois de février 2015 déjà en lien avec l'aggravation de l'état de santé annoncée par le recourant au mois de septembre 2014. On constate à cet égard que le recourant n'a aucunement fait état d'une atteinte psychique dans la deuxième demande de prestations qu'il a déposée le 16 octobre 2014, seules des atteintes somatiques ayant été invoquées. Certes, le Dr S._____ a préconisé, dans son rapport du 4 février 2015, d'effectuer des investigations au niveau psychiatrique et conseillé au recourant de débiter un suivi psychiatrique. Or ce n'est qu'en septembre 2016, soit plus d'une année et demie après, que celui-ci a entrepris un tel suivi « sur la forte insistance de ses neurologues car il n'en voyait pas la nécessité » pour reprendre les termes du rapport du 19 septembre 2017 de la Dre N._____. Il faut en déduire que le recourant estimait son état de santé sur le plan psychiatrique suffisamment bon pour ne pas entreprendre cette démarche avant. Celui-ci ne saurait ainsi reprocher à l'intimé de ne pas avoir investigué plus avant pour la période antérieure à septembre 2016 alors qu'aucun indice d'atteinte au niveau psychiatrique ne ressortait de son dossier médical.

Il y a lieu en définitive de se rallier aux conclusions de la Dre N._____ qu'aucun autre élément au dossier ne vient contredire, à savoir que le recourant ne souffre d'aucun trouble psychiatrique incapacitant, tout en admettant que celui-ci a présenté une incapacité de travail à 100% de manière temporaire, soit du 22 septembre 2016 au 31 mai 2017, d'une durée insuffisante à ouvrir un droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 let. b LAI). A cet égard, on relèvera encore que certes, le temps écoulé

entre le rapport d'examen psychiatrique complémentaire du 19 septembre 2017 de la Dre N. _____ et la décision querellée du 8 octobre 2018 est non négligeable ; toutefois, force est d'admettre que le recourant n'a apporté aucun élément nouveau sur le plan médical pour admettre une aggravation de son état de santé psychiatrique durant ce laps de temps.

c) Ainsi, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, les avis médicaux au dossier ne contiennent aucun élément sérieux qui inciterait à douter des conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 25 avril 2017 ainsi que du complément psychiatrique du 19 septembre 2017. De surcroît, l'appréciation des médecins du SMR est fondée sur une analyse complète des pièces mises à disposition. Elle est bien expliquée et les conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a par conséquent lieu d'admettre que celles-ci répondent aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante.

d) Dans le cadre de sa réponse, l'intimé a produit un rapport du contrôle des chantiers de la construction dans le canton de Vaud du 7 décembre 2018 dont il ressort que le recourant a été vu en train de réaliser des travaux de crépissage d'une façade sur un chantier. Quoiqu'en dise le recourant, à savoir que ce fait n'est pas déterminant dès lors qu'il n'a été présent qu'un seul jour, à titre bénévole, sans exigence de rendement, les observations faites tendent, à tout le moins, à démontrer une amélioration de l'état de santé du recourant, confirmant ainsi les conclusions de la Dre N. _____.

e) Au vu de ce qui précède, force est de constater que du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée, la situation du recourant en 2018 reste essentiellement la même par rapport à celle prévalant lors de la décision du 1^{er} mars 2012. En l'absence d'aggravation durable de son état de santé, les conditions d'une révision ne sont pas remplies. C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté la deuxième demande de prestations AI de l'intéressé.

7. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, si bien qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise psychiatrique, telle que requise par le recourant à titre subsidiaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit.

8. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 8 octobre 2018 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 H._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour H._____),
- 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 :