

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 octobre 2019

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Nicolas Mattenberger,  
avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 8 al. 1 et 28 al. 1 let. b et c LAI**

**E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], est originaire de Macédoine. Il a travaillé comme ouvrier spécialisé dans le forage de béton jusqu'au 28 septembre 1999.

Le 29 juin 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, sous la forme d'un reclassement professionnel, subsidiairement d'une rente, en raison de lombalgies.

Par décision du 26 juin 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté cette demande de prestations, motif pris que le taux d'invalidité n'était que de 9 %.

Par jugement du 16 avril 2003, le Tribunal cantonal des assurances (TASS) a rejeté le recours déposé par l'intéressé (TASS AI 316/02 - 148/2003).

Par arrêt du 19 janvier 2004 (cause I 528/03), le Tribunal fédéral des assurances a également rejeté le recours interjeté par A. \_\_\_\_\_ auprès de cette autorité.

**B.** Le 12 octobre 2004, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente, en faisant état de douleurs lombaires persistantes.

Par décision sur opposition du 8 mars 2006, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.

Par jugement du 4 octobre 2006, le TASS a rejeté le recours déposé par l'intéressé (TASS AI 63/06 - 192/2006).

**C. a)** Le 6 mars 2012, A.\_\_\_\_\_ a déposé une troisième demande de prestations en faisant état de problèmes de dos, de nuque et de talons puis de dépression. L'assuré mentionnait être employé de garage.

Par décision du 15 octobre 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Par arrêt du 25 avril 2013, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a rejeté le recours déposé le 15 novembre 2012 par l'intéressé (CASSO AI 275/12 - 99/2013). En résumé et sur le plan somatique, le tribunal a estimé que les douleurs lombaires basses irradiant dans les membres inférieurs et une hypoesthésie aux talons décrites par le médecin traitant (Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale) dans des rapports des 4 avril et 24 septembre 2012 ne permettaient pas d'objectiver une aggravation significative de l'état de santé de l'assuré, ces constatations étant superposables à celles retenues lors de la décision du 26 juin 2002. Au plan psychique, le tribunal a retenu que dans ses rapports d'avril et septembre 2012, mentionnant des entretiens de soutien psychologique à la policlinique psychiatrique de [...] en février et mars 2010 pour un état anxio-dépressif avec nervosité et agitation, le médecin traitant ne faisait état que de troubles ponctuels. Il a en outre noté l'absence de suivi depuis lors mais une reprise qu'en septembre 2012, soit après que l'OAI eût informé l'intéressé de son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande. Enfin, le Dr N.\_\_\_\_\_, qui n'était pas spécialiste en psychiatrie, ne fournissait aucune précision, en particulier quant au diagnostic et à une incapacité de travail que ce trouble aurait entraîné. Le tribunal a encore constaté que, concernant le taux d'incapacité de travail, le médecin traitant ne se prononçait que dans l'activité d'aide-mécanicien sans autre motivation et sans expliquer si cette activité était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (CASSO AI 275/12 - 99/2013 du 25 avril 2013, consid. 4).

**b)** Au vu de nouvelles pièces médicales produites en procédure contentieuse en rapport avec la décision du 15 octobre 2012

(pièces n° 14 et 15 du bordereau joint à l'acte de recours ainsi que rapport médical du 25 février 2013 des médecins de la [...] ; cf. avis juriste du 9 septembre 2013 de l'OAI) et après les avoir soumises pour examen à son Service médical régional ([SMR] ; avis du 3 octobre 2013 du Dr P. \_\_\_\_\_), l'OAI est entré en matière sur cette quatrième demande afin d'examiner l'évolution de l'état de santé psychique de l'assuré.

Dans un rapport du 11 novembre 2013 à l'OAI, les Drs Q. \_\_\_\_\_, et S. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de la Fondation de [...], consultés depuis le 13 septembre 2012, ont posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité, sans précision ([F 60.9] ; depuis plusieurs années), et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z 56). Sous la rubrique « pronostic » de leur rapport, il est écrit ce qui suit :

“Il s'agit d'un grave trouble de la personnalité. Malgré une diminution du vécu et la tension persécutoire et des symptômes psychotiques, la relation interpersonnelle ainsi que le fonctionnement global du patient restent gravement atteints.”

Sans se prononcer sur la capacité de travail exigible, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ ont toutefois indiqué que, d'un point de vue médical, l'assuré était inapte à travailler dans une activité nécessitant des contacts avec autrui. Sur l'annexe à leur rapport, ces médecins ont listé les restrictions fonctionnelles suivantes :

**A. Quels sont les limitations fonctionnelles dont il faut tenir compte ?**

	oui	non	Ne sait pas	Si oui préciser
A.1. Difficultés relationnelles ressenties par le sujet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	: Cf rapport.
A.2. Hostilité ou agressivité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	: Cf rapport.
A.3. Bizarreries du comportement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
A.4. Difficultés dans la gestion des émotions	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	: Cf rapport.
A.5. Apragmatisme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
A.6. Difficultés liées aux tâches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	:
A.7. Difficultés pour maintenir l'hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
A.8. Difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	:
A.9. Difficultés dans les déplacements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
A.10. Difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
A.11. Difficultés d'organisation du temps	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
A.12. Difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	: En partie.
A.13. Hypersensibilité au stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	: Notamment dans le contact interpersonnel.
A.14. Apparition périodique de phases de décompensation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	: En épisodes dépressifs hyperactifs
A.15. Autres troubles fonctionnels non mentionnés (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:

Le 10 juin 2014, après avoir requis le point de vue du SMR (avis du 4 février 2014 du Dr P. \_\_\_\_\_), l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Les problèmes de santé somatiques et psychiques, déjà connus, ne modifiaient pas l'évaluation de la situation ; si l'incapacité de travail était totale dans une activité lourde telle celle de foreur en béton ou comme ouvrier-manœuvre dans le bâtiment, au motif de rachialgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs ostéo-articulaires depuis 1999, la capacité de travail de l'intéressé était toutefois totale, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée avec limite de charges de huit kilos.

Dans le cadre des objections de l'assuré sur ce projet de refus, l'OAI a reçu un certificat médical du 23 juin 2014 du Dr N. \_\_\_\_\_ informant que, sur le plan somatique, il n'y avait pas de modification

radiologique depuis l'examen de septembre 2012 et la douleur lombaire persistait sans amélioration sous un traitement antalgique et anti-inflammatoire. Quant au plan psychique, le traitement d'un état anxio-dépressif se poursuivait.

Après avoir requis le point de vue du SMR sur la dernière pièce médicale au dossier (avis « Audition » du 17 juillet 2014 des Drs P. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_), l'OAI a, par décision du 26 août 2014, rejeté la demande de prestations de l'assuré, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans le projet du 10 juin 2014. Cette décision n'a pas été contestée.

**D.** Le 11 mars 2015, A. \_\_\_\_\_ a déposé une cinquième demande de prestations, sous la forme mesures professionnelles et/ou d'une rente, de l'assurance-invalidité. Il a produit à cet effet un certificat médical du 16 février 2015 du Dr N. \_\_\_\_\_ dont on extrait ce qui suit :

“Le médecin soussigné certifie que Monsieur A. \_\_\_\_\_ est suivi à sa consultation pour différents problèmes de santé.

Sur le plan somatique, on note une aggravation des douleurs lombaires avec irradiation dans les membres inférieurs. Ces douleurs sont décrites comme permanentes et handicapantes, péjorées à la marche et à mobilité de la colonne lombaire.

Le dernier IRM lombaire du 14.09.2012 montre une discopathie dégénérative modérée pluri-étagée essentiellement marquée en L2-L3, où l'on note un débord discal foraminaux et extraforaminaux à droite pouvant irriter la racine L2 droite, et la présence d'une arthrose interapophysaire postérieure pluri-étagée modérée.

Sous le traitement antalgique et anti-inflammatoire, Monsieur A. \_\_\_\_\_ ne signale aucune amélioration de la symptomatologie douloureuse.

Sur le plan psychiatrique, le dernier rapport de la policlinique psychiatrique de [...] parle d'un trouble de la personnalité avec difficulté relationnelle. L'évolution de son état psychique n'est pas favorable et la poursuite du traitement et des entretiens de soutien psychologique est nécessaire.

Au vu de l'évolution défavorable de son état de santé, le pronostic est réservé.”

Sur le formulaire idoine, complété le 6 mars 2015 à la demande de l'OAI, l'assuré a motivé sa nouvelle demande de prestations

en raison de fortes douleurs lombaires ainsi que d'un état dépressif. Il mentionnait bénéficier de l'aide sociale depuis 2013.

Après avoir requis le point de vue du SMR (avis du 9 juin 2015 du Dr K. \_\_\_\_\_), l'OAI a soumis le cas à son juriste qui a proposé « d'entrer en matière sur la demande et de mener une instruction complète » étant donné la possible décompensation du trouble de la personnalité retenu par les médecins de la Fondation de [...] le 11 novembre 2013 (avis juriste du 14 octobre 2015).

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins consultés (courrier médical de la Fondation de [...] du 9 novembre 2015 - exposant que l'assuré n'est plus suivi depuis le 22 août 2013 - et rapport du 27 novembre 2015 du Dr N. \_\_\_\_\_ - posant les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs pluri-étagés et de trouble de la personnalité et retenant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir, pas de port de charge lourde de plus de cinq kilos, sans sollicitation de la colonne lombaire et pas de marche en terrains irréguliers). Aux termes d'un avis établi sur dossier du 27 septembre 2016, le Dr K. \_\_\_\_\_, du SMR, s'est notamment exprimé comme suit :

“[...] Le Dr N. \_\_\_\_\_, dans son RM [rapport médical] du 27.11.2015, n'apporte aucun fait nouveau, mis à part l'aggravation des douleurs, l'IRM [imagerie par résonance magnétique] datée du 14.9.2012 démontrant des altérations dégénératives modérées et ayant déjà été prise en compte. Une capacité de travail est exigible selon les LF [limitations fonctionnelles] d'épargne du dos classiques avec un port de charge jusqu'à 5 Kg, que l'examen au SMR avait estim[é] entre 8 et 10 Kg, pointant tout d'abord un syndrome d'amplification des plaintes.

Le rapport de la policlinique psychiatrique de [...] [réd : résumé d'investigation du 13.02.2012 au 17.10.2012] reçu le 2.12.2015 pose le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant. On ne peut poser ce diagnostic lorsqu'il existe un diagnostic somatique expliquant mieux la situation, ce qui est le cas chez cet assuré qui présente des troubles dégénératifs étagés associés, qui, dans le contexte de l'amplification des plaintes ont pu abuser les intervenants psychiatriques. En ce qui concerne l'évolution du trouble de la personnalité, il semble que l'assuré ait pu se compenser sur le plan psychique de par la validation de sa

souffrance par le psychiatre qui a pu essayer d'instaurer une alliance thérapeutique afin d'introduire un médicament neuroleptique (Risperdal). En effet, « *le patient se tranquillise davantage, la tension et la méfiance aperçue[s] au départ diminueront au fur et à mesure* ». Enfin, si « *le facteur de crise semble être le refus de l'AI* », cette problématique est récurrente, dans la mesure où l'assuré lorsqu'il est « *reconnu* », peut entrer en contact avec un thérapeute comme le montre le suivi psychiatrique de septembre 2012 à août 2013, avec acceptation d'un traitement neuroleptique, la rupture en août 2013 étant motivé[e] par un changement proposé de prise en charge au centre de jour de [...]. On ne peut donc banaliser et invoquer une pathologie réactionnelle à une décision administrative et susceptible de s'amender avec le temps, la fragilité apparaissant dans les épisodes de rupture suivi de nouvelles demandes de prise en charge.

Dans ce cas particulier, je recommande  
Une expertise psychiatrique auprès d'un psychiatre  
indépendant”

Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a établi son rapport le 8 mars 2018. Sur la base d'un examen clinique (avec un bilan de tests psychométriques) et l'étude du dossier médical mis à disposition, ce médecin n'a pas posé de diagnostic incapacitant. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une personnalité avec des traits sensitifs, sans comorbidité psychiatrique. En l'absence de demande motivée en ce sens et d'un bon pronostic, il n'existait aucune indication à une prise en charge psychiatrique. En guise de conclusion, le Dr R.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière du point de vue psychiatrique, depuis toujours, dans une activité adaptée aux limitations somatiques objectives.

Après avoir requis le point de vue du SMR (avis du 11 avril 2018 des Dres F.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_), l'OAI a, par projet de décision du 29 mai 2018, fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations. Selon ses constatations, celui-ci présentait toujours une totale incapacité de travail dans l'activité usuelle de spécialiste en forage de béton ou comme ouvrier-manœuvre dans le bâtiment. Toutefois, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (à savoir, pas de port de charges de plus de cinq kilos, pas de mouvements en torsion du buste

et pas d'activité statique). Les plaintes d'ordre psychiatrique de l'intéressé n'étaient pas invalidantes au sens de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assuré a remis à l'OAI des rapports des 12 juin et 4 juillet 2018 du Dr N.\_\_\_\_\_. On extrait ce qui suit du second document :

“Le médecin soussigné certifie que Monsieur A.\_\_\_\_\_ est suivi à sa consultation pour des douleurs lombaires depuis de nombreuses années dont l'évolution est défavorable ces derniers temps. L'examen radiologique montre une discopathie avec débord discal au niveau L2-L3 et une arthrose interapophysaire postérieure pluri-étagée.

Sur le plan clinique, Monsieur A.\_\_\_\_\_ présente de fortes douleurs lombaires avec irradiation dans les membres inférieurs, exacerbées à la marche et à la mobilité de la colonne lombaire. Il est au bénéfice du traitement antalgique et anti-inflammatoire et ne signale aucune amélioration de la symptomatologie douloureuse.

Sur le plan psychologique, Monsieur A.\_\_\_\_\_ n'a plus de suivi à la Fondation de [...] et suivi uniquement à ma consultation pour des entretiens de soutien psychologique à raison 1x/mois.

Au vu de l'évolution défavorable de son état de santé, le pronostic est réservé. Dans son ancienne activité professionnelle, son incapacité de travail est totale.”

Après avoir requis le point de vue de son médecin-conseil (avis « audition » du 22 août 2018 des Dres F.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, du SMR), l'OAI a, par décision du 3 décembre 2018, rejeté la demande de prestations de l'assuré, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans le projet du 29 mai 2018.

**E.** Par acte déposé le 21 janvier 2019, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Nicolas Mattenberger, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi de mesures professionnelles ou une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi de mesures professionnelles ou trois-quarts, voire une demi-rente ; plus subsidiairement encore, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Opposant l'avis de son médecin traitant (Dr N.\_\_\_\_\_) aux observations du SMR, il soutient disposer d'une

capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses restrictions fonctionnelles somatiques. Il prétend également ne plus être en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail, son âge (« approchant des 55 ans ») constituant un « handicap aux yeux d'un employeur, qui ne l'engagerait simplement pas ». A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 20 mars 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée.

Au terme d'un second échange d'écritures des 10 et 30 avril 2019, sans invoquer pour autant d'arguments supplémentaires, les parties ont maintenu leur position respective.

### **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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c LPGA) 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.** La contestation porte en l'espèce sur le droit du recourant à des prestations (rente et mesures professionnelles) de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder ces prestations. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations (la cinquième), déposée le 11 mars 2015.

En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la dernière demande de prestations déposée par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si son état de santé s'est modifié depuis la décision de refus du 26 août 2014 entrée en force, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance.

**3. a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité 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]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande comme en l'espèce, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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, si nécessaire, 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. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, 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.

**c)** 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). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**d)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA.

Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**e)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**f)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4.** En l'espèce, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Il fait valoir, pour sa part, que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une péjoration de son état de santé justifiant désormais l'octroi en sa faveur de prestations (rente et mesures professionnelles).

**5. a)** Par arrêt du 25 avril 2013, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a rejeté le recours déposé par l'assuré, en retenant notamment ce qui suit (CASSO AI 275/12 - 99/2013 du 25 avril 2013, consid. 4) :

“Lors de la troisième demande de prestations, le Dr N. \_\_\_\_\_, dans ses rapports des 4 avril et 24 septembre 2012, indique que l'évolution de l'état de santé s'est aggravé depuis une année, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique. Il fait état, sur le plan somatique d'une discopathie modérée et pluri-étagée en L2-L3, où l'on note un débord discal foraminal et extraforaminal. Il expose

que le recourant présente depuis de nombreuses années des douleurs lombaires chroniques dont l'évolution n'est pas favorable sous différentes thérapies, à savoir des douleurs lombaires basses irradiant dans les membres inférieurs et une hypoesthésie aux talons, la douleur lombaire étant décrite par le recourant comme invalidante limitant considérablement les activités de la vie quotidienne. Le Dr N.\_\_\_\_\_ ne mentionne pas d'éléments permettant d'objectiver une aggravation significative de l'état de santé du recourant. Les constatations médicales qu'il rapporte sont superposables à celles constatées lors de la décision du 26 juin 2002. Il ne décrit d'ailleurs pas de limitations fonctionnelles nouvelles. En outre, à cette époque, le recourant faisait déjà état de fortes douleurs et tous les médecins spécialistes en rhumatologie avaient retenu un important syndrome d'amplification des plaintes.

Sur le plan psychiatrique, le Dr N.\_\_\_\_\_ a exposé dans son rapport du 4 avril 2012 que le recourant avait été vu à la policlinique psychiatrique de [...] pour une dépression réactionnelle tout en précisant, dans son rapport du 24 septembre 2012, que le recourant avait été suivi dans cet établissement en février et mars 2010 pour un état anxio-dépressif avec nervosité et agitation et été au bénéfice d'entretiens de soutien psychologique. Il ne fait ainsi état que de troubles ponctuels. En outre, ce praticien ne mentionne aucun suivi depuis lors mais qu'il n'a été repris qu'en septembre 2012, soit après que l'OAI a informé le recourant de son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande. Enfin, le Dr N.\_\_\_\_\_, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie, ne donne aucune précision, ne serait-ce que quant au diagnostic et à une incapacité de travail que ce trouble entraînerait.

Concernant le taux d'incapacité de travail, le Dr N.\_\_\_\_\_ se prononce uniquement dans l'activité d'aide-mécanicien sans autre motivation et sans expliquer si cette activité est adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. [...]"

Le 11 novembre 2013, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics incapacitant de trouble de la personnalité, sans précision ([F 60.9] ; depuis plusieurs années), et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z 56). Pour ces médecins « malgré une diminution du vécu et la tension persécutoire et des symptômes psychotiques, la relation interpersonnelle ainsi que le fonctionnement global du patient rest[ai]ent gravement atteints ». D'un point de vue médical, l'intéressé n'était pas capable de travailler dans une activité nécessitant des contacts avec autrui.

Par décision du 26 août 2014, après être entré en matière et avoir instruit le dossier, l'OAI a estimé que les problèmes de santé somatiques et psychiques, déjà connus, ne modifieraient pas l'évaluation de la situation ; si l'incapacité de travail était totale dans une activité lourde

telle celle de foreur en béton ou comme ouvrier-manœuvre dans le bâtiment, au motif de rachialgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs ostéo-articulaires depuis 1999, la capacité de travail de l'assuré était toutefois totale, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée avec limite de charges de huit kilos.

**b)** A l'appui de sa nouvelle demande du 11 mars 2015, le recourant a produit un rapport du 16 février 2015 du Dr N.\_\_\_\_\_ qui faisait état d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, dans le contexte d'une aggravation des douleurs lombaires. De son côté, la Fondation de [...] a exposé que l'assuré n'était plus suivi depuis le 22 août 2013 (courrier médical du 9 novembre 2015 à l'OAI). Le 27 novembre 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_ a confirmé une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir, pas de port de charge lourde de plus de cinq kilos, sans sollicitation de la colonne lombaire et pas de marche en terrains irréguliers). L'OAI a mandaté le Dr R.\_\_\_\_\_ pour procéder à l'expertise psychiatrique d'A.\_\_\_\_\_. Cet expert a retenu le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de personnalité à traits sensitifs, sans comorbidité psychiatrique. Il a décrit un assuré très centré sur sa douleur et relevé que « dans les faits il y a[vait] peu de prise d'antalgiques, ni de consultations médicales en dehors du Dr N.\_\_\_\_\_. Une atteinte somatique a[vait] été mise en exergue et une possible sursimulation sembl[ait] avoir été suggérée dans l'ensemble du dossier médical » (rapport d'expertise du 8 mars 2018 p. 25). En ne retenant aucune limitation sur le plan psychiatrique, il a conclu que la capacité de travail de l'assuré avait toujours été entière, dans une activité adaptée aux limitations somatiques objectives.

**aa)** Sur le plan somatique (rhumatologique), il n'y a aucun fait nouveau, mis à part l'aggravation des douleurs (avis successifs du Dr N.\_\_\_\_\_), ce qui ne justifie pas la prise en compte d'une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée par le médecin traitant, sans aucune autre motivation. Le Dr N.\_\_\_\_\_ ne mentionne pas d'éléments permettant d'objectiver une aggravation significative de l'état de santé du recourant. Les constatations médicales qu'il rapporte sont superposables à

celles constatées lors des précédentes décisions. Les limitations fonctionnelles d'épargne du dos classiques sont les mêmes (soit pour rappel, un port de charge jusqu'à cinq kilos, pas de mouvements en torsion du buste et pas d'activité statique). La description clinique et le bilan radiologique sont inchangés depuis l'IRM du 14 septembre 2012 démontrant des altérations dégénératives modérées et déjà prise en compte (cf. avis SMR du 27 septembre 2016). Dans l'axe rhumatologique, il existe une totale incapacité de travailler dans une activité lourde telle celle de foreur en béton ou comme ouvrier-manœuvre dans le bâtiment, au motif de rachialgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs ostéo-articulaires depuis 1999. La capacité de travail de l'intéressé est toutefois entière, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée avec limite de charges.

**bb)** Au plan psychique, en raison d'un doute quant à un possible trouble de la personnalité décompensé et devant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux évoqué en 2012 mais pas retenu par la suite, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre (cf. avis SMR du 27 septembre 2016). Dans son rapport du 8 mars 2018, excluant tout diagnostic incapacitant, l'expert R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic - sans répercussion sur la capacité de travail - de personnalité avec des traits sensitifs, sans comorbidité psychiatrique. Au moment d'apprécier la situation, cet expert a émis les considérations suivantes (rapport d'expertise du 8 mars 2018 p. 21 s.) :

#### "5. DISCUSSION

[...] Le long entretien que nous avons eu avec Monsieur A.\_\_\_\_\_, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

[...]

##### 5.2.1. *Personnalité*

Dans les classifications psychiatriques modernes, un trouble de la personnalité se définit comme un mode de comportement durable qui apparaît au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui provoque une souffrance et / ou un dysfonctionnement significatif. Il doit par conséquent être distingué des concepts de caractère, de tempérament, de traits, d'organisation et de structure de personnalité qui ne sont pas assimilables à un trouble psychiatrique au sens de ces ouvrages de référence.

Le DSM-IV-TR établit les critères généraux d'un trouble de la personnalité. Ceux-ci consistent essentiellement en une déviation de la norme qui se manifeste au niveau des cognitions, de l'affectivité, du contrôle des impulsions et des interactions avec les autres. La CIM-10 en fait de même dans sa version pour la recherche.

Lorsque le clinicien a pu observer ces caractéristiques générales, il peut poursuivre sa démarche diagnostique par la recherche d'un trouble spécifique de la personnalité. Le DSM-IV-TR en retient dix qu'il classe en trois groupes (cluster A, B et C).

### *Traits de personnalité*

Le DSM-V a pallié aux limites de l'approche catégorielle qui a jusqu'alors prévalu au sein de ces classifications diagnostiques antérieures (DSM-IV - ICD-10), avec un modèle alternatif des troubles de la personnalité qui sont alors caractérisés aussi par les altérations du fonctionnement de la personnalité. Selon cette nouvelle modalité, il faut la présence d'au moins un trait pathologique de la personnalité et d'une altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité. Les altérations de fonctionnement doivent être rigides, envahissant une large gamme de situations personnelles et sociales ; elles doivent être stables dans le temps et débiter au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Les critères d'exclusion sont identiques pour toutes les catégories diagnostiques.

Comme relevé dans le rapport exhaustif de la Fondation de [...] du 11.11.2013, Monsieur A. \_\_\_\_\_ apparaît comme un homme rigide, avec des aspects revendicateurs et quérulents, avec des défenses par le clivage, autrement dit un monde divisé en deux, avec un vécu persécutoire. La méfiance est notée avec un discours centré sur le concret, ce qui correspond à notre appréciation.

Néanmoins, au sein de sa famille, mis à part une certaine irritabilité, Monsieur A. \_\_\_\_\_ paraît relativement bien fonctionner et tous les enfants semblent avoir un parcours personnel et scolaire tout à fait favorable. On sait aussi que son épouse a repris une petite activité à temps partiel. Monsieur A. \_\_\_\_\_ est très lié à sa famille et ne paraît pas non plus exempt de liens sociaux.

Ces traits de personnalité - puisque dans le cas qui nous occupe on ne peut pas parler d'un dysfonctionnement grave apparaissant à l'adolescence - s'inscrivent dans une personnalité du registre sensitif. On note quelques traits caractéristiques, une forme d'hypertrophie du MOI, la psychorigidité, une certaine méfiance notamment envers les institutions, mais qui est remplacée ici surtout par une introspection parfois douloureuse et des ruminations.

Les troubles de personnalité n'ont jamais atteint le seuil nécessaire pour suggérer un trouble délirant, par exemple paranoïaque. Monsieur A. \_\_\_\_\_ paraît très centré dans le concret. Le discours est surtout informatif, chez un sujet qui a peu accès à son monde intérieur et qui n'entend pas véritablement se remettre en question.

Certes, l'assuré paraît avoir été très rapidement démobilisé dans d'éventuelles mesures de réinsertion dans le monde du travail, ce qui à l'époque ne trouve pas d'explication qui relève de la psychopathologie. A ce titre, peut-être que des éléments qui sortent du champ médical interviennent dans cette situation.

Une évolution que l'on peut parfois qualifier de "sinistrosique" peut rentrer dans le cadre du diagnostic différentiel. Il ne s'agit bien entendu pas d'un diagnostic en tant que tel, mais d'une inclinaison du fonctionnement et comportement de cet assuré. Quand nous parlons de sinistrose nous nous référons à la définition de Ferrey et Gagey qui proposent de "*parler de sinistrose, sans tenir compte de la bonne ou de la mauvaise foi apparente du patient, mais lorsque la contestation des décisions médicales et administratives, ou bien la discussion des chiffres d'invalidité prennent une place prédominante qui dépasse celle de la souffrance elle-même*".

### 5.2.2 Autres troubles psychiatriques

Monsieur A. \_\_\_\_\_ ne présente pas d'humeur dépressive persistante, ni d'anhédonie, aboulie ou apragmatisme. On relève parfois une certaine irritabilité, des variations de l'humeur, mais qui sont néanmoins insuffisantes pour rentrer dans le cadre y compris d'une dysthymie.

Il n'y a pas d'évidence pour un trouble anxieux spécifique, tel par exemple un trouble panique ou une agoraphobie.

Monsieur A. \_\_\_\_\_ ne présente pas non plus de maladie de la dépendance, notamment à l'alcool.

Il n'y a pas d'argument pour un trouble psychotique ; en particulier, il n'y a pas de délire systématisable.

### 5.3 Analyse de la cohérence

Il existe une excellente concordance avec les bilans psychiatriques réalisés par la Fondation de [...], puisqu'on ne retrouve qu'un trouble de la personnalité, qui est qualifié "sans précision", dont la description pourrait correspondre à des traits de fonctionnement du registre sensitif.

### 5.4 Appréciation de la capacité de travail sur le plan de la médecine des assurances

Au terme de notre appréciation, nous retenons le diagnostic de personnalité à traits sensitifs, sans comorbidité psychiatrique. Monsieur A. \_\_\_\_\_ est très centré sur sa douleur. Dans les faits, il y a peu de prise d'antalgiques, ni de consultations médicales en dehors du Dr N. \_\_\_\_\_. Une atteinte somatique objective a été mise en exergue et une possible sursimulation semble avoir été suggérée dans l'ensemble du dossier médical.

Des seuls traits de personnalité sensitive ne sauraient valoir pour un handicap majeur en termes d'adaptation professionnelle. En effet, Monsieur A. \_\_\_\_\_ s'est parfaitement intégré en Suisse et a œuvré sans difficultés jusqu'en 1999. L'assuré a pu assumer

l'éducation d'une famille nombreuse, entretenir de bonnes relations avec son épouse et l'ensemble de sa famille. Probablement, Monsieur A. \_\_\_\_\_ arrive aussi à avoir des loisirs.

En appliquant le Mini CIF-TAPP, qui tend à devenir une référence en la matière, on devrait retenir les capacités et incapacités ci-après : l'assuré n'a pas de diminution de l'endurance. Des simples traits de personnalité ne sauraient valoir pour une fatigabilité ou des problèmes dans la réalisation d'une activité professionnelle.

Monsieur A. \_\_\_\_\_ ne manque pas de capacités adaptatives et ses différentes démarches judiciaires témoignent d'une certaine persévérance, de capacités à s'organiser et à prendre des initiatives, tout comme d'ailleurs il peut s'investir pour sa famille. L'assuré sait maintenir des liens sociaux et avoir quelques activités de loisir. En d'autres termes, Monsieur A. \_\_\_\_\_ dispose de ressources conséquentes. Rien n'indique qu'il ne soit pas à même de planifier, structurer, organiser son travail au vu de ce qu'il rapporte à ce sujet. L'assuré peut apprécier sa situation et prendre des décisions en conséquence. Monsieur A. \_\_\_\_\_ est apte à se déplacer, à s'affirmer, et paraît largement autonome pour toutes ses activités quotidiennes, son hygiène et ses soins corporels.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons estimer que sa capacité de travail est entière du point de vue psychiatrique, et ceci depuis toujours, dans une activité adaptée à ses limitations somatiques objectives.

#### 5.5 Proposition de traitement

Il n'y a aucune indication à une prise en charge psychiatrique en l'absence de demande motivée en ce sens.

#### 5.6 Pronostic

Le pronostic est bon d'un point de vue strictement psychiatrique."

On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de l'expert R. \_\_\_\_\_, étant souligné que le rapport d'expertise du 8 mars 2018 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3f supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation par un spécialiste chevronné dans son domaine et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Celles-ci peuvent donc être suivies.

De son côté, le recourant ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique ni ne produit de rapports médicaux suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé. Il se déclare incapable de travailler, même à temps partiel, essentiellement au motif de ses lombalgies (cf. rapport d'expertise du 8 mars 2018 p. 11). Il n'y a pas de traitement psychotrope ou antidépresseur et pas de soutien psychologique spécialisé en l'absence de demande motivée en ce sens (cf. rapport d'expertise du 8 mars 2018 p. 26 et courrier médical du 9 novembre 2015 de la Fondation de [...]). L'expert R.\_\_\_\_\_ atteste un tableau clinique rassurant observé en décembre 2017. Il a en effet constaté que le recourant ne manque pas de capacités adaptatives et de ressources (internes et externes) conséquentes (cf. rapport d'expertise du 8 mars 2018 pp. 25-26).

En raison de douleurs objectivables le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'est pas retenu. Si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait été évoqué lors du résumé d'investigation de 2012, il n'est finalement plus retenu par les médecins de la Fondation de [...] en 2013. Le Dr R.\_\_\_\_\_ parle également d'une évolution sinistrosique, mais il expose de manière motivée, les ressources dont l'assuré dispose encore.

**c)** Le recourant soutient également qu'une reprise du travail ne peut plus être exigée de lui compte tenu de son âge « approchant des 55 ans ». Il se réfère sur ce point, implicitement, à différents arrêts du Tribunal fédéral d'après lesquels il n'est plus exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il retrouve une activité adaptée à son état de santé, sur un marché du travail équilibré. Le point de savoir si l'assuré est proche de la retraite au sens de la jurisprudence dépend de l'âge de celui-ci lorsque l'état de fait a pu être établi, sur le plan médical, par exemple au moment où l'expertise déterminante a été rendue (ATF 138 V 457). En l'occurrence, lorsque l'état de fait a pu être établi, sur le plan médical, soit à la date de l'avis « audition » du 22 août 2018, le recourant était âgé de 54 ans. Il n'a pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère

généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (cf. ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 ; TF 9C\_505/2016 du 6 juillet 2017 consid. 4.1 ; TF 9C\_168/2015 du 13 avril 2016 consid. 7.3 et les références). Il est encore éloigné du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (TF 9C\_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.2 et les références). Sur ce point également, le recours est donc mal fondé.

**d)** Ainsi, à la date de la décision litigieuse du 3 décembre 2018, l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié depuis la décision de refus du 26 août 2014 entrée en force, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

**6.** Finalement, il y a lieu d'admettre que l'administration de preuves supplémentaires – en particulier la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire – ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent et s'avère par conséquent superflue (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 144 II 427 consid. 3.1.3, 140 I 285 consid. 6.3.1, 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, et 119 V 335 consid. 3c avec la référence).

**7. a)** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**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 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  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 3 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'A.\_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Nicolas Mattenberger (pour A.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :