

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 septembre 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Piguet, juge, et Mme Dormond Béguelin, assesseure
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant,

et

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

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

E n f a i t :

A. Le 3 août 1994, K. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, au bénéfice d'un CFC de parqueteur, a sollicité de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un reclassement dans une nouvelle profession au motif qu'il souffrait de maux de dos causés par une sciatique depuis juillet 1990.

Selon le rapport médical du Dr L. _____, spécialiste en neurologie, du 22 août 1994, l'assuré présentait des lombalgies chroniques avec quelques sciatalgies gauches occasionnelles et une protrusion discale en L4-L5 et L5-S1. Son emploi de parqueteur n'était plus exigible et un reclassement s'imposait.

L'OAI a octroyé à l'assuré des mesures professionnelles, qui ont conduit à l'obtention d'un CFC de vendeur en juin 2000.

Par décision du 14 mars 2001, l'OAI a constaté que la nouvelle profession acquise permettait à l'assuré de réaliser un revenu qui excluait le droit à la rente, son taux d'invalidité étant de 38,36 %.

B. A la suite d'une procédure de détection précoce, l'assuré a déposé, le 30 mars 2009, une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en vue d'obtenir des mesures de réadaptation professionnelle. Il a indiqué qu'il travaillait comme magasinier et gestionnaire en logistique auprès de la société [...] Sàrl depuis octobre 2007, poste dans lequel il devait porter des charges lourdes.

Une IRM lombaire réalisée le 6 novembre 2008 avait montré une hernie discale paramédiane et foraminale droite en L4-L5 pouvant expliquer l'aggravation des douleurs, ainsi qu'une hernie discale paramédiane L5-S1 droite qui semblait asymptomatique (rapport médical du 12 novembre 2008 du Dr T. _____, spécialiste en neurologie).

Les médecins de l'assuré ont estimé que la profession actuelle de magasinier n'était que partiellement exigible puisqu'elle ne respectait qu'en partie ses limitations fonctionnelles, en lien avec le port de charges et certaines positions du corps (rapport médical du Dr T. _____ du 16 avril 2009 et rapports médicaux des 4 mars et 27 avril 2009 du Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré).

Dans un avis médical du 7 septembre 2009, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu que l'assuré souffrait de lombosciatalgies depuis juillet 2008 et qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle pour autant que le cahier des charges n'exige pas le port régulier de charges de plus de 12 kg, le soulèvement régulier de charges supérieures à 7 kg, les positions en porte-à-faux, les mouvements répétés d'inclinaison ou de rotation du tronc, les stations statiques prolongées, les travaux en position accroupie ou à genoux ou sur des machines vibrantes.

Par décision le 19 octobre 2009, l'OAI a considéré que l'assuré n'avait pas droit à des mesures professionnelles puisqu'il avait déjà bénéficié d'un reclassement professionnel comme vendeur, activité qui était adaptée à son atteinte à la santé.

C. Dans un rapport du 25 juin 2014, la Dre V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé que l'assuré présentait diverses limitations sur le plan psychique et qu'un examen neuropsychologique était souhaitable. Elle a indiqué qu'il souffrait d'un trouble mixte de la personnalité sous-jacente (trouble de la personnalité schizoïde, borderline et trouble anankastique), qui était très défavorable à sa réinsertion.

Le 23 décembre 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans un rapport du 24 janvier 2017, le Dr C._____ a posé comme diagnostics un syndrome radiculaire du membre inférieur droit, des sciatalgies chroniques sur hernie discale L4-L5 droite, un syndrome vertébral cervical algique sur hernie discale cervicale C5-C6 droite avec suspicion de syndrome radiculaire sensitif, un syndrome du tunnel carpien à droite, un trouble du déficit de l'attention (THADA de l'adulte) et des comorbidités, en particulier des troubles de l'humeur, et des douleurs résiduelles après une entorse de la cheville gauche en 2011. L'assuré présentait en outre une otalgie gauche persistante depuis 2012, due à des troubles statiques de la colonne cervicale. Ses douleurs à la nuque, en aggravation depuis 2016, devenaient continues et insomniantes. Le Dr C._____ a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 29 août 2016.

La Dre V._____ a retenu les diagnostics suivants dans un rapport du 15 février 2017 :

- trouble mixte de la personnalité (schizoïde, borderline et anankastique ; F61.0),
- trouble cognitif léger amnésique et attentionnel d'origine multifactorielle, développementale sous forme de trouble du déficit de l'attention (THADA) sans hyperactivité (F06.7),
- trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2)
- trouble somatoforme, syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)
- difficultés liées à l'éducation, à l'emploi et au chômage (Z54/56).

La Dre V._____ se prononçait comme suit sur le degré d'incapacité et le pronostic :

« D'un point de vu[e] psychologique nous avons constaté une évolution défavorable avec le temps, à savoir une dégradation de son état thymique, la réapparition des idées noires et un sentiment de détresse, plus un fort[...] manque de motivation, le tout en lien avec le retour de douleurs intenses et persistantes de caractère invalidant entraînant plusieurs arrêts maladie, cela s'accroissant au cours de cet automne.

Malgré le traitement psychothérapeutique, nous relevons des difficultés persistantes de la capacité de compréhension (assez

réduite), de la gestion de ses émotions, d'un retrait social chronique, des capacités d'adaptation au changement limitées.

Une évaluation neuropsychiatrique effectuée en 2015 au Centre [...] de la Mémoire par le Dr. Z. _____ du [...] abouti[t] au dépistage des troubles cognitifs (MoCA) qui met en évidence un trouble de la mémoire antérograde épisodique avec des difficultés à l'encodage, ceci en lien avec des difficultés de concentration, une nette atteinte de la fluidité du langage comportant un manque de mots avec un discours plutôt pauvre et enfantin, ainsi que des difficultés d'abstraction. Les fonctions exécutives paraissent en revanche préservées. Après les investigations effectuées et comme conclusion de l'évaluation, le Dr. Z. _____ conseille l'introduction d'un traitement psychostimulant (Ritaline), traitement mis en place consécutivement à notre consultation mais sans amélioration sur la capacité de travail malgré un certain effet stimulant.

Nous évaluons l'incapacité de travail à 100%, mais un 30% d'activité nous paraît souhaitable dans le cadre d'un atelier protégé. »

Dans un rapport médical du 31 juillet 2017, le Dr C. _____ a précisé que l'assuré bénéficiait, sur le plan somatique, d'une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée (sans port de charges et en position « debout naturelle »), répartie sur deux journées non consécutives. En plus des douleurs vertébrales, l'assuré souffrait de céphalées et de fatigue après trois heures d'occupation. Le médecin traitant a transmis à l'OAI plusieurs pièces médicales, parmi lesquelles se trouvaient :

- un rapport médical du 27 septembre 2013 du Dr W. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, qui concluait que l'otalgie gauche ne provenait pas de la sphère ORL mais de la nuque ;
- un rapport du Dr T. _____ du 8 novembre 2016, qui mentionnait que l'IRM lombaire du 30 septembre 2016 avait montré la persistance des hernies discales en L4-L5 et L5-S1 à droite, que l'IRM cervicale du 28 septembre 2016 avait mis en évidence une protrusion discale C5-C6 foraminale droite et une légère uncarthrose de C6 bilatérale et de C7 gauche, et qu'un ENMG avait confirmé la présence d'un syndrome du tunnel carpien droit, sans démontrer de signe de radiculopathie C6 droite.

Dans un rapport complémentaire du 17 août 2017, la Dre V. _____ a précisé que les diagnostics psychiques avaient été mis en évidence début 2015. L'assuré présentait des algies pluri-étagées, des

difficultés d'attention, de concentration et de compréhension, une dispersion de la pensée, des difficultés d'organisation de l'information, y compris dans un travail simple, des troubles relationnels, de l'irritabilité, de la démotivation et de l'anxiété, ainsi que des réactions impulsives devant les situations d'échec.

A l'initiative du SMR, une expertise de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique a été réalisée par J._____. Dans leur rapport du 13 novembre 2018, les Drs G._____, spécialiste en rhumatologie, X._____, spécialiste en médecine interne générale, et Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ont fait l'appréciation suivante :

« 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

Avec incidence sur la capacité de travail :

- Douleurs lombaires actuelles sans irradiation sur volumineuse hernie discale paramédiane droite L4-L5 avec sténose du canal spinal et sténose du récessus latéral L4-L5 droit. Petite hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane droite sur l'IRM du 03.10.2016
- Douleurs cervicales sur hernie discale C5-C6 droite
- Syndrome du canal carpien à droite
- Syndrome douloureux somatoforme persistant, F45.4.

Sans incidence sur la capacité de travail :

- Tachycardies traitées par bêtabloquants, connues depuis 30 ans.
- Surpoids (BMI 28,4 kg/m²)
- Trouble mixte de la personnalité, F61.0.
- Troubles cognitifs légers amnésiques et attentionnels, F06.7.
- Utilisation d'alcool nocive pour la santé, F10.1

[...]

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Concernant la personnalité, des signes d'introversión et de manque de confiance en soi sont présents, sans trouble de la personnalité.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Côté psychiatrique les capacités de vendeur (son second CFC) sont inchangées. Le léger trouble cognitif est vraisemblablement préexistant et n'a pas empêché l'expertisé de réussir ses deux CFC, pas plus que le léger trouble de la personnalité. Les difficultés viennent du syndrome somatoforme douloureux.

L'expertisé a deux formations différentes. Le français est sa langue maternelle. Il est bien soutenu par sa famille. Il est intelligent et énergique.

Il existe des limitations fonctionnelles : pas d'effort à partir du sol, port de charge limité à 10 kilos ponctuel et 5 kilos continu, changement de position fréquent, assis-debout-piétinement, position assise maximum 1 heure ainsi que le piétinement, la marche n'est pas limitée.

4.6. Contrôle de cohérence

Il n'y a pas d'incohérence constatée, les douleurs cervicales et lombaires sont logiques avec les constatations objectives cliniques et radiologiques. Elles sont plausibles.

L'expertisé est capable de gérer sa vie de tous les jours et peut s'occuper d'une cafétéria, activité variée qui lui permet de rencontrer de nombreuses personnes.

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

0% dans la manutention depuis le 30/09/2009.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

50% dans l'activité qu'il fait actuellement, avec $\frac{1}{4}$ d'heure de p[au]se toutes les deux heures (baisse de rendement de 15%).

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

La limitation dans la capacité de travail est d'origine somatique, à la fois dans son ancien métier (parqueteur) qui demandait des efforts soutenus et réguliers et qui n'est plus exigible et dans l'activité actuelle (cafétéria) où il peut faire des activités différentes et changer de position régulièrement.

Le trouble somatoforme douloureux évoqué par le psychiatre peut légèrement diminuer la réadaptation au travail, mais n'empêcherait pas l'expertisé d'avoir une activité à 100% à terme.

4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Un traitement par corticothérapie, à forte dose mais pour une période courte pourrait l'améliorer avec un suivi en physiothérapie.

Du point de vue psychiatrique, il faut continuer le suivi actuel.

L'examen clinique a montré un surpoids (BMI 28,4 kg/m²) mais en dehors de cela tous les résultats sont normaux. Les mesures médicales et thérapies n'ont pas d'impact sur la capacité de travail. »

Dans le cadre de l'évaluation psychiatrique, le Dr Q. _____ a fait l'appréciation suivante :

« 6. Diagnostics

- Trouble mixte de la personnalité, F61.0.
- Troubles cognitifs légers amnésiques et attentionnels, F06.7.
- Syndrome douloureux somatoforme persistant, F45.4.
- Utilisation d'alcool nocive pour la santé, F10.1

7. Evaluation médicale et médico-assurantielle

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Côté psychiatrique, premier contact de l'expertisé en 2014, à la suite d'un retard de guérison d'une entorse de la cheville droite, chez la Dre V. _____, le suivi psychiatrique se prolongeant jusqu'à l'heure actuelle, avec une séance ambulatoire environ toutes les trois semaines et un traitement antidépresseur de Duloxétine 60 mg/jour. Après l'abandon de son premier métier de parqueteur (avec CFC) pour cause d'hernie discale, il y a eu quelques essais de réinsertion professionnelle, sans grand succès.

La psychiatre traitante parle d'un trouble mixte de la personnalité F61.0 compte tenu des difficultés d'intégration professionnelle répétées présentées par l'expertisé, ce qui paraît plausible (personnalité immature, évitante, angoissée), bien que l'entretien ne permette pas de le mettre en évidence de manière indiscutable. Les douleurs constantes de l'oreille gauche sont en rapport avec une crispation de la nuque et diagnostiquées comme syndrome douloureux persistant F45.4, ce qui paraît également plausible. Selon le rapport du 30.10.2015, le Dr Z. _____, psychiatre au [...], constate l'existence d'un léger trouble cognitif mnésique et attentionnel F06.7. La dépression n'est plus active à la suite de la médication antidépressive, ce qui est observé dans cette expertise.

7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

L'expertisé travaille actuellement une demi-journée par semaine à la cafétéria de la Clinique de [...]. Il pense reprendre une activité professionnelle car « dans la tête ça va bien...c'est somatique ». Le suivi psychiatrique est maintenu, il est assez espacé, l'élément dépressif est soigné avec succès. Les trois diagnostics (voir ci-dessus) persistent.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Pas de signe d'incohérence.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Côté psychiatrique, les capacités en tant que vendeur (son second CFC) sont inchangées. Le léger trouble cognitif est vraisemblablement préexistant et n'a pas empêché l'expertisé d'obtenir des CFC, pas plus que ses troubles de la personnalité. Les difficultés viennent du syndrome somatoforme douloureux.

8. Réponses aux questions du mandant

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

75% comme parqueteur, avec possibilité d'augmentation probable, une fois la réintégration réussie.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

75%, par exemple comme vendeur, avec possibilité d'augmentation probable, une fois la réintégration réussie.

Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

Poursuite du suivi psychiatrique actuel. »

Dans un avis médical du 13 décembre 2018, le SMR a retenu que l'expert rhumatologue concluait à une capacité de travail de 0 % dans la manutention depuis le 30 septembre 2009, qu'il estimait que l'assuré devait avoir une activité avec épargne du dos et retenait des limitations fonctionnelles similaires à celles figurant dans le rapport d'examen du SMR du 7 septembre 2009. Au final, le SMR a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles (pas d'effort à partir du sol, port de charge limité à 10 kg ponctuel et 5 kg continu, changement de position fréquent, assis-debout-piétinement, position assise à plus d'une heure ainsi que le piétinement ; la marche n'est pas limitée).

Le 21 janvier 2019, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision rejetant sa demande de rente d'invalidité au motif qu'il pouvait travailler à 100 % comme vendeur.

Par courrier du 18 février 2019, l'assuré a fait valoir que ce projet ne tenait pas compte de l'influence de l'ensemble de ses problèmes de santé.

Le 5 mars 2019, l'OAI a rendu une décision ayant la même teneur que son projet du 21 janvier 2019.

Dans une lettre du même jour, l'OAI a répondu aux objections de l'assuré en indiquant qu'il fallait reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise de J._____ qui estimait que dans une activité adaptée à son atteinte, telle que vendeur, l'assuré conservait « une capacité de travail de 100 % ».

D. Par acte du 27 mars 2019, K._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et, implicitement, à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Il a invoqué qu'il souffrait de problèmes dépressifs depuis 2009, que la décision de l'OAI s'écartait des conclusions de l'expertise de J._____ qui reconnaissait une diminution de sa capacité de travail, et a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de l'impact de ses différents problèmes médicaux sur sa capacité de travail.

Dans sa réponse du 6 juin 2019, l'OAI a maintenu sa position.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 23 décembre 2016.

3. a) 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).

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, 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.

b) 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).

4. a) En l'occurrence, l'OAI a fait réaliser une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer si l'état de santé du recourant s'était modifié depuis la décision de refus de prestations du 19 octobre 2009. Dans leur rapport du 13 novembre 2018, les experts mandatés ont conclu qu'en raison de ses douleurs lombaires et cervicales sur hernie discale, d'un syndrome du canal carpien à droite et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles n'était que de 50 % avec une baisse de rendement de 15 %, correspondant à la nécessité de pauses d'un quart d'heure toutes les deux heures. Dans son avis médical du 13 décembre 2018, le SMR s'écarte des conclusions des experts relatives à la capacité de travail et estime que le recourant peut travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Force est de constater que le SMR ne motive pas sérieusement sa prise de position. Il relève uniquement que l'expert rhumatologue ne décrit pas de limitations fonctionnelles cervicales et que l'assuré arrive à assumer ses tâches

ménagères sans difficulté. Le SMR n'explique cependant pas en quoi ces éléments permettent de conclure à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée contrairement aux conclusions des experts.

Cela étant, la motivation de l'expertise de J. _____ n'est, elle non plus, pas convaincante.

Les experts ne motivent en effet pas véritablement l'incapacité de travail partielle qu'ils attestent dans une activité adaptée. Dans son appréciation, le Dr G. _____ ne détaille nullement pour quelles raisons il conclut à une capacité de travail de 50 % avec nécessité de pauses toutes les deux heures. A aucun moment, il n'expose comment les troubles constatés influencent la capacité de travail du recourant, ni ne précise si le recourant est en mesure de travailler des journées complètes ou si ses atteintes l'en empêchent.

Sur le plan psychiatrique, l'expert reprend les mêmes diagnostics que ceux posés par la Dre V. _____, à l'exception du trouble anxieux et dépressif mixte. A cet égard, il se contente uniquement de dire que la dépression n'est plus active à la suite de la médication antidépressive, ce qu'il a observé dans l'expertise. Il ne détaille cependant pas sur quelles observations il se base pour poser cette conclusion, ni ne se prononce sur les constatations de la Dre V. _____, qui notait dans son rapport médical du 15 février 2017 que malgré le traitement psychothérapeutique, le recourant continuait à présenter des difficultés dans la capacité de compréhension, la gestion de ses émotions, avec un retrait social chronique et des capacités d'adaptation au changement limitées. En ce qui concerne le trouble mixte de la personnalité retenu, il est pour le moins étonnant que le Dr Q. _____, même si l'entretien ne lui a pas permis de le mettre en évidence de manière indiscutable, admette ce diagnostic compte tenu des difficultés d'intégration professionnelle répétées présentées par l'expertisé (personnalité immature, évitante, angoissée) et qu'en même temps, il estime que ce trouble demeure sans influence sur la capacité de travail du recourant au motif qu'il ne l'a pas

empêché d'obtenir ses CFC. Le Dr Q._____ indique par ailleurs que les difficultés du recourant viennent du syndrome somatoforme douloureux, mais ne précise pas de quelles difficultés il s'agit, ni pourquoi elles influenceraient uniquement la période de réintégration du recourant et non pas sa capacité de travail à long terme.

A l'issue de l'examen psychiatrique, le Dr Q._____ conclut en effet à l'existence d'une capacité de travail de 75 %, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avec possibilité d'augmentation probable, une fois la réintégration réussie. Dans la motivation de l'incapacité de travail de l'évaluation consensuelle, les experts indiquent que la limitation de la capacité de travail est d'origine somatique et précisent que le trouble somatoforme douloureux évoqué par le psychiatre peut légèrement diminuer la réadaptation au travail, mais n'empêcherait pas l'assuré d'avoir une activité à 100 % à terme. Il est pour le moins étonnant qu'une diminution de la capacité de travail de 25 % avec une probable augmentation de la capacité de travail une fois la réintégration réussie ne soit finalement considérée que comme une légère diminution de la réadaptation au travail.

b) Il faut en outre rappeler que le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418), ainsi qu'aux dépendances (TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif

de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la

même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

c) En l'occurrence, les experts retiennent le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, à l'instar de la Dre V._____. Il est toutefois difficile de considérer que ce diagnostic a été posé dans les règles de l'art puisque le Dr Q._____ se contente de dire que « [l]es douleurs constantes de l'oreille gauche sont en rapport avec une crispation de la nuque et diagnostiquées comme syndrome douloureux persistant F45.4, ce qui paraît également plausible ». En outre, les motifs ayant conduit à retenir ce diagnostic n'apparaissent pas clairement. C'est la Dre V._____ qui le mentionne en premier dans son rapport du 15 février 2017, alors que l'assuré était venu consulter dans le cadre d'une longue convalescence après un accident au pied, affectant son état animique. Elle indique que ce trouble somatoforme douloureux est au premier plan depuis juin 2016, mais à aucun moment, elle ne précise quelles sont les douleurs concernées par ce trouble, parlant uniquement de « douleurs intenses et persistantes de caractère invalidant ». Dans le rapport d'expertise, les experts rattachent le trouble somatoforme douloureux à l'otalgie gauche (p. 3 et 21). Les douleurs à l'oreille gauche

n'apparaissent toutefois pas totalement inexpliquées puisqu'elles sont dues à une crispation de la nuque, ce que les experts reconnaissent (ibidem). Le Dr G._____ constate d'ailleurs que la rotation et la palpation du rachis cervical déclenchent des douleurs dans l'oreille gauche (p. 9). De même, les Drs W._____ (rapport médical du 27 septembre 2013) et C._____ (rapport médical du 24 janvier 2017) mentionnent que l'otalgie gauche persistante est due à des troubles statiques de la colonne cervicale. Or, selon la définition de la CIM-10, le trouble somatoforme se caractérise par des symptômes qui n'ont aucune base organique ou, s'il existe un trouble physique authentique, par le fait que ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du patient. Force est de constater qu'en l'occurrence, les experts n'expliquent pas pourquoi les douleurs ressenties par le recourant ne peuvent pas s'expliquer par ces troubles statiques de la colonne cervicale et doivent par conséquent être rattachées à un trouble somatoforme douloureux persistant.

L'expertise ne contient en outre pas d'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux au regard des indicateurs posés par la jurisprudence. On ignore notamment quelle est la gravité de ce trouble et ses répercussions sur la capacité de travail. Le médecin traitant a fait état d'insomnies liées aux douleurs (rapport médical du 24 janvier 2017), élément sur lequel les experts ne se prononcent pas, bien que l'assuré leur ait mentionné avoir un sommeil perturbé et devoir dormir en journée (expertise p. 7, 13 et 18). Comme déjà évoqué, les experts indiquent que le trouble somatoforme douloureux engendre des difficultés au niveau des ressources, sans préciser lesquelles, et ne se prononcent pas non plus sur les raisons qui leur font dire que ce syndrome n'empêcherait pas l'expertisé d'avoir une activité à 100 % à terme. Par ailleurs, ils ne font aucune analyse de l'impact que le trouble de la personnalité présenté par le recourant, même s'il est léger, peut avoir sur ses possibilités de surmonter les difficultés liées au syndrome douloureux somatoforme, comme le requiert la jurisprudence du Tribunal fédéral.

d) Il ressort des considérants qui précèdent que l’instruction menée par l’intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Le cadre d’analyse posé par la jurisprudence du Tribunal fédéral en cas d’atteinte à la santé psychique n’a pas été respecté. L’intimé ne pouvait l’ignorer, mais ne pouvait pas davantage s’écarter purement et simplement des constatations des experts sans complément d’instruction. Au vu du caractère manifeste des lacunes de l’instruction, il convient de renvoyer la cause à l’intimé, dès lors que c’est à lui qu’il incombe en premier lieu d’instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

5. a) Le recours doit par conséquent être admis. La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l’intimé pour complément d’instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. Il incombera ainsi à l’intimé de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire répondant aux exigences de l’art. 44 LPGA ainsi qu’aux critères posés par la jurisprudence en présence de troubles somatoformes douloureux ou d’affections psychiques.

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

c) Au vu de ce qui précède, la demande d’assistance judiciaire déposée par le recourant est sans objet.

d) Il n’y a pas lieu d’allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d’un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 5 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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

- IV. La demande d'assistance judiciaire est sans objet.

- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. K. _____,
- 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 :