

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 juin 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Reinberg, assesseur,

Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Swiss Claims Network SA, à Fribourg,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, marié et père de cinq enfants majeurs, originaire du [...], sans formation, a exercé successivement les activités d'ouvrier agricole, maçon, ouvrier polyvalent, puis de chauffeur-livreur, à compter de 2008. Il a présenté dès le 11 juillet 2016 une incapacité de travail totale.

L'assuré a déposé le 21 décembre 2016, à la requête de D._____SA, assureur perte de gain maladie, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant quant au genre de l'atteinte « arthrose cervicale ». Etais joint à la demande un lot de pièces, parmi lesquelles :

- un rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale du 22 août 2016 de la Dre W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui faisait état de troubles statiques avec rectitude de la colonne cervicale secondaires à des altérations dégénératives pluri-étagées sous forme d'une arthrose facettaire à prédominance du côté gauche C2-C7, ainsi que d'un rétrécissement foraminaux secondaires à une uncarthrose (C3-C4) et relâchement discal (C5-C6) pouvant être responsable d'une irritation des racines C4, respectivement C6 du côté droit ;
- un rapport du 13 septembre 2016 du Dr I._____, spécialiste en neurochirurgie, qui doutait qu'une intervention neurochirurgicale puisse être utile ; à l'examen clinique, il n'y avait aucun déficit franc mis en évidence avec les réflexes ostéotendineux qui étaient normovifs et symétriques aux 4 membres ;

- un rapport du 12 décembre 2016 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin associé auprès de l'Unité de chirurgie spinale du Département des neurosciences cliniques du Centre hospitalier S._____, (Centre hospitalier S._____), à la Dre G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante, dans lequel il a posé les diagnostics d'arthrose cervicale, de diabète de type 2 non-insulino requérant, d'insuffisance rénale chronique, de BPCO [bronchopneumopathie chronique obstructive] multifactorielle, de status post cure hémorroïdaire et de status post amygdalectomie; ce médecin a précisé qu'il s'agissait d'un patient de 52 ans connu pour un diabète et une insuffisance rénale chronique, qui présentait depuis quatre mois des cervicalgies dans un contexte de trouble dégénératif cervico-multi-étagé ; il n'avait pu identifier de lésions ou de compressions de racines pouvant expliquer ces douleurs à bascules au niveau des deux membres supérieurs et principalement localisées dans les deux trapèzes ; le Dr M._____ n'avait pas de proposition chirurgicale pour le patient.

Dans son rapport à l'OAI du 8 février 2017, la Dre G._____ a fait état de diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de discopathies multi-étagées C3-C7 et de diabète type II. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle. Elle estimait qu'une reprise d'activité était possible, sans indiquer à partir de quelle date.

Le Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique au sein du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier S._____ a relevé, dans son rapport du 6 février 2017 au Dr M._____, que le patient présentait depuis 7 mois un tableau de cervicalgies chroniques sans facteur déclenchant évident. Le patient rapportait également des troubles de

l'équilibre, même si l'examen neurologique était plutôt rassurant avec l'intégrité des paires de nerfs crâniens.

L'OAI a accordé à l'assuré une mesure du 20 février au 30 juin 2017 auprès d'O._____SA. Le 13 avril 2017, O._____SA a fait savoir à l'OAI que l'état de santé aussi bien psychologique que physique de l'intéressé ne lui avait pas permis de pouvoir envisager des pistes professionnelles.

Dans son rapport à la Dre G._____ du 30 mars 2017, le DrB._____, spécialiste en neurologie, a exposé qu'il s'agissait d'un syndrome cervical extrême, qui ne pouvait être expliqué par les troubles dégénératifs documentés, estimant dès lors qu'il existait une composante fonctionnelle. Aux membres supérieurs, il n'y avait pas d'anomalie, en particulier pas de syndrome radiculaire. En revanche, on pouvait mettre en évidence un tableau de polyneuropathie sensitive aux membres inférieurs, très vraisemblablement d'origine diabétique.

Le 16 novembre 2017, le Dr X._____, psychiatre traitant de l'assuré depuis le 5 juillet 2017, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) existant depuis 2004, et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis juillet 2016. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, et que l'on ne pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. S'agissant des restrictions en lien avec l'activité habituelle, le Dr X._____ a indiqué ce qui suit :

*« Fatigabilité, perte de force, diminution de l'endurance avec besoin de pauses fréquentes.
Diminution des capacités de mémoire en lien avec l'épisode dépressif et la médication antalgique probablement.
Sentiment de dévalorisation avec perte d'espoir, incapacité à adhérer à un projet ».*

Dans une lettre annexée au rapport précité, le Dr X._____ a précisé que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant

s'appuyait entre autres sur la mise en évidence d'une dysphorie, d'un sentiment de détresse et d'échec face à ses douleurs, de ruminations anxieuses et d'une pensée légèrement centrée sur sa santé.

Le 27 novembre 2017, le Dr X._____ a fait savoir à l'OAI qu'en réalité, le diagnostic avec effet sur la capacité de travail était celui d'épisode dépressif actuel moyen (F33.1).

Le 15 mars 2018, le Dr P._____ du Service médical régional AI (SMR) a estimé qu'il convenait de mettre en place une expertise rhumatologique, neuropsychiatrique et de médecine interne. Il a relevé que les rapports médicaux au dossier indiquaient de nombreuses doléances, qui se révélaient être peu congruentes avec les éléments objectivés par les examens para-cliniques ou par le status des nombreux spécialistes ayant examiné l'assuré. Sur l'axe psychiatrique, le status objectivait finalement peu de limitations et le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) conduisait à solliciter une évaluation interdisciplinaire de la capacité de travail selon les critères en vigueur.

Le 19 avril 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il allait être soumis à une expertise pluridisciplinaire. Etaient notamment joint à cet envoi un questionnaire, intitulé « structure de l'expertise », prévoyant notamment des questions en lien avec l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, ainsi qu'avec l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés.

Le mandat d'expertise a été confié au Centre d'expertises médicales de la Policlinique K._____ (Policlinique K._____), à qui a été adressé le questionnaire « structure de l'expertise ». Etaient également joint un document portant le titre de « structure de l'évaluation consensuelle pour les expertises bi-disciplinaires et pluridisciplinaires », prévoyant que les experts renseignent sur l'obtention du consensus.

Les experts, à savoir les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale, C._____, spécialiste en rhumatologie, J._____, spécialiste en neurologie, et B.L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont adressé leur rapport le 22 janvier 2019 à l'OAI. Ils ont posé les diagnostics de cervicalgies chroniques non spécifiques avec troubles dégénératifs disco-vertébraux cervicaux modérés, sans évidence de compression radiculaire et médullaire (M54.2), de crises douloureuses cervico-dorso-lombaires avec irradiations brachiales et crurales bilatérales, accompagnées de troubles moteur, sans substrat somatique clairement objectivable (M54.9), de diabète de type 2 depuis 2004, insulinorequérant depuis 2014, avec une atteinte polyneuropathique sensitive modérée, sans composante dysesthésique/allodynique et motrice, sans rétinopathie, sans néphropathie (E10.4), de broncho-pneumopathie chronique obstructive, syndrome obstructif modéré à sévère, hypoxémie chronique, bronchectasies (J44.8) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques dans le cadre de douleurs du rachis sur trouble dégénératif (F68.0).

Les experts ont en outre relevé ce qui suit au point 4.3 intitulé « constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles » :

« L'atteinte est peu sévère d'un point de vue rhumatologique et les éléments objectifs ne correspondent pas à l'intensité des douleurs déplorées. Ceci ne met cependant pas en doute l'authenticité des plaintes. Considérant les troubles dits dégénératifs de la colonne cervicale on peut tout au plus admettre une limitation de la capacité de travail et une impossibilité d'exercer les activités physiquement lourdes, sollicitant de manière continue la colonne cervicale, le levage de charges. Le port de charges est limité à 15 kg.

En raison du diabète et de la polyneuropathie, les horaires de travail doivent être réguliers. Monsieur Z._____ doit pouvoir faire des glycémies en cas de malaise et doit pouvoir prendre du sucre en cas d'hypoglycémie. Il faut éviter les activités à risque de chute (échelles, échafaudages), éviter l'utilisation de machines dangereuses, éviter le travail de nuit. L'aptitude à la conduite professionnelle devrait être évaluée par une expertise ad hoc (par exemple [...]).

Sur le plan pulmonaire, les capacités pulmonaires sont limitées. Monsieur Z._____ ne peut pas monter des escaliers sans faire une pause. Il est rapidement essoufflé lors d'une marche prolongée.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de limitation à proprement parler. L'assuré conserve de bonnes ressources adaptatives. La difficulté réside actuellement dans le déconditionnement au travail et dans l'aptitude peu active de l'expertisé. »

S'agissant de la capacité de travail, les experts de la Polyclinique K._____ ont estimé qu'elle était de 0% dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur, mais de 100% dans une activité légère à modérée adaptée aux limitations.

Par avis du 11 mars 2019, le Dr P._____ du SMR a jugé que l'expertise pluridisciplinaire réalisée était convaincante et qu'il y avait lieu de se rallier à ses conclusions.

Par projet de décision du 24 juillet 2019, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à la rente et à des mesures d'ordre professionnel, dans la mesure où il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (activité surtout sédentaire : pas de marches prolongées, pas de travaux nécessitant la conduite ou l'utilisation de machines dangereuses, pas de travaux en hauteur, pas d'activités physiques lourdes sollicitant de manière continue la colonne cervicale, pas de levage de charges, pas de port de charges de plus de 15 kg). Après comparaison des revenus sans et avec invalidité, il en résultait un degré d'invalidité de 2.97%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Le 19 août 2019, la Dre G._____ a fait savoir à l'OAI que son patient s'opposait au projet, dans la mesure où il n'était capable de travailler ni debout, ni assis.

Le 9 septembre 2019, l'assuré a lui-même fait part de ses observations à la suite du projet de décision, en expliquant avoir depuis 2016 d'importants soucis de santé, et être victime de problèmes de concentration, ne pas pouvoir rester debout longtemps, lever les bras et soulever une charge de plus de 2 kg lui provoquant déjà des douleurs. Il ne voyait aucune amélioration depuis trois ans et était en dépression.

L'assuré a joint à son envoi un rapport du 29 août 2019 des Drs R. _____ et A.L. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant à l'Unité de psychiatrie ambulatoire du Département de psychiatrie du Centre hospitalier S. _____, ayant la teneur suivante :

«[...]»

L'assuré présente actuellement une péjoration thymique, avec une tristesse, un sentiment de désespoir, un sentiment de dévalorisation, une perte de plaisir, ainsi qu'une diminution de l'énergie. Il mentionne des difficultés de concentration et d'attention, possiblement en lien avec les crises douloureuses de même que la médication antalgique qui le sédate. Il ne présente pas d'idéation suicidaire scénarisée mais rapporte que les idées de mort lui traversent parfois l'esprit, devant l'absence de solutions. Il rapporte également se sentir démuni devant le constat qu'il a 55 ans, sans emploi actuellement, sans formation et pense qu'il ne retrouvera jamais de place de travail, bien qu'il le souhaite ardemment. Cela permettra également de retrouver son principal moyen de valorisation.

Les diagnostics retenus sont toujours un trouble dépressif récurrent épisode actuel léger, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le patient se voit prescrire une médication de Duloxetine 90mg 1/jour dans ce contexte et à laquelle il est compliant. Nous souhaitons mentionner la lettre du 16 novembre 2017, écrite par le Dr X. _____ (le thérapeute précédent), qui reflète encore aujourd'hui la même situation clinique actuelle.

Le patient nous relate des mesures de réadaptation entamées en début d'année 2017, sans succès, ce qui le laisse penser à un échec probable lors d'une reprise professionnelle future dans le marché du travail ordinaire. »

Par avis médical du 23 septembre 2019, le Dr P. _____ du SMR a estimé que les rapports de la Dre G. _____ du 20 août 2019 et des psychiatres traitants du 29 août 2019 ne permettaient pas d'établir une péjoration de l'état de santé ou une nouvelle atteinte durablement incapacitante, maintenant les conclusions de l'avis SMR du 11 mars 2019.

Le 11 octobre 2019, l'OAI a pris position sur la contestation de l'assuré, en l'informant que celle-ci n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, le projet de décision du 24 juillet 2019 reposant sur une instruction complète aux plans médical et économique, et devant être entièrement confirmé.

Par décision du 11 octobre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, confirmant son projet du 24 juillet 2019.

B. Par acte du 12 novembre 2019, Z._____, désormais représenté par Swiss Claims Network SA, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il expose que son problème de santé central est un trouble somatoforme douloureux chronique cervical, très probablement d'origine autant psychiatrique que somatique. Il soutient à cet égard que l'expertise psychiatrique réalisée par la Policlinique K._____ ne suit pas la jurisprudence relative à la nouvelle procédure d'administration des preuves, plaidant que les experts n'ont pas établi la capacité de travail à l'aune des indicateurs. Il en déduit que l'office intimé ne pouvait dès lors se baser sur le rapport de la Policlinique K._____ du 22 janvier 2019 pour refuser les prestations, ledit rapport étant « incomplet, inconsistant eu égard à la jurisprudence en matière de troubles somatoformes chroniques et, par conséquent, non concluant ». Dans la mesure où le rapport psychiatrique fait partie intégrante du rapport pluridisciplinaire, le recourant explique qu'il « invalide » ledit rapport *ipso facto*. Dès lors que le rapport de la Policlinique K._____ ne peut entrer en considération à ses yeux, le recourant se réfère aux avis de ses médecins traitants, singulièrement à ceux de la Dre G._____ des 4 et 5 novembre 2019, et de la Dre R._____ du 8 novembre 2019, qu'il produit en annexe à son recours. Comme ses médecins traitants sont d'avis qu'il présente une incapacité totale dans toute activité, il estime avoir droit à une rente entière. En dernier lieu, il se prévaut du rapport rédigé par O._____SA en 2017, lequel émettait un avis défavorable pour des mesures d'ordre professionnel compte tenu d'un état de santé physique et psychique ne permettant pas d'envisager un retour au travail. Avec son écriture, le recourant a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 22 février 2019 du Prof. N._____, médecin chef auprès de la Consultation de médecine physique et réhabilitation du DAL, selon lequel les symptômes du

patient étaient les mêmes que l'année d'avant, la douleur la plus gênante étant les cervicales, l'examen neurologique des membres étant rassurant ; les conséquences sociales étaient majeures, avec impossibilité de reprendre une quelconque activité en l'état, et un pronostic sombre compte tenu de l'ancienneté des douleurs ;

- les rapports médicaux des 4 et 5 novembre 2019 de la Dre G. _____, qui a pour l'essentiel repris les évaluations du Prof. N. _____ et de la Dre R. _____ ;
- le rapport du 8 novembre 2019 de la Dre R. _____, qui a en particulier relevé ce qui suit :

« La capacité de travail dans l'activité exercée avant l'atteinte à la santé, comme mentionnée dans notre rapport envoyée précédemment à l'AI, est de 0%.

Sur le plan psychiatrique, les diagnostics psychiatriques que nous retenons n'entraînent pas de limitations significatives quant à une capacité de travail théorique dans une activité adaptée. Nous ne pouvons pas nous déterminer précisément sur la capacité du travail réelle dans une activité adaptée, qui pourrait être réévaluée au mieux dans une mesure de réadaptation.

Quant à l'avis des experts qui reconnaît une capacité de travail complète dans une activité sédentaire, sans marches prolongées, pas de conduite, pas de port de charges de plus de 15 kg, il ne relève pas de notre compétence de nous prononcer sur ce dernier. La conclusion expertale que vous mentionnez est la synthèse d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, interne, neurologique, rhumatologique).

Quant à la capacité de Monsieur Z. _____ de travailler dans une activité simple et répétitive dans le domaine de l'industrie légère (montage, surveillance, contrôle du processus de production), cela n'est pas incompatible avec les diagnostics psychiatriques que nous retenons pour le patient. Les seules limitations d'ordre psychiatrique qui pourraient entrer en ligne de compte sont les difficultés de concentration et d'attention mentionnées par le patient, mais non-objectivées lors des entretiens. »

Dans sa réponse du 6 janvier 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par écriture du 15 janvier 2020, le recourant a confirmé ses conclusions tendant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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 a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

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 (art. 6 LPGA).

4. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

5. a) 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 (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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

c) Selon la jurisprudence, il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418), et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409), la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281).

aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

bb) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé 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. 3.6 et 4.1.1).

Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'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 déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit 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 sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social - étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

6. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur. Se pose toutefois la question de savoir s'il présente une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, et, dans l'affirmative, de quel taux.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a organisé une expertise pluridisciplinaire sur la personne du recourant auprès de la Polyclinique K._____. Dans ce cadre, l'intéressé a été examiné par les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale, B.L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, C._____, spécialiste en rhumatologie, et J._____, spécialiste en neurologie. Le recourant ne remet pas en cause l'entier du rapport d'expertise, mais fait pour l'essentiel grief au volet psychiatrique de ladite expertise de ne pas avoir été valablement rédigé à la lumière de la jurisprudence relative au troubles somatoformes douloureux et aux indicateurs.

Le recourant ne peut toutefois être suivi : il est en effet constant que l'OAI a soumis à la Polyclinique K._____ un questionnaire incluant les indicateurs posés par le Tribunal fédéral à l'ATF 141 V 281. Les experts n'ont pas occulté la prise en compte desdits indicateurs dans leur expertise, puisqu'ils ont en particulier pris position sur les facteurs de surcharge ainsi que les ressources de l'assuré, et ont procédé à un contrôle de la cohérence (cf. volet consensuel de l'expertise, p. 4, et réponse aux questions 4.5 et 4.6). Pour ce qui a trait plus particulièrement au volet psychiatrique de l'expertise, force est en premier lieu de relever que le Dr B.L._____ n'a retenu comme diagnostic que celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques dans le cadre de douleurs du rachis sur trouble dégénératif (F68.0). L'expert n'a ainsi pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme, ni celui de dépression. Cela étant, le Dr B.L._____ a quand même examiné, en conformité avec la jurisprudence fédérale, si le diagnostic qu'il avait posé

entraînait une incapacité de travail totale ou partielle. Dans ce contexte, il a observé que c'étaient les incohérences relevées, notamment sur la prise des médicaments psychotropes, l'attitude globalement démonstrative de plaintes constantes et de déception quant à la prise en charge médicale, la détresse suscitée par l'inactivité, ainsi que la crainte avouée que la reprise d'une activité aggrave les douleurs, qui l'avaient conduit à retenir le diagnostic de majoration de symptômes. Dans le premier groupe d'indicateurs, le Dr B.L. _____ a relevé que le traitement psychiatrique ne parvenait pas à tirer l'assuré de sa position de repli. Pour l'expert, la difficulté résidait dans le déconditionnement et l'attitude peu active de l'expertisé. Toutefois, l'expert a bien noté que jusqu'en 2016, les ressources de l'assuré lui avaient à chaque fois permis de rebondir professionnellement, tout en élevant une famille avec cinq enfants, tous intégrés professionnellement. C'étaient les douleurs et la perte de travail qui avaient infléchi cette trajectoire et amené à cette attitude de repli ainsi qu'à un déconditionnement. Dans le second groupe d'indicateurs, le Dr B.L. _____ a relevé comme éléments d'incohérence la mauvaise compliance médicamenteuse, et des plaintes exagérées. L'expert a ainsi estimé que théoriquement, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail paraissait entière, quelle que soit l'activité envisagée. Cette appréciation est claire ; elle rejoint du reste intégralement celle de la Dre R. _____ qui, dans son rapport du 8 novembre 2019, a en particulier relevé que bien qu'elle retienne des diagnostics psychiatriques, ceux-ci n'entraînaient pas de limitations significatives quant à une capacité de travail théorique dans une activité adaptée. La Dre R. _____ a ainsi en particulier relevé, quant à la capacité du recourant de travailler dans une activité simple et répétitive dans le domaine de l'industrie légère (montage, surveillance, contrôle du processus de production), qu'elle n'était pas incompatible avec les diagnostics psychiatriques retenus pour le patient. Les seules limitations d'ordre psychiatrique pouvant entrer en ligne de compte étaient les difficultés de concentration et d'attention mentionnées par le patient. Toutefois, celles-ci n'avaient pas été objectivées lors des entretiens.

Quant aux autres volets de l'expertise, ils ne sont pas remis en question. Au plan de la médecine interne, la Dre H. _____ a, comme les autres experts, résumé les éléments du dossier ; elle a en outre fait réaliser des examens sanguins. Elle a listé les plaintes de l'assuré, et procédé à un examen clinique détaillé de l'intéressé. Elle a en particulier relevé qu'il marchait sans boiterie, et qu'il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur. Toutefois, l'examen clinique avait été parasité par un état démonstratif, principalement lors des tests des amplitudes articulaires cervicales et lombaires et lors des tests d'équilibre. La Dre H. _____ a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible. Considérant les troubles dégénératifs de la colonne cervicale, elle a estimé que l'assuré ne pouvait pas exercer d'activités physiquement lourdes, sollicitant de manière continue la colonne cervicale, et le levage de charges, le port de charges autorisé étant limité à 15 kg. En outre, l'assuré présentait des limitations fonctionnelles en lien avec son diabète insulino-requérant. Il devait ainsi éviter le travail de nuit, ainsi que les activités à risque de chute ou d'accident, et avoir la possibilité de prendre régulièrement la glycémie, et ses repas à des heures régulières. Par ailleurs, il présentait des limitations en lien avec une insuffisance respiratoire et devait donc éviter de monter et descendre les escaliers à répétition, ainsi que les travaux lourds. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière, sans baisse de rendement, depuis 2016.

Au plan rhumatologique, le Dr C. _____ a également procédé à un examen clinique détaillé de l'assuré. Il a noté que l'atteinte était peu sévère du point de vue rhumatologique, si bien qu'il avait de la peine à expliquer sur la base d'éléments objectifs l'intensité des douleurs déplorées. Il a en outre mis en cause le traitement prescrit à l'assuré, estimant que celui-ci était à son avis davantage susceptible de lui nuire. Pour sa part, vu les troubles dégénératifs de la colonne cervicale, on pouvait tout au plus admettre une limitation de la capacité de travail dans l'exercice d'activités physiques particulièrement lourdes, sollicitant de manière continue la colonne cervicale, ainsi que le levage de charges.

S'agissant enfin du volet neurologique, le Dr J._____ a également constaté que l'assuré s'était montré peu collaborant, assez démonstratif et majorant. Il a en particulier relevé que si l'assuré présentait effectivement des troubles dégénératifs disco-vértébraux susceptibles d'être la cause de quelques cervicalgies, ses troubles dégénératifs ne rendaient en aucun cas compte de l'importance des douleurs et de leur répercussion sur la capacité de travail. Le Dr J._____ a ainsi mentionné que les seules limitations fonctionnelles à retenir étaient d'éviter une activité physiquement lourde et le port de charges de plus de 15 kg. Il a en outre relevé qu'il existait clairement une discordance entre les plaintes formulées par le patient et les constatations objectives. S'agissant des ressources de l'assuré, le Dr J._____ a noté que, certes, il n'avait pas de formation scolaire ni professionnelle, mais que ses ressources personnelles n'étaient pas aussi mauvaises qu'elles paraissaient au premier abord. Il a ainsi retenu une capacité entière dans une activité adaptée, sans baisse de rendement.

Après leurs différents examens, les experts ont procédé à une approche consensuelle, et sont parvenus dans ce cadre à la conclusion, sur la base de toutes leurs observations, que la capacité de travail du recourant était entière, depuis toujours, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (impossibilité d'exercer les activités physiquement lourdes, sollicitant de manière continue la colonne cervicale, pas de levage de charges ni de port de charges supérieur à 15 kg, travail de nuit à éviter, de même que les activités avec risque de chutes et ne permettant pas au recourant de prendre régulièrement la glycémie et les repas à heures régulières, éviter de monter et descendre les escaliers à répétition et éviter les travaux lourds). Dans ce contexte, ils ont en particulier relevé, s'agissant des cervicalgies chroniques, que le recourant avait été évalué à deux reprises par des neurochirurgiens qui n'avaient pas retenu d'indication opératoire. Celui-ci avait bénéficié de plusieurs types de traitements (médication antalgique, physiothérapie, TENS [électrostimulateur anti-douleur], infiltrations facettaires) qui n'avaient pas eu d'effet significatif sur le plan antalgique. L'expert rhumatologue a ainsi conclu, après l'étude des documents et des rapports

radiologiques, que les troubles statiques et dégénératifs, non spécifiques, mis en évidence par les documents en question ne permettaient pas d'établir un parallèle entre l'intensité douloureuse et la description radiologique. Selon l'expert neurologue, il n'avait pas de trouble neurologique associé aux troubles cervicaux. Celui-ci a mis en évidence de discrets troubles sensitifs en raison d'une polyneuropathie diabétique, sans qu'il y ait de trouble de l'équilibre. Sur le plan psychiatrique, les experts ont expliqué pour quelles raisons ils ne retenaient ni trouble dépressif récurrent, ni syndrome somatoforme douloureux. Ils ont en effet relevé qu'il n'y avait pas d'anxiété perceptible chez le recourant qui présentait un comportement démonstratif. Le contact était marqué par le ton plaintif de l'expertisé. Aucun trouble de l'attention ni de la vigilance n'avait été observé lors de l'entretien, ni fatigue, ni fatigabilité, ni trouble de la concentration, ni trouble du langage, ni trouble de l'orientation. Les experts ont relevé que le discours abondant était centré sur les plaintes de l'assuré et la volonté de travailler. Les manifestations thymiques accompagnant les plaintes paraissaient frappées d'une relative inauthenticité. Confronté aux incohérences (prise alléguée des médicaments et taux indétectable), l'expertisé était resté imperturbable et avait continué de prétendre prendre tous ses médicaments quotidiennement. Les experts ont également expliqué pour quelles raisons ils retenaient le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. En effet, les incohérences relevées, notamment sur la prise des médicaments psychotropes, l'attitude globalement démonstrative de plaintes constantes et de déception quant à la prise en charge médicale, la détresse suscitée par l'inactivité et la crainte avouée que la reprise d'une activité aggrave les douleurs étaient autant d'éléments conduisant à retenir le diagnostic précité. L'expert psychiatre a encore indiqué qu'il n'avait pas le sentiment d'une simulation consciente mais retenait l'impression que l'expertisé était dans une spirale de souffrance et d'attente le portant à l'exagération des plaintes et des atteintes. Les experts ont ainsi tenu compte des avis des autres spécialistes et ont pris soin d'expliquer pour quelles raisons ils s'écartaient des diagnostics posés par ceux-ci.

Force est en définitive d'admettre que l'expertise de la Polyclinique K._____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder une pleine valeur probante. Elle est en effet fondée sur les entretiens du recourant avec les différents spécialistes, lesquels ont tous pris connaissance de son dossier, et procédé à l'examen détaillé de l'intéressé. Les conclusions du rapport sont en outre claires et motivées.

Quant à la Dre G._____, elle n'apporte pas d'éléments nouveaux qui auraient été ignorés des experts dans ses rapports des 4 et 5 novembre 2019.

En dernier lieu, le recourant se prévaut du rapport rédigé en 2017 par O._____SA. Toutefois, un stage d'observation, au demeurant antérieur à l'expertise pluridisciplinaire, n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions claires de cette expertise, étant rappelé que les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales (TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 5.2 et les références citées) mais que les informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées).

En définitive, le recourant n'apporte aucun élément de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Polyclinique K._____. Dans ces conditions, c'est sans violer le droit que l'OAI s'est fondé sur ledit rapport pour rendre la décision attaquée, et qu'il a ainsi retenu que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Pour le surplus, le recourant ne conteste pas le calcul du taux d'invalidité opéré par l'intimé, qui, vérifié d'office, peut être confirmé.

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

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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 octobre 2019 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 du recourant, qui succombe.
- 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 :

- Swiss Claims Network SA (pour Z. _____),
- 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 :