

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juin 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Métral et Mme Brélaz, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant, représenté par Bernard Zahnd, à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], marié et père de trois enfants, a notamment travaillé comme aide de garage et, en dernier lieu, comme ouvrier dans le bâtiment. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 10 septembre 2007 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir, depuis cinq ans environ d'une malformation de la colonne vertébrale.

Dans un rapport à l'OAI du 2 octobre 2007, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, n'a retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a en revanche posé le diagnostic sans répercussion de la capacité de travail de cervicalgies parfois accompagnées de céphalées sur mauvaise habitude posturale et surutilisation de la colonne cervicale dues à une certaine raideur dorso-lombaire. Le Dr D._____ a indiqué que le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) reçu le 9 juin 2006 démontrait qu'il n'y avait aucun trouble dégénératif, ni aucune hernie discale ou discopathie dégénérative. N'ayant pas revu l'assuré depuis le 6 juin 2006, il a mentionné n'avoir aucune idée de son évolution et priait l'OAI de s'adresser à son médecin traitant pour de plus amples informations concernant une éventuelle incapacité de travail.

Dans un rapport du 6 novembre 2007 à l'OAI, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques non spécifiques avec céphalées tensionnelles et vertiges d'origine cervicale, ainsi que de probable état de stress post traumatique, depuis début 2004. Il a précisé que l'assuré avait été en arrêt de travail à 100% du 6 au 15 décembre 2004, que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et que la capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Ce praticien a en outre mentionné que le pronostic lui semblait assez sombre étant donné une sensation de

chronification et de grandes difficultés du patient à s'adapter, à accepter et à profiter des traitements donnés.

Dans son rapport du 7 novembre 2007, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, a retenu le diagnostic incapacitant de céphalées chroniques (DD [diagnostic différencié]: cervicales, tensionnelles, médicamenteuses) et de syndrome vertigineux intermittent et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'hypercholestérolémie et d'hypertension artérielle traitée. Il a précisé que des examens complémentaires et des tests thérapeutiques étaient nécessaires pour juger l'éventuelle réduction de la capacité de travail de l'assuré. Il a indiqué que l'activité habituelle, de même qu'une autre activité étaient exigibles, avec toutefois une diminution de rendement.

Dans un rapport établi par le Dr T._____ le 27 juin 2008, le Service médical régional de l'Al (ci-après : SMR) a retenu une pleine capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée depuis le 16 décembre 2004. Pour le surplus, le Dr T._____ a notamment exposé ce qui suit :

« L'assuré se plaint de cervicalgies chroniques sans répercussion sur la capacité de travail pour le Dr D._____ orthopédiste. Son appréciation de la capacité de travail n'est pas contredite par les rapports médicaux de la Dresse [...] rhumatologue. L'avis du Dr J._____, médecine générale FMH, ne saurait prévaloir sur l'avis des spécialistes qui ont fourni un rapport médical fouillé avec souci du détail.

Le Dr J._____ n'atteste aucune période d'incapacité de travail autre que du 06/12/2004 au 15/12/2004. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation.

Le Dr X._____ retient un syndrome vertigineux intermittent et des céphalées chroniques. Il n'est pas clair si nous sommes face à un trouble somatique ou fonctionnel, aucun médecin n'ayant jugé bon de pousser plus loin les investigations dans le cadre de la Lamal. Les céphalées non traitées ne sauraient être source d'empêchements durables. Par contre on doit admettre que l'assuré ne peut pas travailler en hauteur ou sur échelles.

Capacité de travail dans l'activité d'aide de garage : 100% depuis toujours
L'activité habituelle est adaptée ».

Par décision du 15 septembre 2008, confirmant un projet du 1^{er} juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, motif pris qu'il avait présenté une incapacité de travail totale durant moins d'une année et que sa capacité de travail dans son activité d'aide de garage était exigible à 100 %, sous réserve du travail en hauteur ou sur des échelles.

L'assuré n'a pas recouru contre cette décision, laquelle est entrée en force.

B. Par la suite, l'assuré a déposé plusieurs nouvelles demandes de prestations auprès de l'OAI, singulièrement les 11 mai 2009, 23 septembre 2010 et 23 juin 2015, lesquelles ont toutes été suivies par des décisions de refus d'entrer en matière, rendues les 28 septembre 2009, 11 juillet 2011 et 14 mars 2016 ; cette dernière décision a été confirmée par arrêt de la Cour de céans du 5 janvier 2017 (CASSO AI 99/16 - 5/2017).

Dans le cadre de cette dernière demande de prestations, l'assuré avait notamment produit un rapport du 10 mars 2015 du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui attestait un suivi de l'assuré entre le 19 janvier et le 10 mars 2015 pour une évaluation psychiatrique dans le cadre d'une symptomatologie douloureuse ; ce praticien n'avait pas pu mettre en évidence, hormis les doléances de l'intéressé, de symptomatologie qui pourrait évoquer une comorbidité psychiatrique et précisait que la prise occasionnelle d'anxiolytiques était envisageable mais pouvait éventuellement majorer les vertiges présentés par l'assuré.

C. Le 18 avril 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, sans donner d'indication sur l'atteinte à la santé, sauf celle de son début qu'il situait en décembre 2004 environ, joignant les documents suivants :

- une attestation du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, du 10 janvier 2017, qui indiquait avoir relevé à maintes reprises plusieurs pathologies chez un assuré présentant un état de santé

très préoccupant et qui préconisait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ;

- un rapport du Dr J._____ du 7 mars 2017, selon lequel tous les spécialistes consultés étant unanimes sur le fait qu'une composante psychologique était fortement à retenir dans les plaintes de l'assuré, lequel était dans le déni face à ses difficultés psychologiques ;

- un rapport du Dr P._____ du 9 mars 2017, posant les diagnostics de lombalgies sévères, F03.2 Démence, sans précision avec d'autres symptômes, essentiellement hallucinatoires, F 33.3, F60.1 Personnalité schizoïde, troubles statiques et vertiges et précisant qu'il constatait que l'état de santé de l'assuré s'aggravait de plus en plus ; était joint à ce document un rapport d'IRM lombaire du 22 décembre 2016 émanant du Centre d'imagerie [...] dont la conclusion est la suivante :

« Canal lombaire étroit secondairement rétréci par une sténose sévère du canal lombaire en L2-L3 par une hernie discale postéromédiane avec un fragment discal postéromédian paramédian et latéral gauche (extrao-foraminal) luxé vers le haut, pouvant ainsi produire un conflit avec les racines L3 gauche et droite.

Protrusions discales étagées postéromédianes légèrement sténosantes en L3-L4 et en L5-S1.

Hernie discale postéromédiane paramédiane gauche en L4-L5, modérément sténosante, qui en association avec une légère arthrose interfacettaire peut produire un conflit avec la racine L5 gauche »

- un rapport de consultation du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 6 mars 2017, faisant suite à deux entretiens avec l'assuré les 17 février et 3 mars 2017, posant les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.5) et d'épisode dépressif moyen à sévère, sans symptôme psychotique (F32.2) et exposant pour le surplus ce qui suit :

« **Conclusion**

Au moment de l'examen de ce rapport, L._____ présente un état de santé fortement altéré par l'intrication d'un trouble de l'humeur et d'un trouble somatoforme douloureux entraînant une limitation complète de sa capacité de travail et cela dans toute activité.

Compte tenu du jeune âge de l'intéressé et de motivation qui ne demande qu'à être encouragée, il conviendrait, à notre avis, qu'un accompagnement à la réinsertion soit mis en place et soutenu par l'Al. Pour ce projet, le cas échéant, il conviendrait également qu'un suivi psychiatrique soit à nouveau tenté en y associant, dans la mesure du possible, des approches psychocorporelles.

La présence, depuis plusieurs années maintenant, d'un syndrome douloureux non entièrement expliqué par les altérations somatiques aurait dû engager les intervenants à la discussion d'un diagnostic différentiel de syndrome somatoforme douloureux persistant. Ce diagnostic n'a été ni clairement formulé ni examiné jusque-là pour les raisons évoquées plus haut. Il conviendrait, à tout le monde, de réévaluer la situation à la lumière de cette évidence clinique ».

Dans un avis SMR du 11 juillet 2017, la Dre C._____ a, après avoir admis qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré paraissait plausible, préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire Med@p avec volet psychiatrique, rhumatologique et neurologique.

Cette expertise a été confiée au Centre d'expertises [...] de la Clinique W._____, où l'assuré a séjourné les 7 et 8 novembre 2017 et a été examiné par les Drs F._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et expert principal, Z._____, spécialiste en rhumatologie, K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et Q._____, spécialiste en neurologie. Dans leur rapport d'expertise du 5 décembre 2017, les précités ont posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques (M54.5) sur hernie discale L2-L3 postéro-médiane (M51.2) et protrusions discales étagées et ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), de trouble somatisation (F45.0), d'agoraphobie (F40.0), de phobie spécifique de type claustrophobie (F40.2) et anamnestiquement celui de trouble dépressif caractérisé récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Ils ont pour le surplus exposé ce qui suit :

« **APPRÉCIATION**

L._____ est un assuré origine d[...]. Il a suivi une scolarité primaire et secondaire sans problème avec une enfance décrite comme heureuse. Il commence une école de commerce mais est recruté dans l'armée où il reste environ 8 mois avant de désertier. Il vient en Suisse en 1991 et y reste trois mois avant de retourner

clandestinement auprès de sa famille où il reste jusqu'en 1994. Il revient alors en Suisse avec un statut de réfugié politique. En janvier 95, il retourne auprès de son père malade. Il est tout de suite arrêté puis relâché, devant être traduit devant un Tribunal militaire 2 jours plus tard. Il s'enfuit entre temps et se réfugie en Suisse. L'un de ses frères est arrêté par la Police et disparaît. Son père meurt environ une semaine après cette disparition.

En Suisse, l'assuré travaille comme serveur à [...] de 1995 à 1999, puis il vient à Lausanne où il travaille comme chasseur de nuit dans un palace.

A partir de 2004, il a des cervicalgies avec des céphalées et des vertiges qui l'incitent à arrêter ce travail de chasseur de nuit en 2005. Il travaille encore comme préparateur de voitures jusqu'en 2006 puis interrompt à nouveau cette activité en raison des mêmes symptômes de cervicalgies et de vertiges.

Il fait une première demande de prestations AI en 2007. Les différents spécialistes ayant examiné l'assuré parlent d'anomalies non spécifiques peu importantes ne permettant pas d'expliquer l'intensité des symptômes et la gêne fonctionnelle subjective. Tous mettent en avant une composante psychologique liée au drame familial décrit ci-dessus. Les médecins traitants soulignent également la grande difficulté de l'assuré à accepter une prise en charge psychologique. Sa demande AI est rejetée tout comme les trois suivantes malgré un recours jusqu'au Tribunal cantonal. Les médecins traitants et les spécialistes consultés font état d'une situation stationnaire avec des anomalies somatiques bénignes. L'assuré accepte de voir un psychiatre, le Dr R. _____ au début de l'année 2015. Celui-ci parle de symptomatologie douloureuse chronique sans comorbidité psychiatrique. Le Dr P. _____, nouveau généraliste traitant de l'assuré atteste d'une longue liste de diagnostics psychiatriques et somatiques et d'une incapacité de travail totale en 2015. Un nouveau psychiatre, le Docteur H. _____, consulté en mars 2017, retient un syndrome somatoforme douloureux persistant avec de nombreux critères de gravité et un épuisement des ressources de l'assuré entraînant une incapacité de travail complète.

C'est dans ce contexte qu'une expertise pluridisciplinaire nous est demandée.

L'examen du **dossier médical** constitué depuis 2007 fait état d'anomalies modérées pour ne pas dire bénignes du rachis cervical, ne permettant pas d'expliquer les cervicalgies résistant à tous les traitements. Tous les médecins traitants et les spécialistes s'accordent à évoquer l'importance des problèmes psychologiques chez un assuré qui se montre réticent à toute prise en charge dans ce domaine. Seul le Docteur P. _____ annonce des anomalies significatives du rachis lombaire. Il annonce cependant également une longue liste de diagnostics psychiatriques, notamment un état de stress post traumatique lié au drame familial décrit plus haut. Le dernier psychiatre consulté évoque lui un syndrome douloureux somatoforme persistant grave avec épuisement des ressources de l'assuré entraînant une incapacité de travail complète.

Les **plaintes de l'assuré** sont peu précises mais concernent en premier lieu des douleurs intéressant principalement les régions cervicale et lombaire. Les cervicalgies irradient par moment en casque et s'accompagnent de sensations vertigineuses pouvant entraîner des chutes. Ces douleurs sont de forte intensité mais nettement diminuées avec la prise de Ponstan. Il a des lombalgies qui tendent à s'étendre vers le haut dans la région dorsale jusqu'à la région scapulaire. Il y a des irradiations peu précises vers les cuisses et une sensation de fatigue des membres inférieurs. Il mentionne encore des douleurs peu précises et peu importantes en chaussette des deux côtés. A la demande concernant son moral, il fond en larmes, il dit qu'il est mauvais mais qu'il ne préfère pas en parler.

L'**examen de l'assuré** nous met en présence d'un homme âgé de 45 ans, paraissant plus âgé. Il paraît triste et déprimé et fond en larmes lorsqu'on essaie de lui faire préciser ses problèmes physiques et surtout son histoire familiale. Il se montre tout à fait collaborant et participe sans rechigner aux tests proposés mais s'autolimité visiblement lors du test de la force de préhension pour la main droite.

Le status général est marqué par une obésité à prédominance tronculaire avec un relâchement de la sangle abdominale. On note une hypertension artérielle diastolique. La dentition est mauvaise avec édentation partielle de la mâchoire supérieure droite suite à une chute survenue 5 mois auparavant.

Sur le plan rhumatologique, le docteur Z._____ souligne également les difficultés de l'anamnèse chez un assuré qui est cependant collaborant et qui ne présente pas de signe de non organicité pour les lombalgies. Il constate des troubles statiques rachidiens avec une hypercyphose dorsale, sans limitation significative de la mobilité du rachis.

Sur le plan neurologique, le Dr Q._____ relève à nouveau une anamnèse difficile et peu précise. Le status neurologique complet et détaillé est rigoureusement normal. Il ne retrouve aucun argument pour évoquer une cause neurologique aux symptômes annoncés par l'assuré.

Le dossier radiologique à disposition montre des troubles dégénératifs discrets au niveau cervical sans signe de compression radiculaire ni médullaire.

Au total, sur le plan somatique, il est possible de retenir les diagnostics de cervicalgies et lombalgies chroniques non spécifiques, sans critère de gravité. Les documents radiologiques montrent des signes de discopathie bénigne au niveau C4-C5 et C5-C6. Au niveau lombaire, il y a anamnesticquement des troubles un peu plus importants avec des discopathies étagées et une hernie discale L2-L3. Il n'y a cependant aucun argument clinique pour penser que cette hernie discale joue un rôle dans la symptomatologie annoncée par l'assuré. Les troubles statiques rachidiens peuvent contribuer à générer des tensions cervico-scapulaires et jouer un rôle dans la genèse des douleurs cervicales. Ces anomalies somatiques somme toute banales ne peuvent cependant expliquer l'importance de la gêne fonctionnelle alléguée

ni, à fortiori, une incapacité de travail complète depuis une dizaine d'années.

L'assuré est traité pour une hypertension artérielle et pour une hyperlipidémie, sans signe de complication ni répercussion sur la capacité de travail.

Dans ce contexte de discordance et de problèmes psychologiques évoqués tant par l'assuré que par ses médecins traitants, nous avons effectué une **expertise psychiatrique**. Au terme de celle-ci, le **Dr K.**_____ confirme que l'assuré souffre du deuil non accompli de son frère et de son père, décédés tragiquement en 1995. Ce deuil non accompli s'accompagne d'une symptomatologie anxio-dépressive de degré fluctuant. Cet état dépressif n'a cependant rempli que pour des périodes limitées les critères d'un épisode dépressif majeur. Depuis 2007, il y a eu des symptômes de la lignée anxieuse et phobique qui doivent être cependant caractérisés de degré léger. Pour le Dr K._____, il s'agit d'un état essentiellement stabilisé chez un assuré qui se croit incurable mais qui ne souffre en fait pas d'une maladie psychiatrique grave. Sans remettre en question la souffrance psychologique subjective importante, le Dr K._____ rejoint donc l'avis du Dr R._____ qui, en 2015, concluait à l'absence de comorbidité psychiatrique incapacitante. L'assuré souffre essentiellement de douleurs psychiques dans le cadre d'un deuil non accompli, ce qui ne remplit pas les critères pour un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les divergences avec les avis des psychiatres ayant examiné l'assuré et avec le médecin généraliste de l'assuré en ce qui concerne les diagnostics et leur répercussion sur la capacité de travail sont discutés dans ce rapport.

En conclusion, les experts s'accordent à estimer que cet assuré présente des anomalies somatiques susceptibles d'entraîner des limitations fonctionnelles, notamment concernant les efforts contraignants pour le rachis lombaire à savoir les ports de charges au-delà de quinze kilos occasionnellement ou de façon répétée au-dessus de dix kilos ainsi que les travaux en flexion et rotation répétée et prolongée du tronc. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'activité d'aide concierge dans un hôtel n'était pas contre-indiqué du point de vue somatique. En l'absence de comorbidité psychiatrique, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées semble avoir toujours été exigible, hormis pendant des périodes limitées où l'assuré a présenté des épisodes dépressifs importants.

Sur le plan thérapeutique, l'assuré pourrait bénéficier d'une prise en charge psychothérapeutique, qui lui a été proposée à plusieurs reprises mais qu'il a refusé et qu'il ne désire pas.

D'un point de vue médico-théorique, l'assuré pourrait bénéficier d'une aide au placement pour favoriser une reprise d'activité professionnelle. Le pronostic d'une telle reprise est cependant très assombri pour des raisons non médicales à proprement parler, notamment le fait que l'assuré s'estime incurable et totalement incapable de travailler ».

Dans un rapport à l'OAI du 23 juillet 2018, la Dre V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique et posé les diagnostics d'anxiété générale (F41.1), de phobies spécifiques (isolées : avion, ascenseur) (F40.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec des symptômes psychotiques (F33.3). Elle a estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité et énuméré, aux termes des limitations fonctionnelles, des symptômes anxio-dépressifs graves s'accompagnant de somatisations très handicapantes et pouvant décompenser d'une manière grave les troubles et créant des problèmes relationnels graves au sein d'une équipe de travail. La Dre V._____ a conclu qu'il s'agissait de troubles graves du registre psychotique qui avaient déjà entraîné un handicap sévère dans son fonctionnement quotidien, soulignant qu'une évolution mélancolique avec plus de déficit encore à l'avenir n'était pas exclue.

Par projet de décision du 28 mai 2019, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité.

Dans un rapport du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 27 juin 2019, posant les diagnostics sur le plan psychiatrique de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère avec symptômes psychotique, de troubles mixtes de la personnalité, personnalité émotionnellement labile type borderline, personnalité dépendante avec traits abandonnique et de phobies sociales avec troubles de panique. Il a pour le surplus exposé ce qui suit :

« L._____ a travaillé en tant qu'aide en conciergerie, depuis 2010 il est à l'arrêt de travail en raison de cervicalgies avec vertiges, il souffre de douleurs lombaires avec une limitation de la marche, ainsi que dans les mouvements, ce qui l'a rendu invalide et l'a empêché de poursuivre ses activités professionnelles. Cet évènement a entraîné chez L._____ un état dépressif sévère ainsi qu'un effondrement narcissique. Le patient présente un état dépressif important avec un ralentissement psychomoteur modéré, il a des sentiments de dévalorisation, il se sent nul et inutile, il perçoit son avenir comme un échec total, il manque d'intérêt et de plaisir, il n'a

goût à rien, il ne sort plus de chez lui et à tendance à s'isoler à son domicile. Son état dépressif et ses conséquences invalidantes perturbent toutes ses relations dans son entourage. L'état psychique du patient s'est petit à petit aggravé. Le patient se pose des questions existentielles et a complètement perdu son élan vital. En raison de la gravité actuelle des troubles, le patient se retrouve dans une totale incapacité de travail. Depuis 2010, il n'a pas pu travailler et aucune réinsertion professionnelle ne semble être possible ».

Par décision du 19 octobre 2019, l'OAI a confirmé son projet du 28 mai 2019 et rejeté la demande de rente et le droit à des mesures professionnelles.

D. Par acte du 19 novembre 2019, L._____, représenté par Bernard Zahnd, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit accordée et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. Sur le fond, il conteste en substance la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire de la Clinique W._____ du 5 décembre 2017, particulièrement sur le plan psychiatrique, au motif qu'elle ne respecterait pas les critères jurisprudentiels (catalogues des indicateurs). Il soutient dès lors qu'il conviendrait de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique respectant lesdits critères.

Dans sa réponse du 27 janvier 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse.

Répliquant le 17 février 2020, le recourant a confirmé ses conclusions. Il s'est notamment référé à un rapport médical du 13 juin 2019 du Dr S._____ mettant en évidence des troubles mixtes de la personnalité, personnalité émotionnellement labile type borderline, personnalité dépendante avec traits abandonniques, diagnostics repris par le Dr P._____; en outre, il souffrirait de phobie sociale (F41.0) se manifestant par des troubles de panique liés à un état de stress post-traumatique en raison de son vécu de la guerre au M._____, ce dont l'expertise Clinique W._____ n'aurait pas tenu compte.

Dans sa duplique du 10 mars 2020, l'intimé a maintenu ses conclusions.

Le 27 mars 2020, le recourant a adressé des déterminations à la Cour de céans, à l'appui desquelles il confirmait les conclusions prises à l'appui de son recours.

Le 11 juin 2020, le recourant a produit également un rapport du 2 juin 2020 de la Dre B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychiatre traitante, laquelle conclut à une incapacité totale de travail.

Le 7 août 2020, le recourant a spontanément déposé de nouvelles déterminations, à l'appui desquelles il maintient ses conclusions. Il produit également un rapport confirmant les diagnostics posés jusqu'alors.

Le 4 octobre 2020, le recourant confirme une nouvelle fois les conclusions prises à l'appui de son recours.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; 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 s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il doit permettre de déterminer si, eu égard à l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision des rentes et d'autres prestations durables, applicable par analogie aux nouvelles demandes de prestations, la situation médicale de l'assuré s'est notablement aggravée entre le moment où la décision initiale du 15 septembre 2008 et celui où la décision litigieuse du 19 octobre 2019 ont été rendues et si, le cas échéant, cette péjoration éventuelle justifierait dorénavant l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à

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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) 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.

d) Tout changement important des circonstances propre 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).

4. **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. 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. 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).

6. L'intimé est entré en matière sur la cinquième demande de prestations AI déposée par le recourant le 18 avril 2017, qu'il a instruite en requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins ayant suivi ce dernier et en soumettant le recourant à une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, neurologique, rhumatologique et de médecine interne auprès de la Clinique W._____. Il convient en l'occurrence d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force, du 15 septembre 2008, et la décision litigieuse, du 19 octobre 2019, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI.

a) Par décision du 15 septembre 2008, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et une rente d'invalidité, au motif que l'intéressé présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit dans toute activité n'impliquant pas un travail en hauteur ou sur des échelles. L'intimé s'était alors en particulier fondé sur le rapport des Drs D._____, [...] et X._____, ainsi que sur le rapport du Dr T._____ du SMR du 27 juin 2018. A l'époque, le Dr X._____ faisait état de céphalées chroniques et de syndrome vertigineux intermittent. Il n'y avait en revanche aucune mention d'atteinte au niveau psychiatrique, seules étant soulignées les grandes difficultés de l'assuré à s'adapter et à accepter la situation.

b) Entre le 11 mai 2009 et le 22 juin 2015, l'assuré a déposé trois nouvelles demandes de prestations sur lesquelles l'OAI n'est pas entré en matière, considérant que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière

essentielle. Le 18 avril 2017, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations, sur laquelle l'OAI est entrée en matière, compte tenu des atteintes au niveau psychiatrique rapportées par les Drs P._____, J._____ et H._____. Dans le cadre de l'examen de cette nouvelle demande, l'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire à la Clinique W._____, laquelle a été réalisée par les Drs F._____, Z._____, K._____ et Q._____. Ces derniers ont eu connaissance de toutes les pièces du dossier avant de procéder à l'examen du recourant, les 7 et 8 novembre 2017. Ils ont rédigé leur rapport commun le 5 décembre 2017, étant précisé que chacun des experts a rédigé un rapport détaillé dans leur domaine de compétence respectif. Les experts ont posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur hernie discale L2-L3 postéro-médiane et protrusions discales étagées. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont fait état de trouble anxieux et dépressif mixte, de somatisation, d'agoraphobie, de phobie spécifique de type claustrophobie et de trouble dépressif caractérisé récurrent en rémission. Ils ont conclu que l'assuré présentait des anomalies somatiques susceptibles d'entraîner des limitations fonctionnelles, notamment concernant les efforts contraignants pour le rachis lombaire, singulièrement le port de charges au-delà de quinze kilos ainsi que les travaux en flexion et rotation répétée et prolongée du tronc, mais qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était depuis toujours exigible, hormis pendant les périodes limitées où l'intéressé avait présenté des épisodes dépressifs importants, étant souligné qu'ils ne constataient alors plus de comorbidité sur le plan psychiatrique. Ils ont ainsi considéré que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

aa) Dans ses écritures, le recourant fait pour l'essentiel valoir que le rapport d'expertise de la Clinique W._____ sur lequel se fonde l'OAI pour nier son droit aux prestations n'est pas probant, en particulier s'agissant du volet psychiatrique, et qu'il y aurait dès lors lieu de compléter l'instruction par une nouvelle expertise psychiatrique respectant la grille d'évaluation préconisée par la jurisprudence. Il reproche également à l'office intimé de ne pas avoir tenu compte des

rapports médicaux rendus postérieurement à l'expertise précitée s'agissant de son état de santé psychiatrique. Il ne conteste en revanche pas l'appréciation médicale faite par l'OAI sur le plan somatique.

bb) Sur le plan psychiatrique, l'expertise de la Clinique W._____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, le Dr K._____ a procédé à l'examen du recourant, dont il a recueilli les plaintes ; il a également analysé le dossier médical de l'assuré, avant de procéder, en pleine connaissance de cause, à l'appréciation du cas. En outre, le Dr K._____ a exposé en détail les raisons pour lesquelles les éléments du dossier, l'anamnèse et l'examen permettaient de poser les diagnostics, de trouble anxieux et dépressif mixte, de trouble somatisation, d'agoraphie et de phobie spécifique de type claustrophobique, et pourquoi ils étaient sans effet sur la capacité de travail. Il a ainsi en particulier relevé que le recourant souffrait d'un deuil non accompli de son frère et de son père accompagné d'une symptomatologie anxio-dépressive de degré fluctuant n'ayant cependant pas eu d'impact sur la capacité de travail de l'intéressé, ni sur sa capacité de fonder une famille et de vivre une vie familiale stable avec une trajectoire linéaire. Il a relevé que si la dépression avait possiblement atteint, pendant quelques temps, le degré d'un épisode dépressif majeur caractérisé, la plupart du temps, les critères diagnostics précis et strictement délimités selon la CIM-10 n'étaient pas réunis, raison pour laquelle il retenait le diagnostic de trouble anxieux mixte. S'agissant du trouble phobique, l'expert a relevé que les symptômes, qui sont subjectivement pour le recourant la cause de son incapacité de travail, étaient en réalité plutôt légers. Comme le relève la Dre C._____, du SMR, l'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique est demeuré à peu près le même depuis 2007 avec seulement quelques fluctuations de l'humeur sur le versant dépressif limitées dans le temps et sans péjoration significative et durable de l'aspect dépressif pendant les dernières années.

En outre, le Dr K._____ a expliqué de manière circonstanciée pourquoi il n'existait aucun argument en faveur d'un syndrome somatoforme douloureux, contrairement à l'avis du Dr H._____ (cf.

rapport du 6 mars 2017), mettant en évidence que ce ne sont pas les douleurs comme telles qui sont dans le centre de son attention, mais la douleur psychique vécue dans le cadre de son deuil depuis 22 ans. Il a détaillé les raisons qui le poussaient à ne pas retenir les diagnostics d'épisode dépressif majeur ou de trouble récurrent, avec symptômes psychotiques posés par le Dr P._____.

De plus, contrairement à ce que soutient le recourant, l'expertise psychiatrique conduite par le Dr K._____ respecte le catalogue des indicateurs mis en évidence par la jurisprudence. On relèvera à cet égard que le fait que des experts ne suivent pas exactement la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 ne suffit pas pour dénier toute valeur probante à leur rapport. En pareil hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

En l'espèce, l'expertise menée par la Clinique W._____ en 2017 permet une appréciation de l'état de santé du recourant à la lumière des indicateurs déterminants auxquels elle s'est référée. Les experts se sont ainsi prononcés sur la cohérence, sans émettre de doute sur la vraie souffrance psychique de l'assuré, mais en précisant que ce dernier ne souffrait cependant pas d'un retrait social grave issue directement d'une maladie du domaine psychiatrique (p. 12 du volet psychiatrique de l'expertise). En outre, les indicateurs requis par la jurisprudence précitée

ont bel et bien été analysés, s'agissant du complexe « atteinte à la santé », « personnalité » et « contexte social ».

Il convient ainsi de se rallier aux conclusions de l'expertise de la Clinique W._____, lesquelles apparaissent convaincantes, motivées et exemptes de contradiction et de retenir que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante sur le plan psychiatrique.

cc) Pour le surplus, les rapports médicaux établis postérieurement à l'expertise de la Clinique W._____ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de celle-ci. En particulier, le rapport de la Dre V._____ du 23 juillet 2018, faisant suite à une brève période de suivi en consultation, ne permet pas de s'écarter des conclusions de l'expert psychiatre sinon à admettre une divergence d'appréciation entre spécialistes d'une même situation clinique et surtout de leur estimation respective de la capacité de travail exigible. Le rapport de la Clinique W._____ est en outre davantage probant, dans la mesure où il est mieux motivé et plus détaillé. Quant aux différents rapports émanant du Dr P._____, ils ne sont, d'une part, pas étayés et ne comportent, d'autre part, pas d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte et évalués dans le cadre de l'expertise de la Clinique W._____, en particulier les dimensions relatives à la personnalité et aux facteurs de stress vécu au M._____, étant au demeurant souligné que le médecin traitant n'est pas spécialiste en psychiatrie et qu'aucun des psychiatres ayant vu l'assuré n'a retenu le diagnostic de personnalité schizoïde selon la CIM-10. S'agissant du rapport du Dr S._____ du 27 juin 2019, le status qu'il décrit est en tout point conforme avec celui de l'assuré lors de son évaluation par les experts en 2017. En outre, l'appréciation de la dernière psychiatre traitante ne fournit aucune motivation, ni aucun élément médical objectif nouveau autorisant à modifier les conclusions de l'expertise, la Dre B._____ évoquant essentiellement un sentiment de culpabilité et un besoin de reconnaissance par son patient par les institutions helvétiques, mais n'apportant pas d'éléments objectifs sur lesquels le diagnostic d'un trouble mental ou psychique nouveau ou en aggravation notable pourrait se reposer.

dd) Sur le vu de tout ce qui précède, force est donc de constater que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié de manière significative depuis la décision du 15 septembre 2008. En effet, malgré l'apparition d'une souffrance psychique de la part du recourant, dont le ressenti personnel ne peut être nié, celui-ci conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

7. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. A cet égard, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire bidisciplinaire. Il y sera dès lors renoncé par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) 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).

c) 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 19 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 d'L._____.

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 :

- Bernard Zahnd (pour L._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :