

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 décembre 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et Mme Silva, assesseuse
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 28 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966 en [...], où il a effectué une formation de mécanicien automobile, est arrivé en Suisse en 1987. Il a présenté une totale incapacité de travail dans son emploi de chauffeur-livreur à partir du 19 juillet 2010 en raison de douleurs au dos et aux cervicales, qui l'ont amené à déposer une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 19 octobre 2010. Son contrat de travail a été résilié pour le 31 décembre 2010.

Dans un rapport médical du 15 novembre 2010, le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a constaté que l'assuré présentait un syndrome cervicovertébral chronique sévère sur troubles dégénératifs étagés ainsi que plusieurs hernies discales cervicales. Selon l'avis médical du 25 janvier 2011 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) et le certificat médical du 12 février 2011 du Dr D._____, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité où il ne devait pas porter de charges supérieures à 5 kg, où il pouvait alterner les positions assise et debout, et où il ne devait pas faire d'effort avec les bras au-dessus de l'horizontale.

Dans un rapport médical complémentaire du 23 mai 2012, le Dr D._____ a précisé que l'assuré était suivi pour une dépression ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux. Il a évalué la capacité de travail de l'assuré à 50 %, même si celui-ci ne s'estimait pas capable de travailler en raison de ses douleurs et de sa tristesse.

Selon un courrier de la psychologue P._____ du 26 septembre 2012, l'assuré a été suivi à la consultation psychothérapeutique pour migrants [...] depuis le 5 mars 2012 à raison de deux fois par mois. Il s'était montré peu collaborant en entretien, répondant de manière évasive aux questions et souhaitait mettre fin au

suivi. Son état de santé s'était légèrement amélioré et il devait bientôt être en état de reprendre une activité professionnelle.

Par décision du 2 octobre 2012, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Il a retenu que celui-ci bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Procédant au calcul de son revenu d'invalidité sur la base des données statistiques et en appliquant un taux d'abattement de 10 %, l'OAI arrivait à la conclusion que le degré d'invalidité de l'assuré ne s'élevait qu'à 4,06 %.

Le 11 juin 2013, différents documents médicaux ont été transmis à l'OAI. Selon un rapport médical du 2 décembre 2011 de la Dre R._____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, l'assuré présentait un syndrome métabolique avec dyslipidémie, surcharge pondérale et dysglycémie, ainsi que des lombalgies. L'IRM lombaire, effectuée le 6 novembre 2012 à la suite d'une récurrence de lombosciatalgies gauches, était dans les limites de la norme, sans lésion pouvant expliquer la symptomatologie du patient.

B. a) L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité le 23 juin 2014, invoquant souffrir d'une affection psycho-physique. Il a produit un certificat médical du Dr D._____ du 8 janvier 2014, indiquant qu'il était en totale incapacité de travail du 1^{er} janvier 2014 au 28 février 2014, et un certificat médical du Dr H._____, médecin praticien, confirmant que son état de santé était en voie d'aggravation.

A la suite d'un malaise avec perte de connaissance de trois minutes, l'assuré a été examiné au service des urgences du K._____ (ci-après : K._____) le 3 juillet 2014.

Dans un rapport médical du 20 août 2014, le Dr D._____ posait comme diagnostics un syndrome cervicovertébral chronique sur troubles dégénératifs étagés, un syndrome myofascial avec trigger points chroniques ainsi qu'un état dépressif chronique. Il n'y avait eu aucune

amélioration des douleurs chroniques et de l'état psychique malgré les traitements. Le Dr D. _____ estimait que l'incapacité de travail était totale, dans toute activité, et qu'une reprise de l'activité professionnelle n'était pas envisageable ; il évoquait une éventuelle activité d'une demi-journée dans laquelle l'assuré pourrait alterner les positions.

Selon un rapport médical du 19 janvier 2015 du Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré présentait une schizophrénie indifférenciée (F20.3) depuis plusieurs années et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) depuis 1998, ayant des effets sur sa capacité de travail. Le Dr Q. _____ mentionnait comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail des lombalgies et une hernie discale. Il estimait que l'assuré présentait une totale incapacité de travail dans son activité habituelle depuis quatre ans. S'agissant des limitations fonctionnelles, il avait des difficultés relationnelles, n'ayant pratiquement aucune relation ni conversation, y compris avec son entourage ; il présentait des bizarreries du comportement (allers et venues incessants), un apragmatisme, des difficultés liées aux tâches administratives et à maintenir un rythme diurne/nocturne. Ses capacités d'orientation dans le temps, de concentration, de compréhension étaient limitées, de même que ses capacités mnésiques. Ses capacités d'organisation et d'adaptation ne pouvaient être jugées en raison de l'absence d'activité et de changement dans sa vie. La reprise d'une activité professionnelle n'était pas possible.

Dans un avis médical du 20 mars 2015, le SMR a écarté une aggravation durable de l'état de santé psychique de l'assuré, au motif qu'il n'y avait pas d'élément suffisant pour retenir ou même rendre plausible un diagnostic d'ordre psychique chez un assuré sourd et non appareillé, et s'étonnant que le diagnostic de schizophrénie indifférenciée avancé par le Dr Q. _____ aurait échappé au médecin de famille et aux médecins du K. _____.

Dans des rapports du mois de mai 2015, les Drs H._____ et Q._____ ont considéré qu'aucune activité professionnelle n'était envisageable pour le moment.

Dans un avis médical du 17 juin 2015, le SMR a maintenu qu'il ne voyait pas d'aggravation durable de l'état de santé psychique de l'assuré, précisant que le barrage à la communication verbale était expliqué par la surdité bilatérale de l'assuré et que la dépression était connue de longue date, celle-ci étant déjà mentionnée dans le rapport médical du Dr D._____ du 11 février 2012.

Par décision du 5 octobre 2016, l'OAI a refusé la nouvelle demande de prestations de l'assuré au motif qu'aucun élément suffisant ne permettait de retenir une aggravation durable de son état de santé et que sa capacité de travail était inchangée depuis la décision du 2 octobre 2012.

b) Par décision du 31 août 2015, l'OAI a refusé la demande de prestations pour moyens auxiliaires que l'assuré avait déposée en vue d'obtenir un appareil acoustique. Il a considéré qu'il était fort possible que la nécessité de recourir à un tel appareillage se soit manifestée durant l'enfance, période à laquelle l'assuré vivait encore dans son pays d'origine. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

c) C._____ a interjeté recours auprès de la Cour de céans contre la décision de l'OAI du 5 octobre 2016.

Il a notamment produit un rapport médical du Dr Q._____ du 8 novembre 2016, lequel maintenait le diagnostic de schizophrénie indifférenciée et d'état dépressif récurrent malgré la surdité partielle bilatérale découverte entre-temps, celle-ci ne pouvant expliquer à elle seule l'ensemble des symptômes présentés par l'assuré. La découverte si tardive de cette surdité, de même que le fait que le patient n'ait pas encore procédé à un appareillage s'expliquait très probablement, outre des raisons financières, par le « bénéfice » qu'il retirait de sa surdité, soit

un retrait du monde presque total. La symptomatologie exposée dans le rapport du 15 [recte : 19] janvier 2015 était toujours présente et les limitations fonctionnelles étaient les mêmes. Le Dr Q._____ précisait en outre :

« Le diagnostic et le traitement de M. C._____ se sont toujours révélés très difficiles à déterminer. Plusieurs thérapeutes ont montré à ce propos beaucoup d'hésitation ([...], cabinet du Dr [...]). Il n'est dans ce contexte pas surprenant que le Dr D._____ n'ait pu le déterminer. Le passage le 3 juillet 2014 au Service des Urgences dans des circonstances très particulières (chute et perte de connaissance) n'était pas du tout propice à la pose d'un diagnostic si difficile. »

La Cour de céans a admis ce recours par arrêt du 14 mars 2017 (AI 296/16 - 76/2017). Elle a constaté que sur le plan somatique, aucune aggravation n'était alléguée ni constatée s'agissant des atteintes cervicales et que rien n'indiquait que les lombalgies se fussent aggravées depuis la décision du 2 octobre 2012. Sur le plan psychique, elle a jugé que l'avis du SMR ne l'emportait nullement sur celui Dr Q._____ et ne permettait pas d'écarter totalement le diagnostic de schizophrénie indifférenciée posé par ce dernier. La Cour de céans a par conséquent renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise comportant à tout le moins un volet psychiatrique.

d) Par décision du 27 juin 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de moyens auxiliaires déposée par l'assuré, en vue d'obtenir la prise en charge d'un appareillage acoustique.

L'assuré a manifesté son désaccord dans un courrier du 12 juillet 2017, qui a été transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence.

La Cour de céans a déclaré le recours irrecevable par arrêt du 28 août 2017 (AI 232/17 - 240/2017).

e) Après avoir requis l'avis du SMR (prise de position du 24 avril 2017), l'OAI a décidé de la mise en œuvre une expertise pluridisciplinaire, avec un volet de médecine interne, rhumatologique et

psychiatrique. Il en a informé l'assuré par courrier du 16 mars 2018 et celui-ci a transmis des questions complémentaires à adresser aux experts dans un courrier du 27 mars 2018 de son mandataire Procap. Par courrier du 4 avril 2018, l'OAI a indiqué à l'assuré que ses questions allaient être insérées dans le catalogue de questions au mandat d'expertise.

L'expertise a été confiée au V._____ et réalisée par les Drs G._____, médecin praticien, X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Z._____, spécialiste en rhumatologie. Dans leur rapport du 15 novembre 2018, ils ont posé les diagnostics de troubles de personnalité sans précision (F60.9), d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.10), de cervicalgie sur cervicarthrose, de lombalgie sans support organique, de surdité bilatérale sévère appareillée, de presbytie débutante, de parodontopathie débutante, de status post ulcère gastrique et de syndrome métabolique avec dyslipidémie, surcharge pondérale et dysglycémie. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assuré en tant que chauffeur-livreur était limitée à 50 % depuis novembre 2010 en raison des douleurs lors des efforts répétés dans ce type d'activité, mais qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir avec un port de charges limité à 10 kg, dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, permettant de pouvoir alterner la position assise et la position debout. Au niveau psychiatrique, les diagnostics retenus étaient motivés comme suit :

« Trouble de personnalité, sans précision : L'expertisé est opposant, sans agressivité verbale ou physique, mais par opposition passive. Il répond avec un temps de latence, donnant une impression d'étrangeté. Le ralentissement psychomoteur est moyen, non constant. Il relate une préférence pour les activités solitaires. Il existe un trouble des cognitions sociales, car l'expertisé ne cherche pas le contact d'autrui. Il existe une limitation à éprouver des sentiments, et à exprimer son ressenti (alexithymie). Le trouble de personnalité existe depuis son enfance, car nous retenons dans l'ensemble, sur l'examen clinique, et sur les différents éléments recueillis auprès du Docteur Q._____, un sujet isolé, peu communicant. Ces éléments se sont aggravés à partir de 2010, probablement en rapport avec le vécu de l'accident du travail. Le peu d'informations recueillies concernant les aspects psychologiques, que ce soit par l'expertisé lui-même, par son psychiatre, ou par les écrits du dossier fourni, ne permettent pas de caractériser plus précisément sa personnalité.

Episode dépressif moyen avec syndrome somatique : L'humeur est décrite comme triste. Il dit qu'il présente des troubles de libido. Il dit avoir présenté des idées suicidaires. Il existe une aggravation des symptômes d'isolement social, et de fuite des rapports aux autres, depuis son accident. Il présente un trouble de libido, et un désintérêt pour les activités. Il existe un ralentissement psychomoteur. L'intensité des symptômes est moyenne. Il existe des plaintes somatiques associées, sans substrat organique qui permettrait de donner une explication à leurs intensités.

Diagnostic différentiel :

- Schizophrénie : Nous sommes en accord avec le Docteur Q._____, concernant les symptômes de pauvreté dans le discours, de perte d'intérêt, d'inactivité. Nous ne retenons pas le diagnostic de schizophrénie car il n'existe pas d'hallucinations (l'expertisé évoque plutôt des bruits, plus que de véritables hallucinations, qui se traduirait par des voix qui conversent, ou qui imposent un acte). Le début des troubles psychotiques serait tardif. Cela est possible, mais rare. Le début d'apparition d'une schizophrénie se situe souvent à l'adolescence. Il ne présente pas de syndrome dissociatif marqué, notamment pas d'attitude d'écoute, pas de discordance évidente, pas de schizophasie (vocabulaire inventé), de logolâtrie (invention et fascination pour un mot), pas de barrage (arrêt net de la conversation), ou de fading mental (arrêt progressif la conversation, en raison d'une diminution du cours de la pensée).
- Troubles de personnalité de type schizoïde. Il est décrit, selon les propos rapportés de la fille de l'expertisé, par le Docteur Q._____, une tendance à l'isolement, mais également une aggravation de cette symptomatologie atypique. Un trouble de personnalité de type schizoïde est un mode de fonctionnement général, très précoce, évoluant depuis l'enfance. Il paraît peu probable que le sujet a présenté l'apparition de symptômes faisant évoquer cette personnalité, aussi tardivement. Par ailleurs, il est difficile d'imaginer que le sujet ait pu travailler aussi longtemps avec des symptômes aussi invalidants.
- Trouble de personnalité paranoïaque : Nous ne trouvons pas d'hypertrophie du moi, de notion de méfiance excessive, de sentiment de persécution.

Il est difficile d'éliminer totalement une simulation, car il existe quelques incohérences cliniques. Néanmoins, l'expertisé a cette présentation depuis des années, ce qui a été confirmé par le Docteur Q._____, et par la famille de l'expertisé auprès de celui-ci. »

Dans un avis du 18 décembre 2018, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de cette expertise.

Par projet de décision du 27 mai 2019, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait refuser sa demande de rente d'invalidité.

L'assuré s'est opposé à ce projet par courrier de son mandataire du 1^{er} juillet 2019. Il a émis des critiques à l'encontre de l'expertise et s'est notamment prévalu d'une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où l'expert psychiatre ne répondait pas à ses questions. Il a produit un rapport du Dr Q. _____ du 1^{er} juillet 2019, dans lequel celui-ci prenait position sur le rapport d'expertise.

Dans un avis du 16 août 2019, le SMR a considéré que la position du Dr Q. _____ constituait une appréciation différente d'une situation similaire. A la question de savoir si le V. _____ avait omis de répondre aux questions posées par l'assuré, le SMR a répondu comme suit :

« Concernant les questions posées par PROCAP, s'agit-il de celles posées dans le courrier du 27 mars 2018. Dans l'affirmative la réponse globale serait oui à l'exception de la mini CIF qui n'est pas clairement mentionnée et jointe au volet psychiatrique. Par contre les critères des jurisprudences d[e]puis juin 2015 en matière de maladie psychiatrique sont détaillés et remplis. »

Dans un compte rendu du 23 janvier 2020, le SMR a noté, s'agissant de la mise en place d'un mini CIF, que cet examen était au libre choix de l'expert pour évaluer le niveau de collaboration, qu'il ne figurait pas dans le canevas de l'expertise et qu'il était uniquement un outil d'appréciation et non un instrument de mesure. S'il était utilisé dans l'expertise médicale, c'était pour déterminer s'il existait ou non une capacité ou une incapacité de travail et, dans le cadre de la réadaptation, quelles étaient les ressources et l'activité adaptée. Il s'appliquait mieux à des situations spécifiques d'un sujet donné par rapport à une activité donnée dans un contexte donné.

Par décision du 18 mars 2020, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assuré. Il a retenu qu'il bénéficiait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité sédentaire ou semi sédentaire, permettant de pouvoir alterner la position

assise et la position debout, tout en évitant le port de charges supérieures à 10 kg). Son revenu d'invalidé, calculé sur la base des données salariales statistiques et comprenant un abattement de 5 % en raison de ses limitations fonctionnelles, était de 63'338 fr. 90, alors que son revenu sans invalidité se montait à 63'331 fr. 56, si bien qu'il ne subissait aucun préjudice économique.

Par courrier du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a considéré que le rapport du Dr Q._____ du 1^{er} juillet 2019 n'apportait aucun fait nouveau et qualifiait au contraire l'état clinique d'inchangé, de sorte qu'il constituait une appréciation différente d'une situation similaire. L'OAI a considéré que le rapport fourni par le V._____ contenait tous les éléments de réponse aux questions qui avaient été posées par l'assuré et que si la mini CIF n'avait pas été effectuée, il ne s'agissait que d'un outil d'appréciation, au libre choix de l'expert, pour évaluer le niveau de collaboration et non d'un instrument de mesure.

C. Par acte du 22 avril 2020, C._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui est octroyée compte tenu d'une totale incapacité de travail, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise psychiatrique. Il a critiqué les arguments avancés par l'expert psychiatre pour écarter les diagnostics de schizophrénie et de trouble de la personnalité schizoïde en faveur de celui de trouble de la personnalité sans précision. Il a reproché à l'expert de ne pas avoir examiné le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte et de ne pas avoir répondu précisément aux questions qu'il avait demandé à lui soumettre, ce qui constituait une violation de son droit d'être entendu. Il a estimé que l'appréciation du Dr Q._____ était la plus complète et convaincante. Il a par ailleurs admis que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR en 2011 sur le plan somatique étaient toujours valables.

Dans sa réponse du 7 juillet 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours, produisant un avis établi par le SMR le 26 juin 2020. Celui-ci estimait que les pièces produites ne contenaient pas d'éléments objectivement vérifiables, notamment sur le plan médical, qui permettraient de conclure que l'appréciation consensuelle réalisée par les experts serait moins convaincante que l'interprétation du psychiatre traitant.

Le 7 août 2020, le recourant a fait savoir qu'il n'avait pas d'autres pièces à produire.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 23 juin 2014.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

c) 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).

d) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose,

en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il

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

cc) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille 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).

4. a) En l'occurrence, le recourant fait notamment valoir une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où les questions qu'il a transmises à l'OAI n'ont pas été soumises aux experts.

b) Afin d'assurer un déroulement équitable de la procédure et de garantir les prérogatives usuelles dans la procédure administrative

générale, découlant du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. et 42 LPGA ; ATF 135 V 465 consid. 4.3.2), le Tribunal fédéral a estimé nécessaire un renforcement des droits de participation de l'assuré à l'administration de l'expertise, au stade de la procédure administrative déjà (ATF 137 V 210 consid. 2.5 et 3.4.2). Ainsi, la jurisprudence prévoit notamment le droit, pour l'assuré, de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9 ; voir également TF 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 3.2). L'administration ou le juge peuvent cependant renoncer à soumettre des questions complémentaires aux experts lorsqu'il n'y a pas lieu d'attendre que celles-ci amèneront à de nouvelles conclusions (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_112/2019 du 30 avril 2019 consid. 4.5). Lorsque l'Office AI accorde, respectivement refuse, à la personne assurée de poser des questions complémentaires au centre d'expertise médicale, il doit le faire par le biais d'une décision (ATF 141 V 330 consid. 2 à 4).

Si les droits de participation de la personne assurée n'ont pas été respectés lors de la mise en œuvre de l'expertise, il y a lieu de tenir compte de ce manque dans le cadre de l'examen de la valeur probante de l'expertise. Dans un tel cas, des doutes relativement faibles sur la fiabilité et le caractère concluant de l'expertise rendent déjà nécessaire la réalisation d'une nouvelle évaluation (TF 8C_112/2019 du 30 avril 2019 consid. 4.5, qui renvoie à l'ATF 139 V 99 consid. 2.3.2).

c) En l'espèce, l'OAI a dans un premier temps admis les questions supplémentaires proposées par le recourant, comme cela ressort du courrier qu'il lui a adressé le 4 avril 2018, l'informant que ses questions allaient être insérées dans le formulaire adressé aux experts. Tel n'a toutefois finalement pas été le cas. Lorsque le recourant l'a fait remarquer à l'OAI, lors de la procédure d'audition, ce dernier n'a pas sollicité de complément d'expertise, mais s'est adressé au SMR afin de recueillir son avis. Celui-ci a fait savoir, en date du 16 août 2019, que l'expertise répondait globalement aux questions posées par le recourant, à l'exception de la mini CIF, apportant toutefois des précisions au sujet de

cet examen en date du 23 août 2019. L'OAI a repris ces éléments dans son courrier du 18 mars 2020, accompagnant la décision.

Il faut constater qu'en ne soumettant pas les questions complémentaires du recourant aux experts, sans écarter ces questions par appréciation anticipée des preuves dans une décision de refus, l'OAI a violé le droit d'être entendu du recourant. Cela étant, il convient d'examiner si l'expertise apporte néanmoins des réponses à ces questions, comme le soutient le SMR, et de tenir compte de l'existence de ce vice dans le cadre de l'examen de la valeur probante de l'expertise.

5. a) Au niveau somatique, la Cour de céans avait déjà constaté, dans son arrêt de renvoi du 14 mars 2017, qu'aucune aggravation n'était alléguée ni constatée s'agissant des atteintes cervicales et que rien n'indiquait que les lombalgies se fussent aggravées depuis la décision du 2 octobre 2012. Celle-ci retenait que le recourant bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité où il ne devait pas porter de charges supérieures à 5 kg, où il pouvait alterner les positions assise et debout, et où il ne devait pas faire d'effort avec les bras au-dessus de l'horizontale. L'expertise du V. _____ ne permet pas d'arriver à une autre conclusion. Elle ne fait pas état d'une aggravation de la situation sur le plan somatique et les limitations fonctionnelles retenues par les experts se rapprochent de celles arrêtées dans la décision du 2 octobre 2012. Dans son recours, le recourant reconnaît l'existence d'un *statu quo* au niveau des atteintes du rachis cervical.

b) Dans la décision du 2 octobre 2012, l'OAI n'avait pas retenu l'existence de troubles psychiques invalidants. Si le Dr D. _____ avait évoqué une dépression et un trouble somatoforme douloureux (rapport du 23 mai 2012), le suivi psychothérapeutique effectué par le recourant avait permis d'améliorer la situation au point que sa psychologue considérait qu'il allait bientôt être en état de reprendre une activité professionnelle (rapport du 26 septembre 2012).

Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, le recourant fait valoir, sur la base des rapports du Dr Q._____ (rapports médicaux des 19 janvier 2015 et 8 novembre 2016), qu'il présente une schizophrénie indifférenciée (F20.3) depuis plusieurs années et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) depuis 1998, empêchant la reprise d'une activité professionnelle. Dans son arrêt du 14 mars 2017, la Cour de céans a jugé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, au motif qu'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant ne pouvait être écartée sur la base de l'avis du SMR, qui retenait que le barrage à la communication verbale était expliqué par la surdité bilatérale de l'assuré et que la dépression était connue de longue date.

Sur le plan psychique, les experts du V._____ retiennent l'existence de troubles de la personnalité sans précision (F60.9) et d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.10), lesquels n'entraînent aucune limitation de la capacité de travail. Ils mentionnent que le fait d'éviter les liens sociaux et de communiquer avec autrui a une incidence sur la capacité de travail, mais rattachent ce fonctionnement à la volonté du recourant (expertise p. 4).

Il convient d'examiner, comme vu ci-dessus, si le rapport d'expertise répond aux questions posées par le recourant à l'intention des experts. En ce qui concerne le déroulement détaillé et représentatif d'une journée type, celui-ci est décrit en page 7 de l'expertise. En revanche, les éléments anamnestiques relatifs au déroulement d'une journée habituelle avant la survenance de l'incapacité de travail font défaut, avec pour corollaire qu'une comparaison ne peut être extraite de l'expertise. Cet exercice se justifiait d'autant plus que l'expert qualifie finalement le déroulement d'une journée actuelle d'anarchique, sans rituel, sans rythme, sans objectif, sans compter qu'une telle comparaison est préconisée par la jurisprudence s'agissant de l'évaluation du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé.

La question formulée comme suit : « Confirmez-vous qu'un diagnostic tel qu'une schizophrénie indifférenciée se manifestant par une symptomatologie négative s'avère difficile à objectiver auprès d'une personne quasiment sourde et sur un court laps de temps (1-2 heures) ? » aurait en tous les cas dû être écartée dans la mesure où elle est dirigée. S'agissant du diagnostic de schizophrénie indifférenciée, l'expert expose les motifs pour lesquels il ne le retient pas (expertise p. 8 et 9), qui ne sont nullement liés aux problèmes auditifs du recourant. Au contraire, l'expertise mentionne que la surdité bilatérale est appareillée et qu'il n'est pas relevé de gêne à la communication en lien avec le déficit de l'audition (expertise p. 23). Le rapport d'expertise apporte ainsi des réponses aux questions du recourant relatives à la difficulté de l'établissement de ce diagnostic eu égard à la surdité du recourant.

Le recourant avait requis une évaluation de ses troubles fonctionnels, des pertes de capacités et des ressources disponibles sur la base complémentaire de la mini CIF. Cet examen n'a pas été fait. Dans ses explications du 23 janvier 2020, le SMR relève que cet examen est au libre choix de l'expert pour évaluer le niveau de collaboration et qu'il est uniquement un outil d'appréciation et non un instrument de mesure. Il n'y a toutefois pas lieu d'examiner plus avant les effets de l'absence de cet examen puisque le volet psychiatrique de l'expertise comporte par ailleurs divers éléments qui nuisent fortement à sa valeur probante et qu'un renvoi pour nouvelle expertise s'avère nécessaire, comme cela va être démontré ci-dessous.

Il faut tout d'abord relever que l'anamnèse recueillie est particulièrement inconsistante. Certes, il est mentionné par la plupart des médecins qu'il est difficile d'obtenir du recourant des éléments anamnestiques permettant une analyse exhaustive. Il appartient néanmoins aux experts de faire en sorte d'avoir un maximum d'éléments, au besoin en posant des questions davantage orientées et en insistant pour avoir des réponses précises. Si malgré leurs efforts, ils devaient constater un manque de collaboration de la part du recourant, il s'agit alors de déterminer si celui-ci peut être imputé à une éventuelle maladie

psychique ou s'il y a lieu de mettre en place une procédure de sommation pour défaut de collaboration. Cela étant, l'appréciation faite par le Dr X._____ comporte en outre des contradictions avec les (quelques) éléments anamnestiques obtenus. En effet, il est pour le moins surprenant que celui-ci fasse état à deux reprises d'une aggravation des troubles psychiques en lien avec un accident de travail que le recourant aurait subi en 2010 (expertise p. 8), alors que l'incapacité de travail a découlé non pas d'un accident, mais de cervicalgies rendant impossible la poursuite de l'activité de chauffeur-livreur et que le recourant n'a pas subi d'accident de travail en 2010 selon les éléments au dossier. Parmi les éléments sur lesquels il fonde le diagnostic de trouble dépressif moyen avec syndrome somatique, l'expert relève notamment l'existence d'idées suicidaires que le recourant dit avoir présentées (expertise p. 8). Or, lorsqu'il s'agit d'apprécier sa capacité de travail, l'expert mentionne que le recourant n'a jamais évoqué d'idées suicidaires (expertise p. 10). Il existe également une contradiction entre le volet psychiatrique de l'expertise et l'évaluation consensuelle. Ainsi, il est indiqué en page 3 de l'expertise que l'examen clinique psychiatrique a mis en évidence une bizarrerie de comportement alors que sous le titre « Constatations lors de l'examen » du volet psychiatrique, il est écrit que le recourant ne présente pas véritablement de bizarrerie de comportement, mais plutôt une attitude d'opposition démonstrative. Par ailleurs, le Dr X._____ relève à plusieurs reprises avoir observé un ralentissement psychomoteur (expertise p. 8) mais n'explique pas pourquoi cet élément n'a aucune influence sur la capacité de travail et plus particulièrement sur le rendement du recourant. Enfin, il estime que l'attitude ne laissant aucune possibilité de contacts sociaux est une réaction du recourant à un refus d'acceptation des décisions administratives concernant son invalidité, ce qui est inexact puisque cette attitude a été décrite par son entourage (entretien de détection précoce du 7 octobre 2010) et par son ancienne psychologue (rapport du 26 septembre 2012) avant que la première décision de refus de prestations ait été rendue.

c) L'ensemble de ces éléments ne permettent pas de reconnaître une pleine valeur probante aux conclusions de l'expertise

psychiatrique. Dans la mesure où les droits de participation du recourant n'ont de surcroît pas été respectés, il se justifie de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. L'instruction menée par l'intimé s'avérant lacunaire et ne permettant pas de se prononcer en connaissance de cause, il convient de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il appartiendra à l'expert de recueillir l'anamnèse la plus complète possible, respectivement de relever tout manque de collaboration de la part du recourant, en indiquant s'il s'agit d'un effet de ses pathologies ou non et, le cas échéant, d'en référer à l'OAI qui pourra envisager une éventuelle sommation sur la base de l'art. 43 al. 3 LPGA. L'expert se prononcera par ailleurs sur l'opportunité de procéder à un examen mini-CIF et l'OAI est invité à respecter les droits de participation du recourant.

6. a) Le recours doit par conséquent être admis et la décision litigieuse annulée, l'affaire étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle instruction dans le sens des considérants.

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

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

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

prononce :

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 18 mars 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

- IV.** 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 :

- M. C. _____,
- 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 :