

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 juin 2022

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mmes Feusi et Gabellon, assesseuses  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** Y.\_\_\_\_\_, né en 197[...], marié et père de deux enfants, nés en 20[...] et 20[...], originaire du [...], arrivé en Suisse en 199[...], sans formation professionnelle, travaillait en qualité d'aide aux travaux vitivinicoles (cave et vigne) auprès de l'entreprise X.\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> décembre 1997 après avoir œuvré pour d'autres viticulteurs (extrait du compte individuel AVS [C.I.] du 30 septembre 1999), lorsqu'il a présenté des douleurs au niveau du dos à la suite d'un port de charge important sur son lieu de travail, engendrant un arrêt de travail dès le 22 janvier 1999. Il a été licencié avec effet au 31 août 1999.

L'assuré a déposé le 10 septembre 1999 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en raison d'une maladie du dos.

L'OAI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'assuré (rapport du 2 octobre 1999 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale ; lettre de sortie du B.\_\_\_\_\_ du 22 février 1999 du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin associé au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur ; rapports des 27 août 1999 et 21 janvier 2000 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin associé au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, unité du rachis du B.\_\_\_\_\_). Le Dr C.\_\_\_\_\_ posait les diagnostics de syndrome lombo-vertébral hyperalgique et d'état anxieux sévère, indiquant un séjour du 10 au 19 février 1999 pour une prise en charge physiothérapeutique et ergothérapeutique intensive. Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il faisait état d'un syndrome d'amplification de la douleur dans un vraisemblable contexte d'état dépressivo-anxieux important et recommandait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Sur la base des renseignements recueillis, l'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 14 juillet 2000, le Dr F.\_\_\_\_\_ a

posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur d'intensité moyenne, épisode unique, de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique sévère, de traits dépendants et passif-agressif, de lombalgies aspécifiques et de difficultés conjugales, attestant ainsi une incapacité de travail de 70 %. Dans un complément d'expertise du 19 septembre 2000, il a estimé qu'à lui seul, l'épisode dépressif, d'intensité légère à moyenne, ne devrait pas diminuer la capacité de travail de l'intéressé de plus de 40 % au maximum. L'élément majeur consistait en des facteurs psychologiques (stress affectif, soit l'équivalent d'un trouble de conversion, soit une situation de stress qu'il n'arrivait pas à surmonter). L'expert a ajouté que le problème conjugal semblait être l'élément majeur à l'origine des troubles présentés par l'assuré. Il a enfin estimé que la capacité de travail de l'assuré ne pouvait être augmentée au prix d'un effort raisonnablement exigible de sa part. En effet, l'intéressé présentait tout de même un état dépressif d'intensité moyenne qui diminuait ses capacités motivationnelles, le fonctionnement conjugal semblant par ailleurs précipiter une attitude régressive et passive. La mise en route de mesures thérapeutiques (thérapie de couple ; traitement antidépresseur) était le préalable indispensable à une remise au travail.

L'assuré a repris une activité professionnelle pour G. \_\_\_\_\_ Dans le questionnaire pour l'employeur rempli le 8 juin 2001, il est indiqué que l'assuré avait débuté son activité le 11 septembre 2000 et que le dernier jour de travail effectif était le 28 novembre 2000, l'assuré n'ayant plus repris son activité depuis lors pour raisons de santé. L'employeur a également transmis à l'OAI un courrier du 22 mai 2001 adressé à l'assuré par lequel il résiliait avec effet immédiat les rapports de travail, l'intéressé ayant omis de lui indiquer qu'il souffrait déjà d'une hernie discale et qu'il touchait des indemnités maladie.

A la suite de cette reprise, l'OAI a recueilli de nouveaux renseignements médicaux auprès du Dr A. \_\_\_\_\_ (rapport du 2 avril 2001) et sollicité l'avis des médecins du Service médical régional de

l'AI (ci-après : le SMR ; cf. avis des 31 mai 2001, 9 juillet 2001 et 21 août 2008).

Dans ce contexte, l'OAI a confié au SMR un examen clinique bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie) de l'assuré. Les Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé aux examens utiles le 11 février 2002. Dans leur rapport du 13 février 2002, les Drs H.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2) chez une personnalité dépendante à traits hystériques et à l'intelligence limite, de trouble somatoforme douloureux et de discrets troubles lombaires dégénératifs étagés. Ils ont attesté d'une incapacité de travail globale de 70 % pour une durée indéterminée.

Par décision du 31 mai 2002, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 70 % avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2000.

**b)** Dans le cadre de la procédure de révision d'office engagée au printemps 2005, l'OAI a recueilli des renseignements auprès du Dr A.\_\_\_\_\_ (rapport du 14 avril 2005).

L'OAI a ensuite confié au SMR un nouvel examen clinique bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie) de l'assuré. Le Dr H.\_\_\_\_\_ et la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé aux examens utiles le 27 mars 2006. Dans leur rapport du 10 avril 2006, le Dr H.\_\_\_\_\_ et la Dre J.\_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies à prédominance gauche chroniques persistantes (M51.1) sous forme de discopathie L4-L5 avec protrusion discale médiane-para-médiane gauche. Ils ont en outre considéré que les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et de status post épisode dépressif d'intensité sévère, actuellement en rémission complète (F32.9), n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de l'intéressé. Ils ont dès lors retenu que la

capacité de travail exigible était totale sur le plan psychiatrique. Sur le plan somatique, la capacité de travail était de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc) et ce dès le mois de mars 2006.

L'instruction a été complétée par un stage en internat au K.\_\_\_\_\_ pour une durée de quatre semaines dès le 9 janvier 2007. Le 24 janvier 2007, l'assuré a toutefois quitté prématurément le K.\_\_\_\_\_ pour raison médicale. Il a en effet été hospitalisé à l'U.\_\_\_\_\_ durant une semaine en raison d'un épuisement et d'un blocage lombaire, suivie d'une semaine de convalescence. Dans un rapport de synthèse du 21 février 2007, le K.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré souffrait probablement de troubles psychologiques associés à un manque de ressources intellectuelles et sociales, ainsi qu'à une attitude en marge du contexte réel. Sa souffrance physique était certainement réelle, mais elle était en forte discordance avec le comportement montré. La mesure n'avait cependant pas permis de lui faire surmonter sa détresse. Dans un rapport du 30 janvier 2007, la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin-conseil au K.\_\_\_\_\_, a conclu que, sur le plan rhumatologique, aucune limitation ne pouvait être retenue autre que l'impossibilité pour ce patient de faire des travaux nécessitant de porter des charges lourdes et modérément lourdes, des mouvements répétés de flexion antérieure et de rotation du tronc ainsi que des positions statiques prolongées. La problématique psychiatrique était du ressort des psychiatres, mais selon l'avis de la Dre M.\_\_\_\_\_, elle n'était pas source d'une incapacité de travail complète.

Par décision du 2 juin 2009, assortie d'une motivation séparée du même jour, l'OAI a supprimé le droit à la rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. L'OAI a ainsi retenu que la capacité de travail de l'intéressé dans l'activité habituelle était nulle, alors qu'elle était de 80 % dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu annuel de 4'588 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41,6 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2006 (+ 2,42 %), d'une activité de substitution de 80 % et d'un abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 42'229 fr. 45, supérieur au gain de valide de 37'800 fr. (indexé à 2006), ce qui conduisait à la suppression de la rente.

Par arrêt du 22 février 2011 (AI 319/09 - 100/2011) la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours interjeté par Y. \_\_\_\_\_ à l'encontre de la décision précitée.

**c)** Par rapport du 12 juin 2015, le Dr A. \_\_\_\_\_ s'est directement adressé à l'OAI et l'a informé que l'état de santé de son patient s'était nettement aggravé.

Le Dr A. \_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2015, que l'assuré présentait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale et de lombosciatique droite chronique sur hernie discale. Le travail physique n'était plus exigible en raison de gonalgies importantes et constantes et d'une raideur lombaire.

Le 5 juillet 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI.

Dans un rapport du 20 juillet 2015, la Dre N. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a fait état d'infiltrations pratiquées de 2005 à 2013 dans le cadre d'un diagnostic de lombalgie.

Sollicité pour avis, le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé dans un avis du 20 janvier 2016 que le dossier ne contenait aucun nouvel

élément médicalement étayé de nature à justifier à nouveau une entrée en matière.

Dans une décision du 15 mars 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 5 juillet 2015, étant donné l'absence de modification notable de la situation professionnelle ou médicale de l'assuré.

**B.** Y.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI le 28 novembre 2016 en raison de fortes douleurs au dos et à la tête ainsi que d'une dépression.

Dans un rapport du 29 novembre 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_ et la Dre Q.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie à la R.\_\_\_\_\_, ont attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Ils ont retenu les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F 33.2) et de syndrome douloureux persistant (F 45.4). Sur le plan clinique, ils observaient une baisse de moral, des idées noires et suicidaires, actuellement scénarisées, ainsi qu'une tendance à l'isolement et à la dépréciation.

L'OAI a recueilli des renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'assuré.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ et la Dre Q.\_\_\_\_\_ ont complété le formulaire médical de l'AI le 25 janvier 2017. Ils ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux persistant (F45.4) et de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2). Ils ont décrit une symptomatologie somatoforme « handicapante et massive » dont ils percevaient une origine psychogène et constataient une « évolution torpide et invalidante » ne répondant que peu aux traitements antalgiques et antidépresseurs. Le Dr P.\_\_\_\_\_ et la Dre Q.\_\_\_\_\_ ont fait état de douleurs extrêmement invalidantes qui empêchaient les déplacements, les ports de charges et le maintien des positions debout ou même assise, ceci de façon quotidienne

et chronique. Pour les spécialistes de la R.\_\_\_\_\_, ni l'activité habituelle ni même une activité adaptée n'étaient exigibles.

Le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a complété le formulaire médical de l'AI le 1<sup>er</sup> février 2017. Il a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'état anxiodépressif chronique depuis 1999 ainsi que de dyslipidémie et de dorso-lombalgies chroniques depuis 1999. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a relaté l'évolution défavorable d'un syndrome lombovertébral hyperalgique associé à un état anxiodépressif chronique. Les douleurs étaient fixées et chroniques ; elles ne répondaient ni à l'antalgie ni aux injections. Il a joint au formulaire les documents suivants :

- Le rapport du 11 février 2014 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie. Sur la base d'une IRM lombaire du 11 novembre 2013, le Dr T.\_\_\_\_\_ a retenu une discopathie L4-L5 importante avec rupture de l'anneau fibreux et débord discal médian gauche. Il a estimé que les lombalgies chroniques pouvaient « probablement » être mises sur le compte de la discopathie. Faute de réponse à un traitement conservateur et aux infiltrations, il était d'avis qu'il convenait de mettre en place un dispositif interépineux.
- Le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 20 avril 2016 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie ;
- Le protocole opératoire d'une injection d'antalgie le 10 juin 2005 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive.
- Le rapport du 9 décembre 1999 du Prof. Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie. Examinant le dossier radiologique, ce spécialiste a retenu une hypertrophie de l'apophyse transverse L5 droite sans autre pathologie évidente (radiographie de la colonne lombaire du mois de mars 1999), une discopathie

modérée L4-L5 et très discrète L5-S1 ainsi qu'un canal très légèrement étroit en L4-L5, mais sans atteindre une signification clinique et sans évidence de compression radiculaire ou du sac dural entre L1 et S1 (IRM du mois de mars 1999). Il a qualifié la symptomatologie lombaire de « très bruyante » et de « certainement en partie exagérée ».

Sollicité pour avis, le Dr O.\_\_\_\_\_ a recommandé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie) dans un avis SMR du 22 mai 2017.

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire confiée à Centre Ex.\_\_\_\_\_ (communication du 29 juin 2018).

La Dre EX.RHU.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, le Dr EX.PSY.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr EX.MED.\_\_\_\_\_, médecin praticien, ont procédé aux examens utiles les 14 et 17 août 2018. Ils ont déposé leur rapport le 2 octobre 2018, celui-ci comprenant une évaluation consensuelle ainsi que des volets de rhumatologie, de psychiatrie et de médecine interne.

Les experts ont fait part de leur appréciation consensuelle du cas en ces termes (Evaluation consensuelle, pp. 3-7) :

#### « 4.1 **Evaluation médicale interdisciplinaire**

Les plaintes actuelles de Y.\_\_\_\_\_ concernent essentiellement des lombalgies, permanentes, tant diurnes que nocturnes, sans irradiation algique dans les membres inférieurs, des cervicalgies survenant par épisodes, sans irradiation algique, et des gonalgies gauches. Les plaintes sont de type mécanique. Il n'y a pas d'élément en faveur d'une affection inflammatoire rhumatismale/immunologique.

Le status rachidien actuel relève que Monsieur Lemos présente un aspect musclé, qu'il n'y a pas de contracture musculaire paravertébrale, qu'il existe un trouble statique modéré, et que le status neurologique n'objective pas de déficit sensitivo-moteur, hormis l'existence d'un canal carpien gauche débutant. En outre, la présence des signes

de non-organicité évoque une composante psychogène à la symptomatologie algique.

Le status cervical et du genou gauche ne sont pas inquiétants, possiblement en relation avec des troubles dégénératifs, mais ni les cervicalgies ni les gonalgies n'ont un effet incapacitant.

Spontanément l'expertisé mentionne « je ne suis pas bien, je suis comme mort, je ne fais plus rien d'utile dans cette vie, cela perturbe mes enfants et mon épouse, je ne sors plus, je ne vois plus personne ». L'expertisé mentionne encore, en portant la main à son dos, des douleurs lombaires bilatérales intenses, constantes dont il ne peut préciser le caractère.

L'anamnèse retient la présence dans les suites de l'accident du 20.01.1999 une symptomatologie anxieuse (intensité moyenne) et dépressive (intensité moyenne à forte) réactionnelle ayant évolué de façon constante. Pendant de nombreuses années, il n'y a eu aucun suivi psychiatrique psychothérapeutique. Il y a eu un traitement spécialisé très limité dans le temps (suivi psychiatrique psychothérapeutique, Dre. Q. \_\_\_\_\_, Dr. P. \_\_\_\_\_, centre de psychiatrie intégrée de Montreux du 11.10.2016 au 16.01.2017 à raison d'environ une consultation tous les 15 jours. Ces confrères ont confié au terme de ces rendez-vous le suivi au médecin traitant avec une prescription de Rémeron.

Il n'y a pas eu d'admission en centre de crise ou en hôpital psychiatrique.

Il n'y a pas de notion d'abus médicamenteux. Il n'y a pas de notion de tentative de suicide. L'expertisé mentionne des idées suicidaires permanentes, sans passage à l'acte, « je pense à mes enfants, je renonce ».

Il n'y a pas eu de Drug monitoring.

L'examen psychiatrique retient que l'évaluation a été continue. L'expertisé se déplace lentement de la salle d'attente à la salle d'examen, il semble relativement confortable sur sa chaise. Il se tient le bas du dos avec la main droite, lorsqu'il évoque ses douleurs lombaires. Il n'y a pas d'autre comportement douloureux observé. Il paraît son âge. Il ne pleure pas. Les traits de son visage sont un peu tendus, il ne sourit pas, il ne plaisante pas, il ne fait pas de l'humour. Le débit de la parole ne montre ni logorrhée ni ralentissement. Il échange avec l'interlocuteur, il est collaborant. L'humeur est anxieuse (intensité moyenne). L'expertisé est actuellement euthymique. Il n'y a pas de trouble cognitif.

Le taux plasmatique du 17.08.2018, de Rémeron est de 86 nmol/l, ce taux est dans la fourchette thérapeutique (113-300), il objective une bonne observance de cette médication.

En conclusion, sur le plan psychique, le tableau clinique que présente cet expertisé est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). L'évolution de la symptomatologie, qui a un caractère chronique, est trop longue pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation.

La symptomatologie anxieuse est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologies. La symptomatologie dépressive est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologies. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) doit également être retenu.

L'expertisé se décrit comme anxieux, triste et douloureux. Il y a un sentiment de détresse, non expliqué par les processus physiologiques ou par un trouble psychique. L'expertisé a une bonne perception de soi et des autres.

L'expert de médecine interne retient qu'aucun diagnostic incapacitant n'est mis en évidence.

Sur le plan rhumatologique, les plaintes lombaires et les limitations fonctionnelles rapportées sont compatibles avec les constatations radiologiques, mais ni le status ni l'imagerie radiologique ne permettent d'expliquer l'intensité de la persistance de la symptomatologie algique, ni d'expliquer les importantes limitations fonctionnelles qui en découlent, telles que rapportées par monsieur Lemos. Les troubles radiologiques lombaires constatés contre-indiquent l'exercice d'une activité professionnelle physiquement lourde, mais permettent une activité sédentaire adaptée.

En outre, la présence des signes de non-organicité de Waddel à 5/5 et de Kummel à 2/2 laisse supposer une participation psychogène à la symptomatologie algique. Compte tenu de ce qui précède, il est retenu que la symptomatologie dont se plaint, l'expertisé à un caractère subjectif, particulièrement la symptomatologie douloureuse.

On retiendra que ce trouble n'est pas associé à un trouble psychiatrique sévère. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. L'expertisé n'a pas été victime de carences affectives, de maltraitance physique, psychique ou sexuelle. L'ensemble de ces éléments va dans le sens de la présence de ressources personnelles.

Sur le plan psychique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles, il n'y a pas de diminution de rendement.

#### **4.2 Diagnostiques pertinents avant ou non une incidence sur la capacité de travail**

- Canal carpien gauche débutant.
- Lombalgies chroniques sur trouble statique et troubles dégénératifs, canal lombaire étroit modéré en L4-L5, discopathie L4-L5 avec protrusion discale médiane para-médiane gauche.
- Cervicalgies chroniques.
- Gonalgies gauches sur gonarthrose
- Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2).
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

#### **4.3 Constatations/diagnostics d'éléments avant une incidence sur les capacités fonctionnelles**

Pas de positions statiques prolongées ou de mouvements itératifs contraignants pour le rachis lombaire en flexion/extension/ rotation/inclinaison du tronc, pas de travail en position agenouillée, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de port de charge itératif > 5-10 kg, pas de travail avec des appareils émettant des ondes de basse fréquence, changements de position possibles. Pas de montée ou de descente itérative des escaliers respectivement des pentes, pas de longs trajets fréquents sur terrain inégal.

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychique.

#### **4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence**

L'expertisé est très focalisé sur ses douleurs, d'où sa conclusion qu'il n'est plus apte à rien faire. Il nous a laissé l'impression de quelqu'un de très « chronicisé », qui s'est mis dans un rôle d'invalidé.

Il y a des traits de personnalité dépendante et passive-agressive en nombre insuffisant pour retenir un diagnostic spécifique à ce niveau. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité.

#### **4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge**

L'expertisé est capable de communiquer. Il est capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine flexibilité psychique, de s'organiser, il est rationnel et autonome. Il est peu endurant, il a des capacités relationnelles et de communication.

#### **4.6 Contrôle de cohérence**

Sur le plan somatique, les plaintes et les limitations fonctionnelles qui en découlent, telles que rapportées par l'expertisé sont cohérentes. En revanche, l'intensité de la durée de ces plaintes n'est pas objectivable ni par l'examen clinique ni par l'imagerie radiologique.

Sur le plan psychique, il y a des divergences entre les symptômes décrits et les examens cliniques pratiqués dans le cadre de cette expertise.

#### **4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

Sur le plan somatique, incapacité de travail complète.

Sur le plan psychique, capacité de travail 100 %

#### **4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée**

Sur le plan somatique, 80 %.

Sur le plan psychique, 100 %.

#### **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**

Sur le plan somatique, les troubles rachidiens que présente l'assuré sont incompatibles avec l'exercice d'une activité physique lourde. En revanche, en respectant les limitations fonctionnelles citées ci-dessus, une activité adaptée est réalisable par l'expertisé à 80 %, retenant 20 % d'incapacité de travail en raison des douleurs lombaires chroniques, sur la base de troubles dégénératifs marqués, qui entraînent une fatigue augmentée.

Les cervicalgies et gonalgies encore rapportées, n'ont à l'heure actuelle pas d'effet incapacitant.

**4.10 Mesures médicales et thérapies avant une incidence sur la capacité de travail**

Aucune, sinon un réentraînement à l'effort. »

Sur le plan rhumatologique, la Dre EX.RHU.\_\_\_\_\_ a rapporté ses observations et apprécié le cas comme il suit (Rapport de rhumatologie, pp. 20-23) :

**« 7.1 Résumé de l'évolution personnelle, professionnelle, sociale et médicale actuelle**

(...)

Le status rachidien actuel n'est pas très contributif, eu vu un manque de collaboration et la démonstrativité de l'assuré. On relève cependant que, Y.\_\_\_\_\_ présente un aspect musclé, il n'y a pas de contracture musculaire paravertébrale, il existe un trouble statique modéré, le status neurologique n'objective pas de déficit sensitivo-moteur. En outre, la présence des signes de non-organicité évoque une composante psychogène à la symptomatologie algique. Globalement, ce status est superposable au status relevé lors de l'expertise rhumatologique en 2006 par le Dr. H.\_\_\_\_\_.

Les radiographies lombaires objectivent cependant des troubles dégénératifs marqués, qui peuvent expliquer les plaintes de l'assuré. Ces troubles dégénératifs sont restés globalement stables (cf. les diverses IRM lombaires réalisées).

Dans l'ensemble, ni le status ni les investigations radiologiques ne permettent d'expliquer l'intensité de la persistance de la symptomatologie algique, ni d'expliquer les importantes limitations fonctionnelles qui en découlent, telles que rapportées par Y.\_\_\_\_\_.

De longue date, au vu les troubles radiologiques, on a pu admettre que son ancienne profession d'ouvrier viticole n'était plus exigible.

A l'instar du Dr. H.\_\_\_\_\_, qui avait vu l'expertisé en 2006, au vu que, ni amélioration ni péjoration ne peuvent être

objectivées actuellement, nous retenons une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, retenant quelques limitations supplémentaires en relation avec ses gonalgies sur gonarthrose diagnostiquée par son médecin-traitant (nous n'avons pas eu les radiographies à disposition). En effet, les troubles dégénératifs marqués, comme déjà cités ci-dessus peuvent expliquer les plaintes de l'assuré, justifient une diminution de la capacité de travail de 20%.

## **7.2 Évaluation de l'évolution s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation. etc., pronostic**

Les traitements instaurés ont été adéquats, mais sont restés sans succès aux dires de l'assuré, seuls les antalgiques majeurs l'ont aidé. Les mesures de physiothérapie ont été interrompues, car elles ne l'aidaient pas.

Actuellement, aucune autre thérapie ne peut être proposée susceptible d'améliorer réellement la capacité de travail de l'assuré.

En ce qui concerne l'évolution, celle-ci devrait rester stable en ce qui concerne le rachis, hormis les effets du vieillissement physiologique. Quant aux genoux, cela dépend de l'évolution de la gonarthrose.

Eu vu la chronicisation du cas, une réadaptation nous apparaît aléatoire quant au succès, bien que rien n'y oppose sur le plan purement rhumatologique.

### **Traitement**

Les traitements ont été adéquats, mais sont restés sans succès. L'assuré semble avoir coopéré à ces traitements. Actuellement, il est convaincu que seuls les antalgiques majeurs peuvent le soulager. A relever cependant qu'il n'a des antalgiques qu'en réserve et que lui-même dit ne les prendre qu'irrégulièrement.

### **Réadaptation**

Oui, sur le plan purement rhumatologique, une réadaptation est exigible, mais comme écrit ci-dessus, nous apparaît aléatoire quant au succès eu vu la chronicisation du cas d'une part et que Y. \_\_\_\_\_ ne semble pas près d'adhérer à de telles mesures d'autre part.

On se rappellera que Y. \_\_\_\_\_ aurait dû suivre un stage d'évaluation de 4 semaines début 2007 à l'ORIPH à Romont, stage qui a été interrompu par son médecin traitant après 3 semaines en raison d'un blocage lombaire. Le médecin-responsable de l'ORIPH a cependant relevé dans son rapport que les observations cliniques étaient en contradiction avec les propos et les comportements de l'assuré, qui ne présentait pas de déconditionnement physique et jouissait d'une musculature bien développée.

## **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

Il y a cohérence entre les plaintes et les limitations fonctionnelles qui en découlent, telles que rapportées par l'assuré. Les traitements ad hoc ont été instaurés au prorata

de ces plaintes, l'assuré semble s'y être bien soumis. En revanche, les constatations cliniques et radiologiques ne permettent pas d'objectiver l'intensité de la persistance de celles-ci.

### **Cohérence**

Il y a cohérence entre les plaintes et les limitations fonctionnelles qui en découlent, telles que rapportées par l'assuré. En revanche, les constatations cliniques et radiologiques ne permettent pas d'objectiver l'intensité de la persistance de celles-ci. En outre, le comportement de l'assuré est démonstratif.

## **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

Sur le plan ostéoarticulaire, l'importance des limitations fonctionnelles ne sont pas explicables par l'examen clinique et les images radiologiques.

Son épouse prend en charge les activités ménagères, la cuisine, les commissions. La seule chose que l'assuré dit faire c'est préparer un repas de midi pour lui et sa fille, préparer le repas du soir avec son épouse, et très parfois nettoyer la poussière.

(...)

### **Ressources personnelles**

Il est autonome dans les activités de la vie quotidienne pour sa toilette, se vêtir et se nourrir. Il devrait, sur le plan rhumatologique, être capable d'effectuer toutes les activités non physiquement contraignantes pour le rachis lombaire.

### **Ressources externes**

Son épouse, et probablement ses enfants. »

Sur le plan psychiatrique, le Dr EX.PSY. \_\_\_\_\_ a rapporté ses observations et apprécié le cas comme il suit (Rapport de psychiatrie, pp. 20-23) :

## **« 7.1 Résumé de l'évolution personnelle, professionnelle, sociale et médicale actuelle**

(...)

L'anamnèse retient que l'expertisé se décrit comme sérieux, très impliqué dans sa vie familiale et son travail (lorsqu'il était actif). Il mentionne depuis l'accident des colères verbales « problématiques » pour son entourage. Il n'est pas fait mention de conflit au travail ou en privé. Y. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas de comportement impulsif. Il n'y a pas de comportement auto ou hétéro dommageable. Il n'y a pas de notion de débordement émotionnel. La recherche de traits de personnalité pathologique retient la présence de traits dépendants : besoin d'être pris en charge, crainte de la séparation, peine à prendre des décisions seul (doit toujours

prendre l'avis de son épouse). Il y a également quelques traits passifs sous forme de colère inhibée accentuée depuis l'accident.

L'examen clinique n'objective pas d'éléments significatifs en lien avec le fonctionnement de personnalité.

Il y a des traits de personnalité dépendante et passive-agressive en nombre insuffisant pour retenir un diagnostic spécifique à ce niveau. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité.

## **7.2 Évaluation de l'évolution s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation. etc., pronostic**

Dans le contexte sus décrit, les traitements psychiatriques sont souvent de peu d'efficacité et n'empêchent que rarement une évolution chronique, comme le décrit bien l'experte rhumatologue. Il n'y a pas de contre-indication psychiatrique (modèle biomédical) à la mise en place de mesures de réadaptation. Mais objectivement (modèle biopsychosocial), les possibilités de les mettre en place sont aléatoires, et je ne peux qu'une fois de plus partager l'appréciation de ma co-experte rhumatologue.

### **Traitement**

Le traitement est conforme aux règles de l'art.

Il n'y a pas d'indication formelle à un traitement psychiatrique psychothérapeutique. Le traitement antidépresseur doit être poursuivi. Il serait utile de valoriser les capacités adaptatives de l'expertisé. Il serait également utile de confronter l'expertisé au caractère subjectif de certains de ces troubles.

### **Réadaptation**

Une réadaptation est raisonnablement exigible il n'y a pas de contre-indication psychiatrique à la mise en place de mesures de réadaptation. Il n'y a pas d'indication psychiatrique à une telle mesure.

## **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

(...)

### **Cohérence**

Il y a des divergences entre les symptômes décrits, l'expertisé se décrit comme « beaucoup déprimé » alors que lors de l'examen clinique et les examens cliniques pratiqués dans le cadre de cette expertise il est euthymique.

Il y a des divergences avec les éléments apportés par le dossier. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'est pas retenu. Il l'était par les précédents experts (Dr F.\_\_\_\_\_, psychiatre : rapport du 14.07.2000 et du 02.04.2001 ; Dr I.\_\_\_\_\_, psychiatre : rapport du 15.08.2001 et du 13.02.2018) et le médecin traitant (Dr. P.\_\_\_\_\_ : rapport médical du 25.01.2017. La Dre J.\_\_\_\_\_, psychiatre (experte) retenait le même diagnostic mais chez un patient asymptomatique lors de son examen : rapport du

27.03.2006). Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu. Il n'avait pas été discuté par les précédents experts. Il est retenu par deux de mes confrères psychiatres : la Dre J. \_\_\_\_\_ (experte) rapport du 27.03.2006) et le Dr. P. \_\_\_\_\_ : rapport médical du 25.01.2017.

#### **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

L'importance des difficultés et limitations mentionnées n'est pas explicable par l'examen clinique.

(...)

##### **Ressources personnelles**

L'expertisé est capable de communiquer. Il est capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine flexibilité psychique, de s'organiser, il est rationnel et autonome. Il est peu endurant, il a des capacités relationnelles et de communication.

##### **Ressources externes**

Il dispose d'un réseau social personnel limité. Il n'a plus de réseau professionnel. »

Le SMR a repris les conclusions de l'expertise dans son avis du 6 décembre 2018, estimant que la capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques demeurerait exigible.

L'OAI a dès lors établi un projet de décision le 20 décembre 2018, par lequel il envisageait de nier le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

L'assuré, désormais représenté par Me Flore Primault, a contesté ce projet de décision le 8 février 2019, contestant pour l'essentiel l'évaluation psychiatrique du fait que, selon lui, elle ne répondait pas aux exigences jurisprudentielles.

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'OAI a requis un complément d'expertise auprès du Dr EX.PSY. \_\_\_\_\_. Dans son rapport complémentaire du 20 juin 2019, l'expert psychiatre a répondu comme il suit aux questions de l'OAI :

*« - Vous posez le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes, précisant ne pas retenir celui de trouble dépressif récurrent, contrairement aux autres experts s'étant prononcé sur la situation de l'assuré par le passé et à ses médecins traitants. Pouvez-vous expliciter les raisons pour lesquelles il convient de s'écarter d'un tel diagnostic ?*

---

**Synthèse :**

L'expertisé ne mentionne aucun antécédent psychiatrique avant l'accident du 22.01.1999. L'expertisé mentionne en lien avec cet événement l'apparition d'une symptomatologie anxieuse (intensité moyenne) et dépressive (intensité moyenne à forte) réactionnelle ayant évolué de façon constante. Il n'y a aucune récurrence mise en évidence. Il est fondamental de retenir qu'il n'y a pas de notion de symptomatologie dépressive intense qui aurait empêché totalement de poursuivre les activités sociales, familiales, ménagères. Les activités professionnelles ont été interrompues au moins au départ pour des motifs somatiques (accident du 22.01.1999 et ses suites douloureuses toujours actives). Il n'y a durant des années aucun suivi psychiatrique. L'expertisé devient père pour la deuxième fois en 2005. L'expertisé ne bénéficie d'un suivi psychiatrique psychothérapeutique que dix-sept ans après l'accident, du 11.10.2016 au 16.01.2017 (Dr Q.\_\_\_\_\_, Dr P.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_) à raison d'environ une consultation tous les quinze jours.

Ces confrères ont confié le suivi au terme de ces rendez-vous au médecin traitant avec une prescription de Réméron, traitement observé (Drug monitoring du 17.08.2018). Il n'y a pas eu d'admission en centre de crise ou en hôpital psychiatrique. Il n'y a pas de notion d'abus médicamenteux. Il n'y a pas de notion de tentative de suicide. L'expertisé mentionne des idées suicidaires permanentes, sans passage à l'acte : « je pense à mes enfants, je renonce ». Lors de l'expertise rendue le 02.10.2018, l'expertisé mentionne comme plainte subjective la présence d'une humeur dépressive d'intensité forte : « je suis beaucoup déprimé ». Cette symptomatologie serait d'intensité relativement constante. De plus, l'expertisé se décrit comme irrité, en colère. Il déplore une anxiété d'intensité forte en lien avec sa situation actuelle : « je ne peux rien faire ». Cela sera toutefois démenti par l'analyse des activités quotidiennes. L'examen clinique objective une humeur anxieuse (intensité moyenne), une absence d'humeur dépressive, une absence de trouble cognitif. L'expertisé a des activités quotidiennes autonomes (cf. paragraphe spécifique), il a des ressources personnelles.

**En conclusion :**

Le processus symptomatique est continu et peu intense sans aucun caractère de récurrence. Il n'y a aucun signe d'intensité majeure à aucun moment de l'évolution, même si au premier abord le discours de l'expertisé est alarmant comme par exemple lorsqu'il évoque des idées suicidaires. Il n'est pas possible d'admettre qu'une pathologie thymique majeure n'ait nécessité qu'un court suivi psychiatrique psychothérapeutique, dix-sept ans après la survenue des premiers symptômes, qu'elle n'ait jamais nécessité d'hospitalisation psychiatrique. Je le répète le contexte d'apparition des symptômes est totalement réactionnel et identifié (accident).

*- (...) Pouvez-vous évaluer le caractère invalidant ou non des diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes et troubles somatoforme douloureux persistants posés à l'égard de l'assuré en procédant à une analyse détaillée des différents indicateurs pertinents dans ce cadre ?*

---

**□ Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2).**

Plaintes subjectives :

« Je ne suis pas bien, je suis comme mort, je ne fais plus rien d'utile dans cette vie, cela perturbe mes enfants et mon épouse, je ne sors plus, je ne vois plus personne ». L'expertisé mentionne la présence d'une humeur dépressive (intensité forte) : « je suis beaucoup déprimé ». Cette symptomatologie serait d'intensité relativement constante.

Constations à l'examen clinique :

L'expertisé paraît son âge. Il ne pleure pas. Les traits de son visage sont un peu tendus, il ne sourit pas, il ne plaisante pas, il ne fait pas de l'humour. Le débit de sa parole ne montre ni logorrhée ni ralentissement. Il échange avec l'interlocuteur, il est collaborant. L'expertisé n'est pas fatigable, l'évaluation a été continue, elle a duré 1h45. L'humeur est anxieuse (intensité moyenne). L'expertisé est actuellement euthymique. Il n'y a pas de trouble cognitif.

Limitations fonctionnelles :

Aucune.

Evaluation des activités quotidiennes :

Elles sont efficaces (se reporter au paragraphe spécifique de l'expertise).

Analyse des ressources personnelles :

Elles sont efficaces.

L'expertisé est capable de communiquer. Il est capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine flexibilité psychique, de s'organiser. Il est rationnel et autonome. Il est peu endurant, il a des capacités relationnelles. Il dispose d'un réseau social personnel limité. Il n'a plus de réseau professionnel.

Critère psychiatrique de gravité :

Aucun.

Analyse de la cohérence :

Il y a des divergences entre les symptômes décrits et les éléments observés. L'expertisé se décrit comme déprimé (intensité forte) : « je suis beaucoup déprimé », anxieux (intensité forte) alors que lors de l'examen clinique pratiqué dans le cadre de cette expertise, il n'est pas fatigable. L'évaluation a été continue, elle a duré 1h45. L'humeur est anxieuse (intensité moyenne). L'expertisé est euthymique. Il ne présente pas de trouble cognitif. Il est adéquat, collaborant, un peu démonstratif et un peu majorant.

Les jurisprudences du Tribunal fédéral (...) concernant l'évaluation des affections psychosomatiques et psychiatriques nous amènent à prendre en considération les éléments suivants :

On retiendra que ce trouble n'est pas un trouble psychiatrique sévère. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité.

L'expertisé n'a pas été victime de carences affectives, de maltraitance physique, psychique ou sexuelle. L'ensemble de ces éléments va dans le sens de la présence de ressources personnelles.

Capacité de travail :

Il n'y a pas et il n'y a pas eu d'IT durable en lien avec cette affection psychiatrique. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles, il n'y a pas de diminution de rendement.

□ **Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)**

Plaintes subjectives :

L'expertisé mentionne, en portant la main à son dos, des douleurs lombaires bilatérales intenses, constantes dont il ne peut préciser le caractère. L'expertisé se dit fatigué ; cette fatigue serait influencée négativement par les douleurs.

Constations à l'examen clinique :

L'expertisé se déplace lentement de la salle d'attente à la salle d'examen, il semble relativement confortable sur sa chaise. Il se tient le bas du dos avec la main droite, lorsqu'il évoque ses douleurs lombaires. Il n'y a pas d'autres comportements douloureux observés. Il y a un sentiment de détresse non expliqué par les processus physiologiques ou par un trouble psychique. L'expertisé n'est pas fatigable, l'évaluation a été continue, elle a duré 1h45.

Limitations fonctionnelles :

Aucune.

Evaluation des activités quotidiennes :

Elles sont efficaces (se reporter au paragraphe spécifique de l'expertise).

Analyse des ressources personnelles :

Elles sont efficaces (voir ci-dessus).

Critère psychiatrique de gravité :

Aucun.

Analyse de la cohérence :

Il y a des divergences entre les symptômes décrits et les éléments observés. L'expertisé se décrit comme déprimé (intensité forte) : « je suis beaucoup déprimé », anxieux (intensité forte) alors que lors de l'examen clinique pratiqué dans le cadre de cette expertise, il n'est pas fatigable. L'évaluation a été continue, elle a duré 1h45. L'humeur est anxieuse (intensité moyenne). L'expertisé est euthymique. Il ne présente pas de trouble cognitif. Il est adéquat, collaborant, un peu démonstratif et un peu majorant.

Les jurisprudences du Tribunal fédéral (...) concernant l'évaluation des affections psychosomatiques et psychiatriques nous amènent à prendre en considération les éléments suivants :

On retiendra que ce trouble n'est pas un trouble psychiatrique sévère. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. L'expertisé n'a pas été victime de carences affectives, de maltraitance physique, psychique ou sexuelle. L'ensemble de ces éléments va dans le sens de la présence de ressources personnelles.

Capacité de travail :

Il n'y a pas et il n'y a pas eu d'IT durable en lien avec cette affection psychique. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles, il n'y a pas de diminution de rendement. »

Le 15 juillet 2019, l'OAI a établi un nouveau projet de décision, par lequel il envisageait de nier le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

L'assuré a contesté le projet susmentionné par l'intermédiaire de son conseil le 13 septembre 2019, niant la valeur probante de l'expertise du 2 octobre 2018 et de son complément du 20 juin 2019.

A l'issue de la nouvelle procédure d'audition, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'AI par décision du 4 novembre 2019, assortie d'une motivation séparée du même jour.

**C.** Y.\_\_\_\_\_, représenté par Me Primault, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 2 décembre 2019. Il a principalement conclu à la réforme de la décision querellée dans le sens de l'octroi des prestations de l'AI, singulièrement d'une rente, et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a fait valoir que l'expertise du 2 octobre 2018 et son complément du 20 juin 2019 devaient se voir dénier toute valeur probante, renvoyant le tribunal à sa contestation du 13 septembre 2019. En particulier, il a reproché aux experts de ne pas avoir circonscrit les motifs pour lesquels ils avaient retenu une exagération des symptômes et de ne pas avoir examiné l'indicateur relatif à la réadaptation ni analysé le contexte social et les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé.

L'OAI a répondu au recours le 4 février 2020 et proposé son rejet. Il a considéré que l'expertise du 2 octobre 2018 et son complément du 20 juin 2019 pouvaient être suivis. Il s'est référé à la motivation de sa décision du 4 novembre 2019.

L'assuré a répliqué le 8 juillet 2020. Il a confirmé ses conclusions.

Par duplique du 20 août 2020, l'OAI a maintenu ses propres conclusions.

### **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 la question de savoir si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre le dernier examen matériel du droit à la rente et la décision querellée.

**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 le

marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

**4. a)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

**b)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences

médicales soit claire et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

**c)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

**d) aa)** Les affections psychiques et psychosomatiques 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 ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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).

**bb)** La preuve d'une affection psychique ou psychosomatique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**cc)** Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit 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 fonctionnelle de l'atteinte à la santé, au travers 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 ou d'une 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 fonctionnelle, 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).

**5. a)** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la demande de prestations de l'AI déposée par le recourant le 28 novembre 2016. En conséquence, il a repris l'instruction en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire confiée à Centre Ex.\_\_\_\_\_. Il convient dès lors d'examiner si, entre le dernier examen matériel des conditions du droit aux prestations de l'AI du 2 juin 2009 et la décision querellée du 4 novembre 2019, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit aux prestations de l'AI.

**b)** Dans son mémoire de recours du 2 décembre 2019, le recourant renvoie pour partie aux observations déposées dans le cadre de la procédure d'audition le 13 septembre 2019. Il conteste pour l'essentiel

le volet psychiatrique de l'expertise. Il fait grief à l'expert psychiatre de ne pas avoir retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent alors que les précédents experts l'avaient identifié. En outre, le caractère prononcé des troubles n'aurait pas été discuté. Sur ces deux questions, l'expertise serait contredite par « *tous les précédents experts* ». L'intéressé reproche au Dr EX.PSY. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir examiné les critères d'exclusion en ne procédant pas à une évaluation des circonstances indiquant une exagération des symptômes. Il conteste l'application du critère relatif à l'évaluation du résultat des mesures de réadaptation dans la mesure où les experts n'auraient pas pris en compte l'échec des « *mesures de réadaptation juridiques* » mises en œuvre par l'intimé. En outre, l'intéressé se prévaut d'un échec des traitements mis en œuvre pour qualifier d'invalidants les troubles qui l'affectent. Il soutient que le Dr EX.PSY. \_\_\_\_\_ n'aurait pas évalué ses ressources ou que de manière très lapidaire, ni explicité le contexte social dans lequel il évolue. Il estime que l'ensemble des indicateurs sont réunis pour qu'une atteinte à la santé invalidante soit retenue. L'intéressé reproche aussi à l'expert de ne pas avoir traité de manière correcte l'indicateur relatif aux comorbidités.

L'office intimé est quant à lui d'avis que l'expertise mise en œuvre possède une pleine valeur probante et permet d'exclure le caractère invalidant des troubles psychiques diagnostiqués.

**6. a)** Sur le plan somatique, les experts ont retenu les diagnostics de lombalgies chroniques sur trouble statique et troubles dégénératifs, de canal lombaire étroit modéré en L4-L5, de discopathie L4-L5 avec protrusion discale médiane para-médiane gauche, de cervicalgies chroniques et de gonalgies gauches sur gonarthrose.

**aa)** D'un point de vue rhumatologique, les diagnostics mis en lumière par la Dre EX.RHU. \_\_\_\_\_ sont superposables à ceux posés par les médecins traitants (rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2017 ; rapport d'IRM de la colonne lombaire du 20 avril 2016) et à ceux retenus durant les précédents examens cliniques au SMR (rapports des 13 février 2002 et 10 avril 2006), sous réserve de la gonarthrose,

pathologie dégénérative dont l'évolution est inéductable. L'appréciation de l'experte repose en particulier sur un examen complet de l'assuré (Volet rhumatologique, pp, 17-19), ainsi que sur l'analyse des rapports médicaux et du dossier radiologique figurant au dossier (Ibid., pp. 3-4 et pp. 20-21). En outre, elle prend en considération les plaintes du recourant (Ibid., p. 14). A cet égard, l'experte relève que les plaintes et les limitations fonctionnelles qui en découlent, telles que rapportées par l'expertisé sont cohérentes, mais que l'intensité de la durée de ces plaintes n'est pas objectivable ni par l'examen clinique ni par l'imagerie radiologique (Ibid., p. 22). Le recourant a d'ailleurs toujours conservé un aspect musclé sur le plan général (Ibid., pp. 18 et 24 ; comp. rapport d'examen SMR du 13 février 2002 où l'intéressé est décrit comme « *athlétique* »), ce qui atteste qu'il n'est ni grabataire ni déconditionné. Ce constat n'est pas cohérent avec l'importante sédentarité alléguée. La Dre EX.RHU.\_\_\_\_\_ décrit en outre avec soin le contexte médical avant de conclure que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier viticole est nulle, le recourant conservant toutefois une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« *pas de positions statiques prolongées ou de mouvements itératifs contraignants pour le rachis lombaire en flexion/extension/rotation/inclinaison du tronc, pas de travail en position agenouillée, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de port de charge itératif > 5-10 kg, pas de travail avec des appareils émettant des ondes de basse fréquence, changements de position possibles. Pas de montée ou de descente itérative des escaliers respectivement des pentes, pas de longs trajets fréquents sur terrain inégal* » ; cf. Volet rhumatologique, p. 23). Bien motivée, cette conclusion emporte la conviction.

**bb)** Quant au Dr EX.MED.\_\_\_\_\_, il ne retient aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan de la médecine interne.

**cc)** Aucun avis médical au dossier ne vient infirmer les conclusions somatiques de l'expertise, ce qui n'est d'ailleurs pas allégué par le recourant. Les conclusions sur ce plan étant superposables à celles

du rapport d'examen SMR du 10 avril 2006, il n'y a pas lieu de retenir une évolution substantielle de l'état de santé du recourant.

**b)** Sur le plan psychiatrique, le recourant ne produit pas de documents médicaux qui permettent d'instiller le doute sur les conclusions de l'expert psychiatre qui ne prêtent pas le flanc à la critique pour les motifs indiqués ci-dessous.

**aa)** On constate que le recourant souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). Le Dr EX.PSY.\_\_\_\_\_ explique pour quelles raisons il s'écarte des conclusions des médecins de la R.\_\_\_\_\_, du Dr I.\_\_\_\_\_ et du Dr F.\_\_\_\_\_ sur la question des diagnostics (Volet psychiatrique, pp. 20-21 ; Complément d'expertise, p. 2) en présence de symptômes insuffisants sur le plan des troubles de la lignée dépressive. Son analyse confirme l'absence de symptômes dépressifs francs comme l'avait déjà constaté la Dre J.\_\_\_\_\_ dans le rapport d'examen SMR du 10 avril 2006. Il convient cependant de souligner que ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail ; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient n'est dans ce contexte que secondaire (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et les références).

Le Dr EX.PSY.\_\_\_\_\_ motive au surplus de manière convaincante les diagnostics retenus sur la base du tableau clinique dressé (pp. 21-22) et de l'anamnèse (pp. 12-19).

**bb)** Sur le plan de l'atteinte à la santé, l'expert met en évidence l'absence de symptomatologie dépressive intense qui aurait empêché le recourant de poursuivre ses activités sociales, familiales ou ménagères.

On constate aussi que l'intéressé n'a consulté un psychiatre que 17 ans après l'accident de 1999 qui a engendré l'incapacité de travail

à l'origine de toutes les demandes de prestations figurant au dossier. De plus, les médecins de la R. \_\_\_\_\_ ne sont pas intervenus dans la durée, renvoyant l'intéressé auprès de son médecin traitant après quelques mois seulement (Complément d'expertise, p. 2). Le dossier montre que le recourant se préoccupe de sa santé, consultant de nombreux médecins. Il apparaît ainsi que s'il présentait des limitations significatives sur le plan psychique, il n'aurait pas hésité à consulter un psychiatre. C'est lieu de rappeler que le recourant ne se considère pas atteint d'une affection psychiatrique, mais de maux de dos (Volet psychiatrique, p. 16). Or, sous l'angle du trouble somatoforme, l'expert, fondé sur la présence des signes de non-organicité selon Waddel, retient une probable participation psychogène à la symptomatologie algique. Aucun trouble psychique sévère n'est toutefois associé au trouble somatoforme, ce qui en limite l'impact sur la santé. A cet égard, on comprend mal le grief du recourant qui reproche à l'expert de ne pas avoir traité de manière correcte l'indicateur relatif aux comorbidités. En effet, dès lors que l'expert nie, sur la base de son examen, convaincant, l'existence d'une comorbidité, il n'y a pas lieu d'en inférer une lacune de l'instruction.

De plus et faute d'explications rhumatologiques à la persistance des douleurs, les plaintes sont qualifiées de subjectives (Volet psychiatrique, p. 22). On relève à cet égard que la Dre EX.RHU. \_\_\_\_\_ exclut également le diagnostic de fibromyalgie sur la base de son examen clinique, les critères n'étant pas réunis (Volet rhumatologique, pp. 18-19). Le Dr EX.PSY. \_\_\_\_\_ relève l'absence de limitations fonctionnelles significatives (Complément d'expertise, pp. 3-4). Les ressources décrites par l'expert (Ibid.) permettent à l'intéressé de conserver des contacts sociaux, de respecter un cadre, de se montrer flexible et de s'organiser, ce qui est suffisant pour lui permettre d'exercer une activité légère, simple et réplétive que l'intimé considère exigible dans sa décision du 2 juin 2009 qui sert de base de comparaison pour évaluer une éventuelle aggravation de son état de santé. Quant au manque d'endurance admis par les experts, il ne constitue pas un obstacle pour les activités précitées, ceci spécialement dans la mesure d'un taux d'activité exigible de 80 %.

La critique du recourant à l'encontre de l'analyse des critères d'exclusion est mal fondée. A l'instar de l'experte rhumatologue qui observe un comportement majorant et des exagérations (Volet rhumatologique, pp. 19 et 22), de l'expert interniste qui qualifie l'intéressé d'un peu démonstratif (Volet de médecine interne, p. 20), mais aussi des précédents experts (Complément d'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ du 19 septembre 2000 ; rapport SMR du 10 avril 2006) et de certains médecins consultés par l'assuré (rapport du 9 décembre 1999 du Prof. Z. \_\_\_\_\_ ; rapports des 27 août 1999 et 21 janvier 2000 du Dr D. \_\_\_\_\_), le Dr EX.PSY. \_\_\_\_\_ a identifié des incohérences.

Ainsi, sur le plan de la thymie, le recourant se plaint de déprime tout en affichant un comportement euthymique (Volet psychiatrique, p. 23). A cela s'ajoute l'absence de traitement psychiatrique et de demande de soins sur ce plan avant la prise en charge à la R. \_\_\_\_\_ (Volet psychiatrique, p. 22 ; Complément d'expertise, pp. 2-3). Reste que le Dr EX.PSY. \_\_\_\_\_ a toutefois procédé à l'analyse des différents indicateurs, ce qui montre qu'il n'a pas accordé un poids prépondérant aux critères d'exclusion dont on rappelle qu'ils conduiraient, s'ils devaient être retenus, à nier le caractère invalidant des troubles psychiques sans plus ample examen des indicateurs pertinents (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1).

Le critère de la résistance au traitement n'est pas pertinent dans le cadre du recourant qui n'a pas fait l'objet d'un traitement psychiatrique sur le long cours.

S'agissant du résultat de la mesure de réadaptation entreprise sous l'égide de l'intimé, il y a lieu de relever qu'elle est ancienne, mais que l'intéressé n'a jamais souhaité entamer de démarches de réadaptation. Force est de constater qu'il n'y a pas d'indication en faveur de limitations fonctionnelles significatives ni du caractère invalidant de l'atteinte à la santé à la lumière de cet indicateur. En effet, lorsque, comme en l'espèce, l'assureur propose des mesures de réadaptation que l'assuré ne met pas à profit, cela doit être considéré comme un indice

sérieux d'une atteinte non invalidante (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). Or, en l'espèce, la collaboration de l'assuré n'est pas optimale. En effet, durant les seules mesures mises en place, les intervenants ont relevé une attitude en marge du contexte réel et une souffrance physique en forte discordance avec le comportement montré (rapport de synthèse du K.\_\_\_\_\_ du 21 février 2007). Quant à la médecin conseil du K.\_\_\_\_\_, la Dre M.\_\_\_\_\_, elle a estimé, sans la nier, que la problématique psychiatrique n'était pas source d'une incapacité de travail complète (rapport du 30 janvier 2007), son appréciation sur le plan ostéoarticulaire étant au demeurant similaire aux limitations fonctionnelles décrites par les experts (comp. rapport du 30 janvier 2007 et l'évaluation consensuelle, p. 5). Quant à la reprise d'emploi pour G.\_\_\_\_\_, elle se révèle trop éphémère pour en tirer quoi que ce soit, étant relevé que l'on peut douter de la compatibilité de la profession de paysagiste avec les limitations fonctionnelles somatiques présentées par le recourant.

Au demeurant, rien ne peut être reproché à l'intimé quant à l'absence de mesures de réadaptation récentes. En effet, le recourant, sans formation professionnelle, n'a pas besoin des mesures de l'AI, ce qu'il n'a d'ailleurs pas réclamé, pour réintégrer le marché du travail qui offre un large éventail d'activités non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C\_476/2020 du 15 février 2021 consid. 4.2).

**cc)** Certes le Dr EX.PSY.\_\_\_\_\_ admet l'existence de traits de la personnalité dépendante et passive-agressive. Il ne ressort cependant pas du rapport d'expertise que l'intéressé présenterait une organisation pathologique de la personnalité, respectivement un trouble de la personnalité rigide et chronique pouvant entraîner de graves limitations (Volet psychiatrique, pp. 14 et 22). La dépendance de l'épouse ne peut pas engendrer de limitations significatives sur le plan psychique dans le cadre d'une activité simple et répétitive. Il ressort du dossier que ces traits de la personnalité n'ont pas empêché l'intéressé de s'intégrer en Suisse, d'y former une famille et de travailler à son arrivée en Suisse, ceci jusqu'à

la date de l'accident (Volet psychiatrique, p. 3, cf. aussi C.I. du 30 septembre 1999). Les traits de la personnalité observés ne constituent ainsi pas une comorbidité psychiatrique insurmontable dans le cadre d'une activité simple et répétitive. Il convient ainsi d'admettre que les ressources de l'intéressé en lien avec sa personnalité sont pour l'essentiel préservées et compatibles avec l'exercice de l'activité professionnelle exigible. Au demeurant, même à supposer que la relation particulière entre le recourant et son épouse se répercute sur la capacité de travail du premier - ce qui n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante - une telle situation, relevant d'un facteur non médical, n'entraînerait pas, selon la jurisprudence, de prise en charge par l'assurance-invalidité (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1 et 3.4.2.1 ; TF 9C\_549/2015 du 29 janvier 2016 consid. 4.3).

**dd)** Au niveau du contexte social, le recourant décrit d'indéniables ressources sur le plan familial (Volet psychiatrique, pp. 16-17). Il est aussi observé que le recourant retourne au pays pour les vacances. La vie de couple et la relation avec les enfants procurent ainsi au recourant un bénéfice social pour l'aider à surmonter les difficultés liées à son atteinte à la santé.

**ee)** Sur le plan de la cohérence, l'affirmation selon laquelle le recourant présenterait une atteinte totalement incapacitante ayant des effets uniformes dans tous les domaines de la vie contraste avec les observations rapportées par l'expert, lequel fait état de capacités conservées pour gérer les divers aspects de son quotidien (Volet psychiatrique, pp. 16-17). Le Dr EX.PSY. \_\_\_\_\_ met ainsi en lumière que les plaintes du recourant (sentiment d'inutilité, déprime, fatigue, avenir professionnel « bouché » et incapacité de retravailler ; cf. Volet psychiatrique, p. 19 ; Complément d'expertise, pp. 3-4) entrent en contradiction avec les diverses déclarations que celui-ci a tenues à propos de son quotidien, dans lequel il demeure, sous réserve d'un manque d'endurance, autonome et investi ; l'intéressé ne présente en effet pas de difficultés pour conserver des contacts sociaux, respecter un cadre, se

montrer flexible et s'organiser (Complément d'expertise, pp. 3-4). Il n'existe ainsi pas de limitation uniforme dans tous les domaines de la vie.

De plus, il apparaît que le recourant n'a pas mis à profit les possibilités de traitement. Il convient de souligner qu'une composante psychique a rapidement été évoquée par les médecins traitants (lettre de sortie du B.\_\_\_\_\_ du 22 février 1999 ; rapport du 21 janvier 2000 du Dr D.\_\_\_\_\_). L'intéressé n'a pourtant consulté un psychiatre qu'en 2016, ceci seulement du 11 octobre 2016 au 16 janvier 2017, à raison d'environ une consultation tous les quinze jours. Au terme de ce bref suivi, le recourant a été confié à son médecin généraliste traitant avec une prescription de Rémeron. Sur le plan psychosomatique, l'experte rhumatologue pointe une évidente contradiction : le recourant est convaincu que seuls les antalgiques majeurs peuvent le soulager ; cependant, ceux-ci ne sont qu'en réserve et ne sont pris qu'irrégulièrement du propre aveu de l'intéressé.

Ces facteurs indiquent l'absence d'une souffrance particulièrement intense. Ils ne reflètent pas de limitations fonctionnelles significatives.

**ff)** Si les rapports du Dr P.\_\_\_\_\_ et la Dre P.\_\_\_\_\_ des 29 novembre 2016 et 25 janvier 2017, voire le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2017, ont pu justifier d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'Al du 28 novembre 2016, ils ne justifient pas, désormais, de s'écarter des constatations des experts. Les explications données par les médecins de la R.\_\_\_\_\_, si elles mentionnent - sans véritablement détailler les circonstances - une aggravation de l'état de santé du recourant, singulièrement une symptomatologie somatoforme « handicapante et massive », ne permettent pas de comprendre les raisons pour lesquelles l'état de santé psychosomatique du recourant serait susceptible d'entraîner une incapacité de travail sur le long terme dans une activité légère et répétitive adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, étant souligné que l'intimé ne retient pas que l'ancienne profession d'ouvrier viticole soit exigible. Le fait que les

médecins de la R. \_\_\_\_\_ aient rapidement renvoyé le recourant auprès de son médecin généraliste est contradictoire avec le caractère alarmant de leurs rapports qui ne peuvent ainsi revêtir de valeur probante suffisante pour instiller le doute sur les conclusions des experts.

**gg)** Sur la base de l'examen des indicateurs jurisprudentiels, l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychique retenue par les experts apparaît comme étant cohérente avec la situation objective du recourant, celui-ci disposant à l'évidence de ressources personnelles pour surmonter les difficultés liées à ses atteintes à la santé psychique. Les conclusions sur la santé psychique du recourant sont superposables à celles du rapport d'examen SMR du 10 avril 2006. Ainsi, il n'y a pas lieu de retenir d'évolution de l'état de santé du recourant.

**c)** Aussi, convient-il de retenir que, selon les conclusions de l'expertise de Centre Ex. \_\_\_\_\_, le recourant dispose d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ostéoarticulaires. Le recourant ne démontre pas - au degré de la vraisemblance prépondérante - qu'un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité se soit produit entre le dernier examen matériel du droit à la rente et la décision querellée. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations du 28 novembre 2016.

**7. a)** Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 4 novembre 2019 être confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge de la partie recourante qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI).

c) N'obtenant pas gain de cause, la partie recourante ne saurait prétendre à des dépens (art 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 4 novembre 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'Y.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Flore Primault (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :