

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juillet 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissant du Kosovo, P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en [...]. Il a rejoint sa femme en Suisse en [...] avec laquelle il a cinq enfants nés entre [...] et [...]. Titulaire d'un permis « C », il a travaillé en Suisse dans le bâtiment en 2005, puis comme aide-boucher en 2006 pour le compte de la société X._____ SA. Après un retour de plusieurs mois dans son pays natal, il a retravaillé, depuis le 1^{er} mai 2007, comme aide-boucher chez son employeur.

En arrêt de travail depuis le 26 octobre 2015, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 30 mars 2016, sous la forme de mesures professionnelles et/ou d'une rente, en raison d'une « altération cervico-discarthrose ».

L'assuré a été licencié de son poste de travail avec effet au 31 juillet 2016.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a pris connaissance du dossier médical constitué par l'assureur perte de gain de l'assuré ([...]) et recueilli des renseignements auprès des médecins consultés (rapport du 16 mai 2016 du Dr B._____, spécialiste en rhumatologie ; rapport du 5 août 2016 du Dr C._____, médecin généraliste traitant).

Selon le document « REA - Rapport final » du 18 août 2016, l'état de santé de l'assuré contre-indiquait la reprise de l'activité habituelle d'aide-boucher. Toutefois, une pleine capacité de travail était exigible de sa part dans une activité adaptée, sans port de charges répétées, sans travaux en torsion du tronc, ni travaux en hauteur et sans exposition au froid. L'intéressé était en mesure de mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans le domaine industriel léger (par exemple : le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi ainsi qu'ouvrier dans le conditionnement).

Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assuré de son droit à bénéficier d'une aide au placement.

Par décision du 5 octobre 2016, l'OAI a refusé le droit à des mesures professionnelles et à la rente à l'assuré en considérant que, dans une activité respectueuse des limitations fonctionnelles (possibilité d'alterner les positions, port de charge répété au-delà de dix kilos, travaux de flexion-rotation du tronc, travaux avec les bras en hauteur en charge, exposition au froid, stations debout prolongées et position en porte-à-faux du dos), une capacité de travail de 100 % était exigible dès le 1^{er} août 2016. Après comparaison entre le revenu de valide (49'692 fr.) et celui d'invalidé (60'287 fr. 23), l'assuré ne subissait pas de préjudice économique. Cette décision n'a pas été contestée.

Du 4 septembre au 4 octobre 2017, dans le cadre de l'aide au placement accordée, l'assuré a effectué un stage en tant qu'ouvrier de production auprès de l'entreprise T. _____ SA, à [...].

Par courrier du 23 février 2018, un coordinateur emploi à l'OAI a informé l'assuré de la fin de la mesure d'aide au placement en raison de l'impossibilité de le réintégrer sur le marché du travail dans un délai convenable.

B. Le 6 septembre 2018, le Dr C. _____ a adressé un courrier médical à l'OAI indiquant une péjoration de l'état de santé de l'assuré sous la forme d'une évolution vers un syndrome dépressif secondaire (semblant lié aux douleurs chroniques). Réservant l'avis du Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le médecin traitant estimait qu'aucune capacité de travail n'était exigible. En annexe à son envoi, le Dr C. _____ a remis la copie d'une expertise médicale de l'assuré confiée par [...] au Dr A. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, qui a établi son rapport le 2 mars 2016. Sur la base d'un examen clinique et de l'étude du dossier médical mis à disposition et des documents complémentaires obtenus auprès du médecin traitant, cet expert a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies chroniques non spécifiques et des troubles dégénératifs rachidiens prédominants au niveau L4-L5 avec

hernie discale médiane. En guise de conclusions, le Dr A. _____ a estimé la capacité de travail de l'assuré comme nulle dans l'activité d'aide-boucher, probablement de manière définitive. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (éviter les travaux avec port de charges répétées au-delà de dix kilos, les travaux en flexion-rotation du tronc et activité permettant l'alternance de positions), la capacité de travail était de 100 %. De l'avis de ce praticien, des mesures de réinsertion de l'assurance-invalidité étaient compatibles avec l'état de santé et souhaitables. Quant au pronostic, il était réservé compte tenu de la longue durée d'évolution, de la résistance aux traitements et de facteurs contextuels (notamment des problèmes d'acculturation et l'absence de formation certifiée). On extrait en particulier de ce rapport d'expertise, le passage suivant :

“Déroulement d'une journée actuelle

Il se lève vers 7 heures et tient compagnie à sa femme et ses enfants. Il prend son petit déjeuner vers 9 heures. Il sort faire un peu de marche entre 30 et 60 minutes. Sinon, il ne fait rien de particulier hormis regarder la télévision. Il ne fait plus de sport depuis 15 ans environ. Il n'a pratiquement pas de copains et ne voit personne, hormis parfois son beau-père. Il n'a pas d'activité associative, pas de loisirs. Il va dormir vers 21 heures - 22 heures. Il se réveille souvent en raison de douleurs ou de palpitations.

Anamnèse sociale et professionnelle

Il est né au Kosovo.

Son père né en 1952 et sa mère née en 1966 se retrouvent sans travail au Kosovo.

Il a 2 frères et 4 sœurs nés après lui. Deux de ses sœurs ont également des douleurs dorsales, de même que l'un de ses frères. Un de ses frères a subi une fracture du bassin. Le plus jeune des frères habite en Suisse, les autres au Kosovo.

Il s'est marié en [...] avec une compatriote rencontrée au Kosovo mais qui habitait en Suisse.

Ils ont eu 3 filles nées en [...], [...], [...] et un garçon né en [...]. Les 2 aînées ont un peu d'asthme.

Sa femme est née en 1979, elle a des problèmes de myopie mais sinon elle est en bonne santé. Elle a travaillé jusqu'en 2004 comme barmaid puis vendeuse, elle est mère au foyer depuis la naissance de ses enfants.

L'assuré a suivi une scolarité entre 7 et 14 ans. Par la suite, il a fait un apprentissage de boucher et a travaillé dans cette activité jusqu'à la guerre du Kosovo. Il s'est réfugié dans sa famille au Monténégro puis a été en Autriche et en Italie chez des membres de sa famille, sans travailler.

Il est rentré au Kosovo et a travaillé à nouveau pendant un an et demi comme boucher.

Il rejoint sa femme en Suisse en [...] et travaille 4 mois comme manœuvre dans le bâtiment en 2005 puis trouve un travail dans son activité professionnelle de boucher dans l'entreprise X._____. En 2006, il retourne pendant 6 mois au Kosovo car il ne s'entend pas avec son épouse. Il revient en Suisse et retrouve un travail de boucher en 2007 dans l'entreprise X._____.

Son travail est décrit comme très physique : il travaille essentiellement en station debout, il doit porter de lourds quartiers de viande, parfois jusqu'à 70 - 80 kg, retenir des gros morceaux de viande avec le bras gauche en le découpant avec le bras droit. L'entreprise est décrite comme vétuste, sans aide mécanique.

A la question concernant ses perspectives professionnelles, il se dit persuadé que les douleurs vont augmenter dès qu'il va reprendre l'activité professionnelle habituelle. Il se dit désireux de reprendre une activité plus légère, sans pouvoir citer un exemple précis."

En arrêt de travail à 50 % du 6 novembre 2017 au 30 avril 2018, puis à 100 % depuis le 1^{er} mai 2018, P._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 14 novembre 2018, en raison d'un « syndrome dépressif réactionnel aux douleurs chroniques » pour lequel il était suivi.

Dans un rapport du 10 décembre 2018, le Dr C._____ a confirmé une péjoration de l'état de santé de l'assuré, avec une évolution vers un syndrome dépressif secondaire aux douleurs chroniques lombaires sur discopathies étagées, favorisée par le contexte socio-familial et économique, et survenant chez une personne semblant favorable au développement d'un syndrome anxio-dépressif. Le médecin traitant mentionnait des lombalgies stables mais toujours présentes à un niveau de ressenti douloureux intense (7/10 EVA [Echelle Visuelle Analogique]), avec substrat de discopathies étagées interdisant tout soulèvement de charge ou toute activité à poste fixe (assis ou debout), ou toute rotation du rachis, ainsi que toute activité les bras en l'air. De même, un travail sur un échafaudage, monter sur une échelle, monter et/ou descendre les

escaliers de manière répétée ou en portant une charge, ou marcher sur terrain irrégulier, étaient contre-indiqués. Le Dr C._____ a évalué la capacité de travail comme étant nulle dans toute activité.

Les 23 et 30 janvier 2019, le Dr J._____, consulté par l'assuré depuis le 3 octobre 2018, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen à sévère (F32.1), avec une incidence sur la capacité de travail depuis le début 2018. Sans incidence sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics d'autre trouble de la personnalité (F60.8) et de problème relationnel avec le partenaire (Z63.0), depuis 2012. En raison des restrictions fonctionnelles retenues (difficultés relationnelles, hostilité / agressivité, bizarreries du comportement, difficultés dans la gestion des émotions / liées aux tâches administratives / d'autonomie dans les autres activités de la vie / à maintenir un rythme / d'organisation du temps et hypersensibilité au stress), ce médecin a estimé que la capacité de travail était nulle, même dans une activité adaptée ; la symptomatologie dépressive était trop marquée pour permettre une reprise du travail. Le Dr J._____ qualifiait le pronostic de « très réservé actuellement » en préconisant la poursuite du traitement, à savoir la prise de médicaments (Duloxétine® 60 mg et Temesta® 1 mg [en réserve]) et des consultations.

Le 30 mai 2019, le Dr J._____ a répondu comme suit aux questions complémentaires adressées par l'OAI :

- “1. Quelle a été l'évolution de l'état de santé de votre patient depuis votre dernier rapport ? avec quel traitement ?*
Evolution stationnaire et sans perspective d'amélioration pour le moment. Le patient se confie cependant bien plus durant les séances de psychothérapie et son traitement médicamenteux est de la duloxétine à 60 mg.
- 2. D'un point de vue strictement psychiatrique : indiquer les critères selon la CIM 10 pour les diagnostics retenus ? Existent-elles depuis quand ?*
F32.2 Episode dépressif sévère
Z63.0 Problème relationnel sévère avec le partenaire (et sa belle-famille)
- 3. Merci de nous fournir une anamnèse la plus détaillée possible.*
Depuis mon dernier rapport datant du 29 janvier dernier, il semble que le conflit avec sa femme et sa belle[-]famille s'est péjoré. Attaché à ses 5 enfants, souffrant dans son corps et sans

ressources financières, l'assuré se sent piégé dans la situation dans laquelle il se trouve. La souffrance est à tous les niveaux. Très grande précarité sur les plans de la famille, de ses relations sociales et sur le plan financier.

4. *Merci de nous fournir un status psychiatrique détaillé (constatations objecti[ve]s lors de vos consultations)*
Patient âgé de 39 ans, de bonne présentation, orienté aux 3 modes, calme, ralenti. Faciès déprimé et anxieux. Attitude plaintive. Symptomatologie dépressive avec troubles marqués du sommeil et une anxiété diffuse. Anergie, anhédonie. Basse estime de lui-même. Ba[i]sse de la libido anamnétique. Hypochondrie ? Pas de symptômes francs de la lignée psychotique. Cours ralenti de la pensée et réponses le plus souvent concises. Pas d'idéation suicidaire.
5. *Merci de décrire, dans la mesure du possible, le déroulement d'une journée type de votre patient ?*
S'endort tard dans la nuit, se lève à des heures variables en fonction de sa vie familiale et de son niveau de fatigue. Un café, quelques cigarettes et se recouche. Va parfois chercher les enfants à l'école. Prépare souvent le repas de midi à sa vitesse. Des repas très simples selon ses dires. S'allonge l'après-midi, fume et va chercher les enfants à l'école l'après-midi. Fais parfois les commissions avec l'aide de ses enfants et ramènent le chariot jusqu'à leur logement. Participe le soir au repas en fonction de comment il se sent. TV le soir.
6. *Indiquez quelle est la répercussion de l'atteinte/des atteintes à la santé invoquée/s dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales).*
Le patient participe au ménage en partie. C'est sa femme qui passe l'aspirateur et passe la serpillière et s'occupe de la lessive. Une femme du CMS vient leur donner un coup de main une fois par semaine pour faire le repassage et leur donner un coup de main. Les loisirs se résument à de courtes sorties vers le lac avec les enfants. Vie sociale quasi inexistante apparemment.
7. *Merci de détailler les ressources disponibles ou mobilisables sur lesquelles l'assuré peut compter (soutien de l'assuré par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, etc.) ?*
Pas de ressources disponibles à ce jour. Sa famille est très pauvre et vit au Kosovo.
8. *Quelle est la capacité de travail théorique de votre patient dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et depuis quand.*
Nulle, depuis que je le suis au minimum, soit depuis le 3 octobre 2018.
9. *Merci d'indiquer l'observance thérapeutique (taux sériques si effectués). En cas de non compliance merci d'indiquer si le traitement préconisé (spécifier) aurait pu permettre une amélioration de l'état de santé de votre patient et par conséquent de sa capacité de travail et dans quel délai.*
Je n'ai pas effectué de taux sérique de sa médication mais apparemment la compliance est bonne.

10. *Merci de nous fournir toutes les pièces médicales que vous jugez nécessaires afin d'étayer vos considérations*

-

11. *Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?
100% depuis le 3 octobre 2018 pour ma part."*

Après avoir requis le point de vue du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) sur les renseignements médicaux recueillis au dossier (avis médical du 24 juillet 2019), l'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique. Les 5 et 20 février 2020, les Drs F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et E._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont examiné l'assuré dans les locaux du SMR, à Vevey. Sur la base de leurs constatations cliniques et l'étude du dossier médical à disposition, ces spécialistes ont établi leur rapport le 31 mars 2020. Ils ont retenu les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTICS

Avec répercussion sur la capacité de travail

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Cervico-dorso-lombalgies chroniques non spécifiques avec discopathies protrusives prédominant en C4-C5, C5-C6, D12-L1, L1-L2, L4-L5.

Code AI pour la statistique des infirmités et des prestations : 738/05.

DIAGNOSTICS ASSOCIES

- Aucun.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Séquelles de maladie de Scheuermann.
- Anomalie de transition avec sacralisation partielle de L5.
- Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2)."

On extrait les passages suivants du rapport de cet examen bidisciplinaire :

"ANAMNÈSE

Anamnèse familiale

Le père de l'assuré est originaire du Kosovo, de 1952, à la retraite. Il a exercé le métier de boucher. Il est en BSH [bonne santé habituelle].

La mère de l'assuré est également originaire du Kosovo, elle est de 1965, à la retraite. Elle n'a jamais exercé de métier. Elle présente une HTA [hypertension artérielle].

De cette union, sont nés sept enfants dont l'assuré est l'aîné, à savoir : un frère de 1982 qui vit au Kosovo, marié ayant deux filles, exerçant le métier de boucher. Il a présenté un accident de voiture en 2000 avec comme conséquences, de multiples fractures notamment à la hanche et au visage. Un frère de 1985 qui vit en Suisse en Argovie, marié, ayant une fille. Il travaille dans une fabrique de métal et il est en BSH. Une sœur de 1988 qui vit au Kosovo, séparée, ayant un garçon et qui travaille dans un magasin de chaussures. Elle est en BSH. Une autre sœur, dont il n'a pas pu préciser l'âge, qui vit en Italie, mariée, ayant un garçon et qui exerce le métier de serveuse. Elle est en BSH. Une autre sœur également dont il n'a pas pu préciser l'âge, vivant au Kosovo, mariée, sans enfant, ne travaillant pas, en BSH. Enfin, une sœur cadette vivant au Kosovo, séparée, sans enfant, qui ne travaille pas et qui est en BSH.

L'assuré nous signale que sa mère présente un état dépressif depuis dix ans et qu'elle est prise en charge en ambulatoire.

Anamnèse scolaire et professionnelle

L'assuré est né au Kosovo. Il a suivi une scolarité obligatoire dans son pays de l'âge de 7 ans à 14 ans. Il débute un apprentissage de boucher, puis travaille dans cette activité jusqu'à la guerre du Kosovo. Toute la famille se réfugie au Monténégro, puis se déplace en Autriche et en Italie. Il retourne de nouveau au Kosovo où il travaille pendant un an et demi dans une boucherie. Il rejoint sa femme en Suisse en [...] et travaille quatre mois comme manœuvre dans le bâtiment en 2005, puis trouve une activité professionnelle d'aide-boucher dans l'entreprise X. _____ SA. En 2006, il retourne pendant six mois au Kosovo, en raison d'un conflit conjugal, puis revient en Suisse et reprend son activité d'aide-boucher en 2007 chez son dernier employeur. Suite à une période de travail intensive en octobre 2015, il a un blocage lombaire aigu et doit arrêter son activité professionnelle. Le dernier jour de travail exercé par l'assuré à un taux de 100 % comme aide-boucher est le 23.10.2015. Il est licencié le 31.07.2016. La description des tâches faites par l'assuré est : le découpage des bêtes (vaches, cochons, vaux), le désossage, le parage. De temps en temps, l'assuré participait à l'abattage des bêtes, l'égorgeage et le vidage. Le travail se déroulait tout le temps debout. Les ports de charges pouvaient aller de 40kg à 80kg. Il y avait beaucoup de découpe à l'aide d'une scie électrique ou de couteaux. Une demande en date du 29.03.2016 est déposée à l'AI avec un refus de mesures professionnelles et de rente invalidité, en date du 22.08.2016. Dans le cadre de l'aide au placement, une mesure est mise en place le 04.09.2017 chez T. _____ SA comme ouvrier de production, mais qui n'a finalement pas abouti.

Les difficultés d'ordre social sont les suivantes : l'assuré n'a pas de formation professionnelle et l'entente du couple est difficile.

[...]

Anamnèse psychosociale

L'assuré décrit une enfance sp [sans particularité] avec une mère décrite comme très gentille et un père strict. Il ne décrit aucune violence exercée au sein de la famille.

L'adolescence est sp. Il ne décrit pas de conduites délictueuses, ni de consommation de toxiques, ni de problèmes psychologiques. L'entente avec ses pairs était bonne.

Il décrit une première relation sentimentale avec sa femme actuelle. Il n'a pas eu de relation antérieure.

Anamnèse psychiatrique

Relevons que l'assuré n'a jamais été pris en charge sur le plan psychiatrique dans son pays d'origine et en Suisse avant le 03.10.2018 chez le Dr J._____, psychiatre, adressé par son MT [médecin traitant], le Dr C._____ (RM OAI, Dr C._____, 10.12.2018). Le Dr C._____ décrit un syndrome dépressif secondaire lié aux douleurs chroniques. Le Dr J._____ pose un diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère (F32.1) qui est présent depuis le début de l'année 2018 (RM OAI, Dr J._____, psychiatre, 23.01.2019). L'assuré est toujours pris en charge par le Dr J._____, mensuellement.

L'assuré n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique et n'a jamais eu d'expertise psychiatrique.

[...]

Vie quotidienne

L'assuré se réveille vers 07h30 et ne prend pas systématiquement une douche ; cela dépend, dit-il, de ses douleurs. Il prend parfois un café, voire un thé, et peut parfois manger un croissant ou un morceau de pain. Il amène ses enfants à l'école à pied dont le trajet dure 4 minutes. Il ne le fait pas systématiquement et parfois c'est sa femme qui les amène. Il aide sa femme à la cuisine pour préparer les repas. La famille mange à midi, puis les enfants repartent soit avec l'assuré ou avec sa femme à l'école. Durant l'après-midi, il fait une sieste qui peut varier de 1 à 2 heures, en fonction de la nuit qu'il a passée. L'après-midi, il récupère à nouveau les enfants ou bien c'est sa femme qui s'en charge. Quand ses enfants sont à la maison, il prend du temps et discute avec ses enfants sur la journée qu'ils ont passée. Le soir, il aide à nouveau sa femme pour le repas. Il se couche vers 22h00 ou 23h00. L'assuré nous dit qu'il lui faut 30 à 40 minutes pour s'endormir, suivant les douleurs. Il lui arrive des fois de s'endormir rapidement si la douleur n'est pas trop intense. Il peut se réveiller, dit-il, entre 3 et 4 fois et tout dépend de l'intensité de la douleur. Il peut se rendormir rapidement ou pas. S'il n'arrive pas à se rendormir, il se lève, marche un peu et prend un anti-inflammatoire.

Le ménage est effectué principalement par sa femme et ses enfants, mais l'assuré fait de temps en temps l'aspirateur au salon. Le repas est préparé ensemble par le couple. Concernant les courses, l'assuré se rend à pied sur un trajet de 5 minutes avec ses filles aînées 2 à 3 x dans la semaine.

L'assuré n'a jamais eu de centres d'intérêt comme le sport, l'art, la lecture, le cinéma ou la politique. Il maintient des liens avec sa famille proche (ses frères, ses sœurs et ses parents). Il voit aussi sa belle-famille durant les fêtes religieuses. Il s'occupe de ses enfants.

La libido varie en fonction des douleurs que l'assuré présente.
[...]

Status psychiatrique

L'assuré est venu seul en bus, à l'heure. La tenue est correcte, soignée et le contact et la collaboration à l'examen sont bons. L'assuré est parfaitement orienté dans le temps, l'espace et par rapport à lui-même. On n'observe aucune attitude antalgique ni de sentiment de détresse. On n'observe pas la présence d'un ralentissement psychomoteur ou d'une agitation psychomotrice. Le discours est cohérent et focalisé principalement sur sa situation financière. On ne relève pas de troubles du cours de la pensée. On n'observe pas de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire, ni des fonctions exécutives.

L'exploration de la lignée anxieuse n'objective pas d'atteinte craintive ni de tension motrice continue. Il n'y a pas de signes d'anxiété aiguë. On objective la présence de ruminations anxieuses.

L'exploration de la lignée phobique n'objective pas de trouble phobique.

On n'objective pas de pensées obsédantes ou de comportement compulsif récurrent. On ne relève pas de flashbacks ou de cauchemars en lien avec un événement stressant, exceptionnellement menaçant ou exceptionnellement catastrophique.

L'exploration de la personnalité, n'objective pas de labilité émotionnelle en fonction des événements de vie que l'assuré peut considérer comme stressants, ni d'impulsivité, ni de relations interpersonnelles instables. L'assuré s'est montré ouvert à la discussion et aucune méfiance n'a été observée. On n'observe pas non plus de détachement par rapport aux relations sociales, avec une restriction des expressions émotionnelles dans les rapports d'autrui. On n'observe pas de croyances bizarres ou de pensée magique qui influencent le comportement. Il n'y a pas eu d'interaction caractérisée par un comportement provoquant ou inadapté. L'assuré prend la plupart de ses décisions importantes et on observe aucune subordination de ses propres besoins à ceux des personnes dont il dépend, notamment de sa conjointe.

On n'observe pas d'idées délirantes ni de signes de la série psychotique.

L'exploration de la thymie objective une fluctuation de l'humeur qui varie en fonction des douleurs. On n'observe pas de diminution de l'intérêt et du plaisir. On observe une réduction de l'énergie en lien avec ses douleurs. L'appétit est diminué en lien avec les douleurs. L'assuré ne présente pas de perte de poids. Il n'existe pas de diminution de l'estime de soi ni de la confiance en soi. Aucune

idéation suicidaire n'a été objectivée. On n'observe pas d'élément de la lignée maniaque ni d'hypomanie."

Au moment d'apprécier la situation, les médecins examinateurs du SMR ont émis les considérations suivantes (pp. 10 - 13 du rapport d'examen clinique du 31 mars 2020) :

"Sur le plan rhumatologique

L'assuré signale un premier épisode de douleurs lombaires en 2005, une aggravation en 2013 accompagnée de douleurs dorsales et de douleurs dans la jambe G [gauche] et finalement une décompensation douloureuse en 2015 avec des douleurs s'étendant à la nuque, entre les omoplates et au niveau lombaire. Malgré des infiltrations, de la physiothérapie, des médicaments antalgiques, les douleurs ont diminué mais ont persisté. Les douleurs fluctuent actuellement de 6/10 à 10/10, principalement au niveau de la nuque et au niveau lombaire.

A l'examen clinique, l'assuré marche sans boiterie. Les marches sur les talons et la pointe des pieds sont réussies. L'accroupissement est profond. Les changements de position assis-debout-couché s'effectuent rapidement. La position assise est maintenue sans manifestation algique pendant les 45 minutes de l'entretien.

La palpation de la colonne vertébrale et de la musculature paravertébrale est indolore. Lors d'une pression exercée sur les muscles scalènes, l'assuré signale des douleurs paravertébrales supérieures. Malgré les douleurs, les amplitudes au niveau cervical sont conservées dans tous les axes. Au niveau lombaire, on constate une discrète diminution de la mobilité lombaire. Il n'y a pas de radiculopathie irritative ni déficitaire. La diminution diffuse de la sensibilité aux MS [membres supérieurs] et MI [membres inférieurs] du côté G à la poitrine du côté D n'a pas une origine organique. Le score de Waddell est significatif à 3/5.

Les articulations périphériques ne présentent pas de signe inflammatoire. Les amplitudes articulaires sont conservées.

Sur le plan radiologique, on objective des séquelles de la maladie de Scheuermann avec des hernies intra-spongieuses de Schmorl au niveau des segments vertébraux dorsaux inférieurs et lombaires supérieurs, une anomalie de transition avec sacralisation partielle de L5. On objective également des discopathies protrusives étagées, prédominant en C4-C5, C5-C6, D12-L1, L1-L2, L4-L5. Lors du dernier bilan du 10.07.2019, on relève une légère augmentation de la protrusion disco-ostéophytique C5-C6 G. Elle ne s'accompagne toutefois pas de signes neurologiques irritatifs ou déficitaires.

Par rapport à l'expertise du Dr A. _____ (cf. rapport d'expertise du 02.03.2016), on ne constate pas d'aggravation sur le plan clinique. En 2016, les douleurs fluctuaient de 7/10 à 9/10, alors qu'actuellement elles fluctuent de 6/10 à 10/10. Les douleurs avec réaction de retrait à la palpation des apophyses épineuses dorsales moyennes, inférieures et lombaires, de même que les douleurs à la compression du sacrum ne sont plus présentes. La position assise

reste bien tolérée. Les amplitudes cervicales sont globalement comparables avec même une légère amélioration des rotations.

L'aggravation annoncée par le MT [médecin traitant] est d'ordre psychiatrique et non pas ostéoarticulaire (cf. rapports du Dr C. _____ des 06.09.2018 et 10.12.2018). Lorsqu'on cherche à obtenir des informations sur les activités quotidiennes de l'assuré, il dit qu'il ne fait rien. Sa musculature est toutefois trop développée pour quelqu'un qui prétend ne rien faire.

En l'absence d'aggravation, il y a lieu de s'aligner sur les conclusions du DA. _____. En effet, l'activité d'aide-boucher est trop contraignante pour la colonne vertébrale, au vu des atteintes dégénératives. Par contre, dans une activité adaptée, aucune IT [incapacité de travail] n'est justifiée.

Il est vraisemblable que des facteurs externes jouent un rôle prépondérant à la non reprise d'une activité professionnelle. En effet, le Dr A. _____ relève, lors de son expertise, un pronostic réservé compte tenu de la longue durée d'évolution, de la résistance au traitement et de facteurs contextuels, notamment des problèmes d'acculturation et l'absence de formation certifiée. Dans le rapport du 10.12.2018, le Dr C. _____ met aussi en avant des facteurs externes défavorables : le contexte socio-familial et économique.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une deuxième demande en date du 14.11.2018. Il s'agit d'un assuré de 39 ans, né au Kosovo, en Suisse depuis 2006, ayant un permis C. Il est marié, ayant cinq enfants nés entre [...] et [...]. Il est sans formation certifiée. Il a travaillé comme aide-boucher de 2007 à 2017, puis licencié au 31.07.2016. Une 1^{ère} demande en 2016 avait été effectuée pour des rachialgies sur discopathies D12-L2, hernie discale L4-L5. La demande actuelle est en lien avec des problèmes psychiatriques. L'assuré est en IT à 50 % du 06.11.2017 au 30.04.2018 et ensuite à 100 % (MT, Dr C. _____, Ged du 14.11.2018). Selon les RM du MT, le Dr C. _____, les rachialgies sont stables, mais l'état psychique est marqué par une évolution vers un syndrome dépressif secondaire aux douleurs chroniques dans un contexte socio-familial et économique difficile. Il atteste une CT à 0 % dans toute activité. Le psychiatre, le Dr J. _____, qui le suit depuis septembre 2018, à la demande du MT, évoque un épisode dépressif moyen à sévère (F32.1). La CT est nulle dans l'activité adaptée. Les diagnostics : autre trouble de la personnalité et problèmes relationnels avec le partenaire sont sans impact sur la CT. Les rapports psychiatriques évoquent surtout des problèmes somatiques et sociaux qui pèsent sur le moral de l'assuré. Une expertise bidisciplinaire est demandée.

L'assuré est d'origine du Kosovo. Il débute un apprentissage de boucher, puis travaille dans cette activité jusqu'à la guerre du Kosovo. Toute la famille se réfugie au Monténégro, puis se déplace en Autriche et en Italie. Il retourne de nouveau au Kosovo où il travaille pendant un an et demi dans une boucherie. Il rejoint sa femme en Suisse en 2004 et travaille quatre mois comme manœuvre dans le bâtiment en 2005, puis trouve une activité professionnelle d'aide-boucher dans l'entreprise X. _____ SA. En 2006, il retourne pendant six mois au Kosovo, en raison d'un conflit conjugal, puis revient en Suisse et reprend son activité d'aide-

boucher en 2007 chez son dernier employ[eur]. Suite à une période de travail intensive en octobre 2015, l'assuré a un blocage lombaire aigu et doit arrêter son activité professionnelle. Le dernier jour de travail exercé par l'assuré à un taux de 100 % comme aide-boucher est le 23.10.2015. Une demande en date du 29.03.2016 est déposée à l'AI avec un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité en date du 22.08.2016. Dans le cadre de l'aide au placement, une mesure est mise en place le 04.09.2017 chez T. _____ SA comme ouvrier de production, mais qui n'a finalement pas abouti.

L'assuré n'a jamais été pris en charge sur le plan psychiatrique dans son pays d'origine et en Suisse avant le 03.10.2018 par le Dr J. _____, psychiatre, adressé par son MT, le Dr C. _____ (RM OAI, Dr C. _____, 10.12.2018). Le Dr C. _____ décrit un syndrome dépressif secondaire lié aux douleurs chroniques. Le Dr J. _____, psychiatre, pose un diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère (F32.1) qui est présent depuis le début d'année 2018 (RM OAI, Dr J. _____, psychiatre, 23.01.2019). L'assuré est toujours pris en charge par le Dr J. _____, mensuellement.

L'assuré n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique et n'a jamais eu d'expertise psychiatrique.

L'assuré parle spontanément de ses douleurs au niveau cervical, du bas du dos et du haut du dos. L'assuré précise que ses douleurs augmentent quand il entreprend une activité. L'assuré évoque aussi une fatigabilité importante qui est en lien avec les douleurs. Il n'y a pas d'autre plainte que celles mentionnées ci-dessus.

L'assuré déclare qu'il ne peut pas travailler avec ses douleurs. Il indique que les spécialistes lui ont dit qu'il ne peut pas travailler. L'assuré souhaite une rente.

Les éléments recueillis sur le plan psychosocial et la vie quotidienne démontrent que les ressources disponibles ou mobilisables de l'assuré sont conservées, ainsi que son autonomie dans la vie quotidienne : on relève en particulier que l'assuré déclare maintenir des contacts avec ses frères et sœurs et ses parents par téléphone. Il peut utiliser les moyens de transport sans appréhension. Il amène ses enfants à l'école à pied. Il aide sa femme à la cuisine, fait les courses. Il voit sa belle-famille aux fêtes religieuses.

L'examen de ce jour permet de retenir un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. En effet, l'assuré présente à la fois des symptômes anxieux et dépressifs sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant.

Un diagnostic d'épisode dépressif ne peut être retenu. En effet, aucun des trois critères majeurs de la dépression n'est présent. : la thymie est fluctuante en fonction des douleurs. On observe une réduction de l'énergie qui est en lien avec ses douleurs. Il n'existe pas d'abaissement de l'intérêt et du plaisir. Nous nous éloignons donc du diagnostic d'état dépressif moyen à sévère du Dr J. _____ (RM OAI, 23.01.2019).

L'assuré estime que son état psychique n'a pas connu de modification ni de péjoration depuis son arrêt de travail du 23.10.2015. Dans ces conditions, nous devons considérer que l'assuré n'a jamais présenté d'IT durable.

En l'absence de diagnostic incapacitant, les questions du traitement *lege artis*, de la coopération de l'assuré et des options thérapeutiques disponibles tombent. Il en est de même pour celles du pronostic et de l'aptitude à suivre des mesures de réinsertion.

On observe également des divergences entre les symptômes, le comportement durant l'entretien, l'activité de la vie quotidienne. En effet, l'assuré nous décrit la présence de douleurs importantes mais durant l'entretien, l'assuré n'a pas présenté d'attitude antalgique et il n'y a pas de diminution de l'autonomie dans l'activité de la vie quotidienne."

En guise de conclusions, les Drs F._____ et E._____ ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans sa profession habituelle d'aide-boucher sur le plan rhumatologique. A l'inverse, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (port de charge répété au-delà de dix kilos, position debout statique au-delà de trente minutes, assise au-delà de deux heures, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de rotation en flexion-extension lombaire, et activité prolongée au-dessus de l'horizontale), et en l'absence de diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré était de 100 % « au moins à partir du 24.02.2016, date de l'examen effectué par le Dr A._____ (cf. rapport d'expertise du 02.03.2016) ». Sur le plan professionnel, ils ont qualifié le pronostic de « défavorable » chez un assuré qui ne se voyait pas travailler, mais qui demandait une rente, et chez qui prédominaient des facteurs externes défavorables.

Selon un document intitulé « REA - Rapport final » du 9 avril 2020, une aide au placement n'était pas indiquée étant donné l'attitude de l'assuré qui souhaitait ne plus travailler en raison de ses douleurs et attendait une rente.

Par projet de décision du 17 avril 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à une rente ainsi qu'à des mesures professionnelles (reclassement). Selon ses constatations, si l'intéressé

présentait une capacité de travail toujours nulle dans son activité d'aide-boucher depuis octobre 2015, une capacité de travail de 100 % pouvait toutefois être raisonnablement exigée de sa part dans une activité adaptée à l'état de santé et respectant les limitations fonctionnelles (port de charges répété au-delà de dix kilos, pas de position debout statique au-delà de trente minutes, assise au-delà de deux heures, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de rotation en flexion-extension lombaire, activité prolongée au-dessus de l'horizontale), depuis le mois de février 2016. Il n'a pas été constaté d'aggravation de l'état de santé depuis la précédente demande de prestations. La comparaison entre le revenu de valide (46'960 fr.) et celui d'invalidé (60'123 fr. 06) excluait un préjudice économique.

Le 2 juin 2020, l'assuré, par l'intermédiaire de Me Karim Hichri du Service juridique d'Inclusion Handicap, a fait part de sa contestation envers ce projet de décision. Il demandait un complément d'instruction sous la forme d'une expertise, et subsidiairement l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il estimait ne pas présenter une capacité de travail telle que retenue au SMR en contestant la valeur probante du rapport d'examen de ce service. Il a produit à cet effet un rapport du 26 mai 2020 adressé à son conseil par le Dr J. _____, rédigé en ces termes :

"1. Quels diagnostics psychiatriques à retenir ?

Le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen F33.1.

Cela fait 18 mois que je suis ce patient à présent et je n'ai pu constater que sa thymie était de manière constante basse. Le ou les experts parlent de thymie variable et fonction des douleurs, élément que je n'ai pas. Je n'ai jamais pu faire cette constatation au cours de mon suivi.

Ils mentionnent un état dépressif présent mais pas suffisant pour poser un diagnostic isolé de Trouble dépressif. Il s'agit donc pour eux d'une dysthymie (état entre une humeur normale et un état dépressif à proprement parlé), et comme cette symptomatologie est également associée à un état anxieux « léger », ils ont retenu le diagnostic de trouble anxio-dépressif mixte, qui, en effet, n'est pas synonyme d'incapacité de travail.

La question qui se pose donc est l'évaluation de l'intensité de sa symptomatologie anxieuse et dépressive.

Encore une fois, cliniquement, c'est la symptomatologie dépressive qui ressort pour moi depuis le début du suivi par ailleurs. Cf. test Hamilton dépression effectué le 10.10.2018. Il semble que les experts n'ont pas tenu compte de cette

évaluation. Le score de ce test ne s'est pas amélioré depuis que je suis ce patient.

2. *Y a-t-il des thérapies permettant d'améliorer l'état de santé du patient ?*

Apparemment non. Ses douleurs chroniques, ses mauvaises nuits, son état asthénique chronique, sa mauvaise humeur liée à son état dépressif, ses conflits familiaux et ses sévères difficultés économiques, forment le lit de son profond mal-être actuel et par là même de son état dépressif.

Et comme les médicaments antidépresseurs ne sont pas des molécules miracles, la situation du patient ne s'améliore pas.

3. *Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ?*

Certainement si son problème numéro 1 sont ses douleurs chroniques et que découragé, faut[e] de traitement curatif et de par sa structure de personnalité, il a cessé de se battre et renoncé à aller mieux. Du coup, ses ressources personnelles sont très limitées.

4. *Ressources personnelles ?*

De toute évidence très peu.

5. *Est-ce que ses difficultés vécues par l'assuré sont en lien avec des difficultés sociales ?*

Les difficultés sociales paraissent être secondaire[s] à son atteinte à la santé.

6. *Impact sur sa vie ;*

Tant sa vie professionnelle et privée sont profondément impactés par son état de santé et de manière similaire apparemment.

7. *Est-ce que le comportement de l'assuré est influencé par l'espoir d'obtenir une rente ?*

Difficile de répondre à cette question car l'assuré ne connaît pas à l'avance le montant de la rente et si elle sera plus élevée que ce qu'il reçoit de l'aide sociale et des PCs.

8. *Etat dépressif*

La compliance paraît bonne.

9. *Remarques sur ce qui est mentionné sur le status psychiatrique et le fait que le trouble dépressif ne peut être retenu en raison de 3 critères :*

a. « La thymie est fluctuante + fonction des douleurs ». Les dépressifs ont une humeur fluctuante sauf s'ils sont dans un état mélancolique profond de ce que j'ai pu observer depuis 30 ans que j'exerce mon métier. Maintenant, je n'ai, pour ma part, jamais observé de véritables fluctuations au cours des 18 mois de suivi de ce patient.

Bon la douleur ne rend pas euphorique donc forcément lorsqu'il a exacerbation de ses douleurs, il doit se sentir moins bien et plus déprimé.

Difficile d'érotiser la douleur physique.

b. Les experts ont observé « une diminution de son énergie en lien avec les douleurs ». Cela leur appartient. Pour ma part, je

- n'ai jamais vu ce patient autrement qu'asthénique et cela figure dans mes rapports sous le terme d'anergie.
c. Idem pour l'abaissement de l'intérêt et du plaisir. L'inverse figure dans mes rapports sous le terme d'anhédonie."

Le 29 juin 2020, l'OAI a reçu une liasse de rapports et certificats médicaux (déjà au dossier) des médecins consultés par l'assuré en lien avec son état de santé global défaillant. Parmi ces documents, figuraient notamment :

- un rapport du 1^{er} mai 2019 adressé à l'avocat par le Dr J._____ faisant part d'un état dépressif sévère toujours bien installé en lien avec la problématique somatique, d'importantes difficultés économiques, une péjoration de liens sociaux et familiaux, en particulier avec l'épouse. Selon le psychiatre traitant, l'incapacité de travail est de 100 % à long terme au vu d'une chronicisation avec stabilisation vers le bas des status psychique et somatique ;

- un rapport du 10 juillet 2019 relatif à une IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale effectuée le jour précédent au Centre d'Imagerie [...] SA ([...] SA), dont la conclusion est la suivante :

"Pas de processus expansif intracrânien, identifié.

Discret élargissement de la glande hypophysaire sans lésion focale clairement identifiée (l'examen n'étant pas dédié à une étude de cette région). A confronter à un bilan endocrinologique et à éventuellement reconstruire à l'aide d'un examen dédié pour l'étude de la région hypophysaire.

Discret signe de sinusite chronique maxillaire droite et ethmoïdale.

Examen artéfacté par la présence de matériels dentaires limitant l'analyse des deux maxillaires. L'examen sera complété par un scanner du massif facial afin de préciser le status osseux, à la recherche d'éventuels foyers dentaires." ;

- un rapport CT-scan du massif facial du 10 juillet 2019 effectué au [...] SA qui n' a pas identifié de processus néoplasique au niveau du massif facial, mais montré de discrets signes de pansinusite chronique, épargnant les sinus frontaux ainsi que le sinus sphénoïdal droit, avec en particulier présence d'épaississements muqueux polypoïdes à la partie déclive du sinus maxillaire droit en regard d'un foyer dentaire péri-apical, sans claire

communication bucco-sinusienne, et présence d'autres foyers dentaires au niveau du maxillaire supérieur droit, à confronter à un examen dentaire ;

- un rapport d'IRM de la colonne cervicale et dorsale du 10 juillet 2019 du [...] SA, qui se termine comme suit :

"CONCLUSION :

Signes de discopathies dégénératives, modérée en C4-C5, associée à une protrusion discale postérieure paramédiane gauche et modérée à sévère en C5-C6, associée à une hernie discale postérieure paramédiane gauche.

Sténoses foraminales en C4-C5 et C5-C6 du côté gauche, pouvant irriter et entrer en conflit avec la racine C5 et C6 gauche.

Canal cervical étroit modéré à sévère, de C4 à C6.

Protrusion discale postérieure paramédiane gauche en D12-L1.

Pas de signe de myélopathie." ;

- un protocole opératoire du 24 juillet 2019 pour un geste sous la forme de blocs facettaires en C5-C6 / C4-C5 indiqué en raison de cervico-disco-uncarthrose C5-C6 / C4-C5 G>D mixte (disco-osthéophyttaire) ;

- un rapport du 11 septembre 2019 du Dr I._____, spécialiste en otorhino-laryngologie, consulté le jour précédent. Ce praticien a posé les diagnostics de stigmates inflammatoires modérés au niveau du sinus maxillaire droite probablement d'origine dentaire (chicot en position 15), de syndrome dépressif suivi en psychiatrie, réactionnel, de tabagisme actif à un paquet par jour (30 UPA) et de dyspepsie anamnesticque occasionnelle. Aux termes de son examen clinique, ce spécialiste a pu exclure un problème néoplasique sous-jacent corroborant le bilan radiologique en indiquant que la cause probable restait un problème dentaire pour lequel une consultation maxillo-faciale pouvait être requise bien que l'assuré n'était pas demandeur. Le Dr I._____ n'avait aucune proposition supplémentaire à formuler.

Après avoir obtenu le point de vue du SMR sur les éléments médicaux recueillis dans le cadre de la contestation du préavis du 17 avril 2020 (avis audition du 18 août 2020), l'OAI a, par décision du 24 août 2020, intégralement confirmé la teneur de son projet de refus de prestations de l'assurance-invalidité. Aux termes d'un courrier du même

jour adressé au Service juridique d'Intégration Handicap, l'OAI a confirmé, qu'après analyse des pièces médicales versées au dossier, l'atteinte à la santé restait insuffisante pour ouvrir le droit à la rente compte tenu de l'absence de diagnostic incapacitant tel qu'avancé à l'appui de la contestation du 2 juin 2020.

C. Par acte du 25 septembre 2020, P._____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui est allouée dès le 1^{er} avril 2019, et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Il a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical en invoquant une forte dégradation de son état de santé sur le plan psychique justifiant l'octroi d'une rente entière en sa faveur. A titre de mesures d'instruction, le recourant a sollicité la production du dossier en mains de l'OAI, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire « neutre et indépendante », ainsi que son audition personnelle au cours d'une audience publique. Il a par ailleurs demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite, demande qui a été refusée par décision du 2 novembre 2020 de la juge en charge de l'instruction.

Dans sa réponse du 23 octobre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a estimé qu'un diagnostic d'état dépressif ne pouvait être retenu, aucun des trois critères de la dépression n'étant présent en renvoyant à l'avis SMR du 18 août 2020, et sans qu'une nouvelle expertise ne se justifiait. Il a par ailleurs produit son dossier.

Le 17 novembre 2020, en réplique, le recourant a persisté dans ses conclusions précédentes. Qualifiant le rapport d'examen clinique du SMR de « largement incomplet », il a dénoncé certains éléments qui n'avaient, selon lui, pas été retenus dans l'anamnèse. Il invoquait d'une part avoir vécu la guerre du Kosovo et en particulier avoir vécu durant plus d'un mois sous le sifflement des balles, avec des cadavres dans la rue, en

étant frappé par les policiers serbes. D'autre part, il a fait valoir avoir été battu dans l'enfance par un père violent alcoolique, subissant des violences physiques et psychologiques avec menace de couteaux en ayant craint pour sa vie. Il soutenait que de tels éléments permettaient d'expliquer la gravité des atteintes à la santé psychique, respectivement l'invalidité totale corrélative. Il a par ailleurs informé le tribunal du dépôt d'une demande d'allocation pour impotent « vu les atteintes psychiques très invalidantes au sens de l'art. 38 al. 1 let. a à c RAI », et a annoncé la production d'un rapport médical complémentaire à son acte de recours du 25 septembre 2020.

Le 22 février 2021, par « mémoire de recours complémentaire », le recourant a critiqué le volet psychiatrique figurant dans le rapport d'examen SMR du 31 mars 2020. Il a fait valoir à cet effet que, dans son rapport du 26 mai 2020, le psychiatre traitant indiquait qu'il ne l'avait jamais vu autrement qu'asthénique, ce qui figurait dans ses rapports sous le terme d'anergie, et que, contrairement au psychiatre-examineur, son psychiatre attestait d'un abaissement de l'intérêt et du plaisir. Le recourant était d'avis que les critères pour retenir une atteinte à la santé psychique étaient remplis. Ensuite, il a répété que l'anamnèse de l'examen psychiatrique réalisé au SMR était « largement incomplète sur plusieurs éléments marquants » déterminants pour l'évaluation de son invalidité ; outre la non-connaissance par le médecin-examineur du SMR des violences physiques et psychiques infligées par son père alcoolique ainsi que des scènes traumatisantes vécues lors de la guerre du Kosovo, son psychiatre et sa psychologue traitants ont diagnostiqué un autre trouble de la personnalité invalidant (F60.8). Or, le psychiatre du SMR n'avait pas été en mesure de nier ce diagnostic incapacitant dans la mesure où il ne l'avait rencontré qu'à une seule reprise et n'avait pas requis d'informations biographiques. L'examen clinique requérait d'autant plus de temps et d'entretiens qu'il comprendrait et s'exprimerait mal en français. Enfin, outre une anamnèse incomplète et l'absence d'un interprète lors de l'examen clinique, le recourant faisait grief au médecin du SMR de ne pas s'être exprimé sur l'avis divergent du Dr J._____. A défaut d'obtenir une rente entière dès le 1^{er} avril 2019 basée sur un degré

d'invalidité de 100 %, il insistait sur la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise complémentaire sur « les aspects psychiatriques du cas ». Le recourant a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 1^{er} février 2021 adressée au Dr J._____, par la psychologue spécialiste en psychothérapie FSP R._____, libellé comme suit :

“J._____,

Je fais suite à ta demande de rapport concernant Monsieur P._____, né le [...]. En se basant sur l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 05 et 20 février 2020, nous constatons que le syndrome dépressif est peut-être secondaire aux douleurs chroniques du patient. Cependant, ceci n'explique pas la complexité de la situation psychiatrique de Monsieur P._____. Ce patient souffre avant tout d'un état de stress post-traumatique accompagné de divers troubles anxieux, à la suite des traumatismes vécus depuis son plus jeune âge. M. P._____ est originaire du Kosovo, il vient d'une ethnie minoritaire subissant des répressions par les albanais du Kosovo et également par les serbes de l'ancienne Yougoslavie. Durant toute son enfance et adolescence, il était humilié et moqué par des individus appartenant à des ethnies différentes à la sienne, mais vivant dans la même ville natale que le patient. Les traumatismes ont été accentués par la situation de guerre dans laquelle M. P._____ a grandi (la raison pour laquelle il était réfugié de guerre) et par les violences physiques et psychologiques qu'il a subi de la part de son père. De plus, M. P._____ vivait au quotidien les violences conjugales entre ses parents. M. P._____ et sa famille ont été témoins de la guerre du Kosovo, par conséquent, lui et ses proches ont dû partir se réfugier au Monténégro avec comme objectif final, atteindre l'Autriche où vivait une partie de leur famille. Toutes ces expériences traumatisantes n'ont jamais été exprimés, validés ou résolus, que ça soit dans son quotidien ou en psychothérapie. Elles ont été enfuies et ressurgissent lors de conflits conjugaux au sein de sa propre famille. Elles ont eu une forte influence sur sa personnalité ainsi que sur l'état actuel de sa santé psychique. Le patient a vécu dans la peur accompagnée d'angoisses et d'attaques de panique jusqu'à l'âge de 20 ans ; il avait peur de s'exprimer et de s'affirmer face à son père jusqu'à sa majorité. Aujourd'hui encore, il a des difficultés à y faire face, lorsqu'il est témoin de conflits ou de violences physiques et lorsqu'il doit parler devant un groupe ou en public. Monsieur P._____ manque de confiance en lui et ressent une forte gêne lorsqu'il doit s'exprimer ou parler de lui, autrement qu'à travers ses douleurs somatiques. En effet, nous retrouvons cet aspect lors des séances de psychothérapie, si nous ne le questionnons pas à propos de lui, il ne va pas prendre l'initiative d'en parler lui-même, en revanche, il va être capable de répondre aux questions posées. Monsieur P._____ a des difficultés à gérer

ses émotions, ceci s'est manifesté au sein de sa propre famille et face à sa femme. Ces comportements se sont arrêtés lorsque ce dernier a commencé à avoir des problèmes somatiques de santé. Lorsque Monsieur P. _____ était occupé par une activité, il réussissait à gérer son quotidien et sa vie en général. Depuis l'apparition des problèmes somatiques et des douleurs, l'inquiétude de M. P. _____ s'est aggravée et actuellement, il se fait du souci pour sa santé, accompagnés d'angoisses, de peurs d'avoir des maladies graves et finalement de mourir. Ses peurs et ses angoisses sont accompagnées de symptômes physiologiques tels que palpitations irrégulières, transpiration, accélération de la respiration, tensions musculaires et douleurs. De ce fait, il s'est rendu plusieurs fois chez son médecin traitant ainsi qu'aux urgences de peur de mourir d'une crise cardiaque. Il s'inquiète également beaucoup pour sa famille proche, notamment ses enfants et il a toujours peur qu'il puisse leur arriver quelque chose de grave. Nous notons une reviviscence de ses traumatismes sous forme somatique accompagnés d'un tableau anxieux. Le trouble anxieux généralisé accompagné d'autres troubles anxieux, s'est exacerbé ces dernières années. En effet, Monsieur P. _____ a réalisé que certains événements de la vie sont incontrôlables et sur lesquels il ne peut pas exercer une quelconque influence ; comme le décès par AVC de l'une de ses tantes, le décès d'un de ses oncles par crise cardiaque, la perte de son emploi ou le fait de ne pas avoir de contrôle sur ses problèmes de santé. Pour lui, la vie a recommencé à paraître incontrôlable, comme lorsqu'il était enfant et qu'il subissait des violences et des maltraitances.

Dans le cadre d'une évaluation clinique auprès de notre cabinet [...], nous avons commencé à passer avec Monsieur P. _____ différents questionnaires d'évaluation clinique. Cependant, nous avons dû très rapidement arrêter, car il devenait au fil des questions, très confus, présentant des difficultés de concentration et de compréhension. Les évaluations se basent sur la présentation de la symptomatologie psychiatrique au cours des cinq entretiens avec le patient.

Diagnostics retenus :

F40.1 Phobie sociale

F41.0 Trouble panique (anxiété épisodique paroxystique)

F41.1 Anxiété généralisée

F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte

F43.1 Etat de stress post-traumatique

Diagnostics différentiels :

F45.2 Trouble hypochondriaque

F60.8 Autre trouble de la personnalité

Nous constatons que les diagnostics psychiatriques ont un impact sur sa capacité de travail. Le patient n'a pas d'autres plaintes que celles qui sont d'origine somatique, car il n'a pas la capacité de conscientisation en rapport avec ses souffrances actuelles et ses difficultés psychiques. Ceci sera possible à travers un suivi psychothérapeutique adapté à ses problématiques psychiques en lien avec les traumas, qui sont le déclencheur de la symptomatologie anxieuse et traumatique chez le patient.

De ce fait, nous recommandons l'aide à une réadaptation et/ou une réinsertion professionnelle, afin d'évaluer sa capacité de travail en tenant compte des limitations du patient en parallèle d'un suivi psychothérapeutique adapté, afin d'éviter une chronicité de son état. [...]" ;

- une lettre du 3 février 2021 adressée au conseil de l'assuré par le Dr J._____, dont on extrait ce qui suit :

“Rapport Médical

Me Duc, veuillez trouver ci-joint les réponses à votre courrier date du 17 novembre 2020 via le compte rendu de ma collègue psychologue, Mme R._____, qui parle sa langue et qui a tenté de le bilanter non sans difficultés.

Vous trouverez ainsi un complément d'anamnèse et une liste de diagnostics dont le PTSD [Post-traumatic stress disorder]. Le fait que le PTSD soit associé à d'autres troubles psychiques, appuie la gravité de la situation.

L'incapacité de travail à la lecture de cette autre évaluation est donc justifiée. [...]”

Dans sa duplique du 17 mars 2021, l'OAI a persisté dans ses conclusions précédentes. Il a maintenu que les pièces médicales versées en cause par le recourant n'étaient pas suffisantes pour rediscuter du caractère probant du rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique SMR du mois de mars 2020 et que la présence d'un interprète français-albanais n'était pas nécessaire lors de cet examen clinique, le recourant comprenant et s'exprimant en français. Il a produit un avis du même jour du SMR, auquel il se ralliait. Par le biais de la Dre O._____, le SMR a fait le point de la situation suivant :

“[...] Par décision du 24 août 2020, nous avons refusé d'octroyer une rente d'invalidité, considérant que l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Recours de l'assuré contre la décision du 24 août 2020 auprès de la Cour des assurances sociales (CASSO).

Dans sa réplique, le recourant conteste la valeur probante du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR du mois de mars 2020 et a produit en annexe une lettre du Dr J._____ du 3.2.2021 ainsi qu'un courrier de Mme R._____ du 1.2.2021.

La situation a été discutée en permanence psychiatrique :

Réplique du 22.02.2021 :

1. Concernant le RM du 26.05.2020 du Dr J._____ : Contrairement ce qu'il dit le psychiatre-traitant, l'expert du SMR n'a jamais évoqué un état dépressif, mais il a relevé la présence des symptômes anxio-dépressifs mixte[s]. En effet, l'assuré présente à la fois des symptômes anxieux et dépressifs sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant. L'expert n'a

jamais parlé d'une dysthymie, mais d'une fluctuation d'humeur. Les critères majeurs de dépression, n'ont pas été retrouvé[s], donc pas d'état dépressif. Contrairement au médecin traitant, l'expert [a] retenu que les ressources sont conservées (cf anamnèse psychosociale, psychiatrique, vie quotidienne, page 12 d'appréciation). Concernant [le] paragraphe 9 (3 critères majeurs d'état dépressif) : point A ne peut pas être appliqué à l'assuré car l'assuré n'a pas d'état dépressif. Le psychiatre traitant écrit que la douleur a l'influence sur la thymie, ce que notre expert a constaté. La thymie de l'assuré fluctue entre la normal[e] et l'humeur abaissée. Les plaintes et la description de la vie quotidienne, selon l'expert n'évoque pas [de] diminution d'intérêt et des plaisirs.

2. Concernant l'expertise psychiatrique du SMR : 2.3 Les conclusions de Dr J. _____ concernant la fluctuation de l'humeur chez les dépressifs ne peuvent pas être appliquées à l'assuré car l'assuré n'a pas d'état dépressif. Le psychiatre traitant écrit que la douleur a l'influence sur la thymie, ce que notre expert a constaté.

2.4 L'anamnèse familiale, scolaire, professionnelle, psychosociale, psychiatrique [est] présent[e] dans l'expertise.

2.5 L'expert psychiatre a cherché et pas trouvé les symptômes de stress post-traumatique.

2.6 L'expert a écarté toutes pathologies post-traumatiques.

2.7 L'expert a démontré l'absence des troubles de la personnalité (cf status)

Lettre du Dr J. _____ du 3.2.2021 : Le psychiatre-traitant annonce un nouvel diagnostic de PTC. Nous relevons que ce diagnostic et les symptômes en faveur de ce diagnostic n'ont jamais été évoqué[s] paravent par le Dr J. _____. L'expert du SMR ne décrit aucun symptôme d'état de stress post-traumatique.

Courrier de Mme R. _____ psychologue du 1.2.2021 : Les diagnostics retenus ont été discutés et éliminés par l'expert du SMR. L'expert du SMR ne décrit aucun symptôme d'état de stress post-traumatique."

Par avis du 30 mars 2021, la juge instructrice de la Cour de céans a informé le recourant, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves au dossier, ne pas estimer nécessaire d'ordonner son audition à titre de mesure d'instruction complémentaire. Compte tenu de ce qu'aucune mesure d'instruction ne nécessitait dès lors la tenue d'une audience et vu la situation sanitaire, l'intéressé était invité à préciser, dans un délai imparti au 12 avril 2021, s'il maintenait sa requête tendant à la tenue d'une audience de débats publics.

Le 12 avril 2021, le recourant a informé renoncer à la tenue d'une audience de débats publics.

Par déterminations spontanées du 14 avril 2021, le recourant a maintenu ne pas être en mesure d'exercer une activité sur le marché du travail en se prévalant des avis des médecins consultés. Il a modifié ses précédentes conclusions, requérant de mettre à la charge de l'intimé les frais de procédure, soutenant que celui-ci aurait témoigné de légèreté dans le cadre de la présente procédure. En annexe, il a produit un rapport du 13 avril 2021 du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Ce document est libellé comme suit :

"1. Quel est le status ?

Patient âgé de 42 ans, faisant un peu plus que son âge, collaborant et bien orienté aux divers modes. Ralentissement psychomoteur modéré. Baisse de l'énergie avec fatigue et fatigabilité au moindre effort. Anxiété psychique éprouvée et observée, exacerbée dernièrement par la découverte d'un nodule pulmonaire. Le patient décrit aussi des peurs et des angoisses lors des contrôles de police même s'il sait qu'il n'a rien à se reprocher.

Humeur déprimée. Cette baisse de la thymie est présente presque tous les jours et presque toute la journée. Ainsi, M. P._____ rapporte que ses enfants ont été étonnés lorsqu'ils l'ont vu une fois dernièrement sourire. Lors des entretiens, le patient est souvent triste avec parfois des pleurs à l'évocation de souvenirs traumatiques. Anhédonie : par exemple, le patient se promenait et faisait des exercices physiques en compagnie de son beau-frère. Depuis quelques années, il n'éprouve plus l'envie de le faire. Perte de la confiance en soi et baisse de l'estime de soi. Ainsi, le patient se dit être nul et ne servir à rien surtout pour sa famille. Actuellement, il ne verbalise pas d'idées noires ou d'idées suicidaires. Perte de la confiance aux autres. Difficultés de concentration et troubles de mémoire. A ce propos, le patient a dû laisser puis vendre sa voiture car il était très inattentif et grillait souvent le feu rouge. Troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissements, réveils nocturnes et réveil matinal précoce. Cauchemars où les divers traumatismes sont revécus, notamment la guerre du Kosovo où il se voit en train de mourir. Une baisse de l'appétit avec des périodes d'hyperphagie et de grignotage particulièrement la nuit. Irritabilité : ainsi, le patient s'énerve à la moindre contrariété et ne supporte pas le bruit des enfants. Baisse de la réactivité émotionnelle. Baisse de la libido. Tendance à l'isolement et à l'enfermement chez lui.

Hyper vigilance. Réactions de sursaut. Evitement des situations qui peuvent évoquer les traumatismes. Irritabilité avec accès de colère très violents et difficiles à contrôler (exemples : avec le fiancé de sa sœur, avec un collègue de travail). Souvenirs répétitifs des divers traumatismes. Ces souvenirs sont intrusifs : une pensée déclenche la visualisation d'une scène de l'un des traumatismes et son cerveau se met en action. Un indice de l'un des traumatismes peut aussi

déclencher cet état. Ceci est tellement intense et profondément vécu que le patient n'entend plus sa femme qui l'appelle. Pas d'obsessions ni de compulsions. Pas d'idées délirantes. Pas d'hallucinations.

2. *Quels sont les diagnostics retenus selon la CIM-10 ?*

Etat de stress post traumatique (F43.1)

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11)

3. *Est-ce que l'état de M. P. _____ lui permet de travailler sur le marché du travail (ancienne activité et activité adaptée à son état de santé) ?*

Non.

a. *Dans la négative, pourriez-vous motiver votre appréciation à l'une des atteintes à la santé de notre mandant et ses limitations fonctionnelles ?*

En effet, la sévérité des deux troubles et leur chronicité ont entraîné des limitations fonctionnelles considérables et durables empêchant toute activité.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : Ralentissement psychomoteur. Manque d'énergie et d'incitativité personnelle. Procrastination. Indécision. Difficultés de concentration et troubles de la mémoire. C'est son épouse qui veille à ce qu'il n'oublie pas ses rendez-vous. Difficultés dans les relations interpersonnelles avec une difficulté à intégrer une équipe et avoir des rapports paisibles avec ses collègues. Tendance à dire des mots blessants sans se rendre compte. Ces difficultés concernent même ses parents avec qui il ne se sent pas à l'aise. Le monde est perçu comme dangereux. Difficultés à gérer ses émotions notamment la colère, source de disputes qui peuvent être très violentes. Difficultés à gérer les angoisses et la peur qui deviennent facilement incontrôlables et démesurées face à des stress mineurs. Hypersensibilité au stress et difficulté à le gérer. Difficulté à maintenir un rythme diurne-nocturne en lien avec les troubles du sommeil. Difficultés dans les déplacements vu qu'il dépend des autres pour aller à ses rendez-vous. Difficultés liées aux tâches administratives. C'est son épouse qui s'en occupe. Difficultés dans les activités de la vie quotidienne avec le soutien de son épouse et une aide au ménage fournie par le CMS (1 fois par semaine).

b. *Dans l'affirmative, pouvez-vous préciser dans quelle mesure en pourcentage (%) ? et avec quel rendement en pourcentage (%) ?*

4. *Est-ce que les atteintes à la santé de notre mandant retentissent sur sa capacité à exercer une activité occupationnelle (sans but lucratif) ?*

Une activité occupationnelle en milieu protégé ne me semble pas incompatible avec les atteintes à la santé du patient et pourrait être envisagée dans un deuxième temps car elle lui permettrait de structurer son temps, de moins ruminer et peut être d'avoir des

moments libres de souvenirs traumatiques. Elle pourrait aussi l'aider, dans un cadre sécurisant, à établir des liens sociaux.

5. *Quel est le pronostic ?*

Le pronostic est réservé. Comme susmentionné, on est dans une situation d'état de stress post traumatique **complexe** (même si ce diagnostic ne figure pas dans la CIM 10 et va être intégré dans la CIM 11) au vu de l'accumulation de traumatismes répétés et prolongés : maltraitance psychique et physique par le père à l'enfance (coup de ceinture dès l'âge de 4 ans, menace par un couteau à l'âge de 11 ans ; devoir se réfugier chez les voisins lorsqu'il a par exemple brisé par inadvertance une vitre), climat de terreur semé par la police serbe qui l'a tabassé sans motif, les horreurs de la guerre lors de l'encerclement de sa ville natale [...] en 1999 et la fuite dans des conditions tragiques.

La comorbidité avec le trouble dépressif, qui est assez fréquente, ainsi qu'avec les douleurs chroniques complique davantage le tableau. A cela s'ajoute la limitation considérable des ressources du patient. Il en résulte une réduction des possibilités de rétablissement et par conséquent une incapacité de travail totale et permanente dans les divers domaines d'activité."

Le 6 mai 2021, l'office intimé a derechef conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a joint un avis SMR du 26 avril 2021, auquel il se ralliait, et dont il ressort que le rapport du 13 avril 2021 du Dr H. _____ ne contenait pas de nouvel élément objectif susceptible de modifier sa position, mais qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état médical.

Dans d'ultimes déterminations spontanées du 21 mai 2021, confirmant ses précédentes conclusions, le recourant a répété que, contrairement à l'analyse incomplète du Dr E. _____, lequel n'avait pas connaissance des violences physiques et psychiques infligées durant la jeunesse ainsi que des scènes traumatisantes vécues pendant la guerre du Kosovo, le rapport médical du Dr H. _____ était « en tout point convaincant » car tenant compte des plaintes et basé sur une connaissance approfondie du dossier. En outre le diagnostic de trouble de stress post-traumatique avait aussi été retenu par sa psychologue R. _____ et le Dr J. _____. Enfin, le recourant déplorait le fait que le rapport du Dr H. _____ n'ait pas été soumis à l'expert, l'OAI s'étant contenté de recueillir le point de vue du médecin du SMR. Or, en présence d'un diagnostic nouveau susceptible d'avoir échappé à l'expert

E. _____, le SMR ne pouvait se limiter à écarter les explications du Dr H. _____ en retenant une appréciation différente d'un même état de fait.

Une copie de cette dernière correspondance et son annexe a été remise à l'intimé pour son information le 31 mai 2021.

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.

Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée le 14 novembre 2018.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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 conforme au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à

influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

e) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

f) 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

4. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281

consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

5. a) Par décision du 5 octobre 2016, l'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité, au motif que le recourant bénéficiait notamment d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (possibilité d'alterner les positions, port de charge répété au-delà de dix kilos, travaux de flexion-rotation du tronc, travaux avec les bras en hauteur en charge, exposition au froid, stations debout prolongées et position en porte-à-faux du dos) depuis le 1^{er} août 2016, ce qui, après comparaison des revenus exigibles, excluait un préjudice économique susceptible d'ouvrir le droit à la rente.

Dans le cadre de la nouvelle demande du 14 novembre 2018, l'OAI a, par décision du 24 août 2020, nié le droit à la rente en faveur du recourant, retenant un état de santé inchangé en l'absence d'aggravation intervenue depuis la décision de refus du 5 octobre 2016. Les constatations médicales de l'office intimé sur lesquelles il s'est basé résultent d'un rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du mois de mars 2020.

De son côté, le recourant fait valoir une modification notable (aggravation) de son état de santé, en particulier psychique. Ce faisant, il conteste la capacité de travail entière prise en compte par l'intimé en estimant avoir droit à une rente entière dès le 1^{er} avril 2019 sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. Il s'appuie sur les rapports successifs de son psychiatre traitant (Dr J._____) ainsi que l'évaluation du 1^{er} février 2021 de sa psychologue R._____.

b) Dans un premier moyen, le recourant fait valoir que l'examen des 5 et 20 février 2020 au SMR n'est pas probant dans la mesure où un interprète français-albanais n'était pas présent lors de cet examen clinique, ce qui, à ses yeux, a constitué un frein pour une bonne et complète compréhension de ses déclarations par les médecins-examineurs. Cet argument tombe à faux. Outre le fait qu'il n'a pas

requis l'assistance d'un interprète lors de l'examen en question, il ressort du dossier qu'après avoir rejoint son épouse en Suisse en [...], l'assuré a travaillé depuis 2005, et sans que des problèmes de compréhension de la langue française ne ressortent des différents rapports médicaux recueillis au dossier. Sous la rubrique « contexte psychosocial » figurant en page 5 du rapport d'examen SMR, il est notamment écrit : « Langues parlées, lues et écrites (notamment le français), aptitude à la communication : il [l'assuré] parle et comprend le français, il parle, écrit et comprend l'albanais ». A lecture, la rubrique consacrée à l'appréciation consensuelle du cas sur le plan psychiatrique lors de l'examen bidisciplinaire du SMR du début 2020 rapporte largement les propos de l'assuré, sans faire état de problème de compréhension (rapport d'examen SMR, p. 12). Du reste, ce dernier n'expose pas concrètement quelles auraient été les incompréhensions des médecins-examineurs vis-à-vis de ses déclarations faites au cours de l'examen clinique bidisciplinaire des 5 et 20 février 2020.

Le premier grief du recourant ne peut donc qu'être rejeté.

c) aa) Lors de la demande de prestations initiale, l'office intimé a, sur la base du dossier de l'assuréur perte de gain [...] (dont en particulier un rapport d'expertise du 2 mars 2016 du Dr A. _____, lequel conclut notamment à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues [éviter les travaux avec port de charges répétées au-delà de dix kilos et en flexion du tronc, ainsi qu'une activité permettant l'alternance des positions]), et des rapports médicaux en sa possession, constaté que la reprise de l'activité habituelle d'aide-boucher était compromise depuis le 26 octobre 2015 en raison de l'état de santé défailant sur le plan somatique. Les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de cervicalgies de caractère musculaire avec rectitude cervicale et cervico-discarthrose C5-C6-C7, de dorsalgie interscapulaire et de la charnière thoracolombaire dans le contexte de discopathie Th12-L1-L2 et de lombalgie sur spondylose et hernie discale médiane et paramédiane bilatérale L4-L5 (variation transitionnelle lombosacrée) avaient été posés par le spécialiste consulté

à l'époque. Seule une activité sédentaire sans port de charge, ni position contraignante pour le rachis, pouvait être envisagée à plein temps dès le 1^{er} août 2016 (rapport du 16 mai 2016 du Dr B. _____), ce que confirmait pour sa part le médecin traitant (rapport du 5 août 2016 du Dr C. _____).

bb) Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 14 novembre 2018, après avoir recueilli un rapport du 10 décembre 2018 du médecin traitant ainsi que ceux des 23, 30 janvier et 30 mai 2019 du Dr J. _____ consulté depuis le 3 octobre 2018, attestant d'une aggravation de l'état de santé psychique avec une capacité de travail nulle, même dans une activité adaptée, l'office intimé a confié la réalisation d'un examen clinique (rhumatologique et psychiatrique) de l'assuré à son service médical régional. Dans leur rapport du 31 mars 2020, les Drs F. _____ et E. _____, qui ont examiné l'assuré les 5 et 20 février 2020, ont posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervico-dorso-lombalgies chroniques non spécifiques avec discopathies protrusives prédominant en C4-C5, C5-C6, D12-L1, L1-L2, L4-L5. Sans répercussion sur la capacité de travail, les examinateurs ont retenu des séquelles de maladie de Scheuermann, une anomalie de transition avec sacralisation partielle de L5 ainsi qu'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Sur la base de leurs propres constatations cliniques, ils ont estimé que, si la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 27 octobre 2015 dans l'activité habituelle d'aide-boucher, elle était par contre de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (port de charges répété au-delà de dix kilos, position debout statique au-delà de trente minutes, assise au-delà de deux heures, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de rotation en flexion-extension lombaire, et activité prolongée au-dessus de l'horizontale). Ces médecins ont fait part d'un pronostic défavorable en présence d'un assuré qui ne se voyait pas travailler et était demandeur d'une rente, et chez lequel prédominaient des facteurs extérieurs défavorables (en l'occurrence, la longue durée d'évolution, la résistance au traitement et des facteurs contextuels, notamment des problèmes d'acculturation ainsi que l'absence de formation certifiée).

d) aa) Dans ses écritures, le recourant rediscute la valeur probante du volet psychiatrique de l'examen clinique du SMR datant de février 2020 en alléguant une aggravation de sa santé psychique. Il reproche tout d'abord à l'expert d'avoir dressé une anamnèse incomplète, invoquant avoir vécu la guerre du Kosovo et avoir été battu dans son enfance par son père violent et alcoolique. Il déplore ensuite l'absence de prise en compte par les médecins du SMR du point de vue divergent de son psychiatre sur l'évaluation de l'évolution de son état de santé, lequel est d'avis que la capacité de travail est nulle en toute activité, même adaptée, compte tenu de l'état de santé psychique déficient.

L'actuel examen clinique rhumatologique et psychiatrique rapporte largement et fidèlement les faits. Cet examen bidisciplinaire comporte une anamnèse historique quasi similaire à celle de l'expertise rhumatologique mise en œuvre par l'assureur perte de gain [...] à l'époque de la précédente procédure (rapport d'expertise du 2 mars 2016 du Dr A. _____, pp. 4 - 5). Elle reflète les déclarations faites par l'assuré aux médecins-examineurs du SMR. La partie de vie qui se rapporte à la guerre vécue au Kosovo a été discutée par ces examineurs. Il est en effet mentionné dans l'anamnèse que l'intéressé a travaillé dans son pays jusqu'à la guerre et qu'il a ensuite trouvé refuge au Monténégro, puis en Autriche et en Italie (rapport d'examen SMR, p. 4). Au status psychiatrique, il n'est pas rapporté de trouble phobique sous la forme de flashbacks ou de cauchemars en lien avec un événement stressant, exceptionnellement menaçant ou exceptionnellement catastrophique. Hormis la présence de ruminations anxieuses, il n'est pas objectivé d'attente craintive, ni de tension motrice continue, et il n'y a pas de signes d'anxiété aiguë constatés (rapport d'examen SMR, p. 9). A la lecture du rapport d'examen du SMR, il n'y a aucun élément objectif permettant de retenir un état post-traumatique, ni même un vécu traumatisant lié à la guerre du Kosovo. Par ailleurs, ce vécu est antérieur à l'arrivée du recourant en Suisse pour rejoindre sa femme en [...], et ne l'a pas empêché de travailler à plein temps pendant plus de dix ans.

S'agissant de l'anamnèse psychosociale (rapport d'examen SMR, p. 6), l'assuré a décrit à l'expert psychiatre du SMR avoir passé une enfance sans particularité avec une mère gentille et un père strict, sans mentionner aucune violence exercée au sein de sa famille. L'adolescence est aussi sans particularité (sans conduites délictueuses, ni consommation de toxiques, ni problèmes psychologiques). L'examiné a décrit une bonne entente avec ses pairs. L'allégation selon laquelle le recourant aurait été battu par son père violent et alcoolique est ainsi totalement contradictoire avec ses déclarations aux examinateurs du SMR et ne saurait être retenue. Selon la jurisprudence, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou déclarations de la première heure), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6). Le recourant n'a apparemment pas mentionné ces éléments (ni les « traumatismes » liés à la guerre) au Dr J._____, psychiatre qu'il consulte pourtant depuis octobre 2018. Il en a uniquement parlé à son avocat ainsi qu'à sa psychologue, après s'être vu signifier le rejet de sa demande de rente par l'OAI, ce qui les rend douteux. Cette question ne s'avère de toute manière pas déterminante, car encore une fois le vécu de l'assuré en lien avec la guerre dans son pays est antérieur à son arrivée en Suisse en [...]. Cette période de vie ne constitue donc à l'évidence pas un élément qui a entravé la pleine capacité de travail de l'intéressé depuis lors durant plusieurs années.

Il y a lieu de constater que le rapport de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR datant de février 2020 répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des documents médicaux (cf. consid. 3f supra). Ce rapport d'examen bidisciplinaire est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et complète décrivant le contexte déterminant. Reposant sur des investigations fouillées, ce rapport contient une

appréciation consensuelle claire de la situation par des spécialistes dans leurs domaines et aboutit à des conclusions médicales motivées et exemptes de contradictions.

bb) Sur le plan somatique, la situation est décrite comme étant stabilisée depuis la première procédure datant de 2016. La péjoration annoncée par le médecin traitant est d'ordre psychiatrique et non pas ostéo-articulaire, et les médecins-examineurs du SMR n'ont, quant à eux, pas constaté d'aggravation depuis le rapport d'expertise du 2 mars 2016 de leur confrère le Dr A. _____ ; à l'époque, les douleurs étaient cotées entre 7 - 9 sur 10 et lors de l'examen de février 2020 elles fluctuent entre 6 - 10 sur 10. Au jour de l'examen du SMR, les douleurs avec réaction de retrait à la palpation des apophyses épineuses dorsales (moyennes, inférieures et lombaires) de même que celles à la compression du sacrum ne sont plus présentes. La position assise reste bien tolérée. Quant aux aptitudes cervicales, elles sont globalement comparables avec même une légère amélioration des rotations. Selon les examineurs du SMR, l'activité habituelle d'aide-boucher demeure contre-indiquée en raison des atteintes dégénératives de la colonne vertébrale. A l'inverse, une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues reste pleinement exigible de la part de l'assuré. Cette évaluation de l'état de santé somatique, en particulier rhumatologique, n'est du reste pas remise en cause par le recourant et son médecin traitant, lequel admet une stabilisation de l'état de santé intervenue au plan strictement somatique.

cc) Sur le plan psychiatrique, il convient de relever que, dans le cadre de l'instruction de la demande précédente, il n'avait pas été retenu d'incapacité de travail de l'assuré compte tenu de l'absence de diagnostic incapacitant retenu sur cet axe par les médecins consultés (rapport du 16 mai 2016 du Dr B. _____ ; rapport du 5 août 2016 du Dr C. _____). De son côté, l'expert rhumatologue mandaté par l'assureur perte de gain (Dr A. _____) n'avait pas non plus estimé que l'état de santé psychique de l'assuré entravait la reprise en plein d'une activité adaptée aux anomalies somatiques.

Dans le cadre de la nouvelle demande déposée le 14 novembre 2018, sur avis du médecin traitant (Dr C._____) qui décrivait un syndrome dépressif secondaire lié aux douleurs chroniques, l'assuré a consulté un psychiatre (Dr J._____) depuis le 3 octobre 2018. Posant le diagnostic d'état dépressif moyen à sévère (F32.1) depuis le début 2018, ce praticien fait part d'une incapacité de travail de l'intéressé en toute activité, même adaptée. Sans incidence sur la capacité de travail, il cite les diagnostics d'autre trouble de la personnalité (F60.8) et de problème relationnel sévère avec le partenaire (Z63.0).

Au terme de son examen clinique, le psychiatre du SMR ne retient pas de diagnostic incapacitant, mais uniquement un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) sans effet sur la capacité de travail. Sur le plan psychosocial, il est décrit un assuré au bénéficiaire d'un permis « C » en Suisse et possédant son permis de voiture qui est capable d'utiliser les transports publics sans appréhension majeure. Comprenant le français et l'albanais, il est marié à une compatriote qui ne travaille plus depuis 2008 (dans le cas présent il existe une entente difficile au sein du couple en lien avec sa situation financière) et avec laquelle il a cinq enfants (nés en [...], [...], [...], [...] et [...]). L'intéressé conserve des contacts avec sa famille proche (frères, sœurs et parents). Le couple vit des prestations complémentaires famille, l'assuré étant, pour sa part, endetté auprès des impôts et de son assureur-maladie. Il vit, avec femme et enfants, dans un appartement locatif de cinq pièces. Les dernières vacances remontent à l'été 2018 où il s'est rendu, avec une connaissance en voiture et accompagné des siens, au Kosovo pour visiter ses parents. Le descriptif de la journée-type rapporte un réveil aux alentours de 07h30, avec une douche variant selon l'état douloureux du jour. Après le déjeuner, l'assuré amène ses enfants à l'école (trajet à pieds de quatre minutes) et parfois c'est son épouse qui s'en charge. Il aide cette dernière pour la confection du repas de midi, qu'il prend en famille, avant de raccompagner, soit lui-même soit sa femme, les enfants à l'école. L'après-midi, il effectue une sieste variant d'une à deux heures selon la nuit passée. Ensuite, il récupère à nouveau les enfants ou c'est son épouse qui s'en occupe. De

retour à domicile, il prend du temps pour discuter avec ses enfants de leur journée, puis aide à nouveau sa femme pour la préparation du repas du soir. Il va se coucher vers 22 ou 23h00. Selon les douleurs, il dit avoir besoin de trente à quarante minutes pour s'endormir. Suivant l'intensité, il lui arrive de se réveiller entre trois et quatre reprises par nuit. S'il ne parvient pas redormir, il se lève, marche un peu et prend un anti-inflammatoire. Sa femme s'occupe de la tenue du ménage, lui-même passant parfois l'aspirateur au salon. Il se charge d'effectuer les courses à pieds (trajet de cinq minutes) avec ses filles aînées, deux à trois fois par semaine. Il n'a pas de centre d'intérêt particulier, maintient des liens avec sa famille ainsi que sa belle-famille, et s'occupe également des enfants. La libido est fonction des douleurs qu'il présente. Le jour de l'examen au SMR, l'exploration de l'assuré n'a pas mis en évidence d'atteinte de la lignée anxieuse (hormis la présence de ruminations) et phobique. Concernant la personnalité, il n'a pas été constaté de labilité émotionnelle en fonction des événements de vie que l'assuré peut considérer comme stressants, ni d'impulsivité, ni de relations interpersonnelles instables. Il n'a pas été observé non plus de méfiance, de détachement par rapport aux relations sociales, de croyances bizarres voire de pensée magique ayant une influence sur le comportement. L'assuré n'a pas montré un comportement provoquant ou inadapté. Il a été noté, par le médecin-psychiatre, qu'il prenait la plupart de ses décisions importantes sans aucune subordination de ses propres besoins à ceux des personnes dont il dépend, en particulier sa femme. Il n'a pas été observé d'idées délirantes, ni de signes de la série psychotique. L'exploration de la thymie a objectivé une fluctuation de l'humeur tributaire des douleurs. Il n'a pas été constaté de diminution de l'intérêt et du plaisir. Il existait une réduction de l'énergie ainsi qu'une diminution de l'appétit en lien avec les douleurs, mais toutefois sans perte de poids. Il n'y avait pas de baisse de l'estime et de la confiance en soi. Aucune idéation suicidaire n'a été objectivée, et aucun élément de la lignée maniaque, ni d'hypomanie retenus. Sur la base de ces constatations cliniques, les médecins-examineurs du SMR sont d'avis que l'assuré dispose de ressources disponibles ou mobilisables conservées, et qu'il conserve son autonomie dans la vie quotidienne.

Le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) sans répercussion sur la capacité de travail est par conséquent étayé sur la base de constatations cliniques, l'intéressé présentant à la fois des symptômes anxieux et dépressifs sans atteindre, à dire de spécialistes, une intensité suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Les médecins du SMR ont précisé que le diagnostic d'épisode dépressif ne peut pas être retenu, aucun des trois critères majeurs de la dépression n'étant rempli en l'espèce ; la thymie est fluctuante selon les douleurs, une réduction étant constatée en lien avec les douleurs, et l'examiné ne présente pas d'abaissement de l'intérêt et du plaisir. Il est du reste noté, lors de l'examen de février 2020 au SMR, que l'assuré estime que son état psychique ne s'est pas modifié, ni péjoré depuis son arrêt de travail le 23 octobre 2015. Il est en outre fait part de divergences observées entre les symptômes, le comportement de l'examiné durant l'entretien et l'activité de la vie quotidienne ; ainsi, malgré la description de douleurs importantes, l'assuré n'a pas présenté d'attitude antalgique au cours de l'entrevue, et il ne présente pas de diminution de l'autonomie au quotidien.

Sur le plan psychiatrique, on s'aperçoit en particulier que le descriptif de la vie quotidienne du recourant, est superposable à la description effectuée quatre ans plutôt par le Dr A._____. En contradiction avec l'avis du médecin traitant, lequel estime que le recourant est sans ressources, des ressources mobilisables sont dûment constatées au SMR, ainsi que les divers diagnostics possibles. Celui-ci finalement retenu, en l'absence d'effet incapacitant constaté, est justifié sur le plan médical. Les conclusions du médecin-examineur du SMR reposent sur l'ensemble des circonstances observées ; il a en particulier analysé le déroulement d'une journée-type et constaté l'absence de baisse de l'intérêt et du plaisir sur cette base objective, et pas uniquement en se fondant sur l'attitude de l'assuré observée durant l'entretien médical, comme semble le dire le psychiatre traitant le 26 mai 2020 (Rép. 9 let. b en page 2).

e) Dans ses réponses du 30 mai 2019 à l'OAI, à la question de savoir quelles sont les ressources disponibles ou mobilisables sur lesquelles l'assuré peut compter, son psychiatre traitant (Dr J._____) a répondu : « Pas de ressources disponibles à ce jour. Sa famille est très pauvre et vit au Kosovo » ; or la question de l'office intimé ne portait pas sur l'évaluation des ressources financières mais plutôt sur les ressources humaines mobilisables de l'intéressé. Pour sa part, le Dr J._____ mettait en évidence les difficultés financières (Rép. 3) qu'il semblait faire passer au second plan dans son rapport du 26 mai 2020, indiquant que cela constituait un des facteurs favorables à l'instauration du profond mal-être actuel, et par là-même de l'état dépressif qu'il diagnostique. Interrogé sur le déroulement d'une journée-type, le psychiatre traitant constatait pour sa part que l'assuré participait au ménage en partie, qu'il amenait les enfants à l'école et préparait souvent les repas, avec de courtes sorties vers le lac, confirmant l'existence de loisir et d'énergie retenue par les médecins du SMR, et donc de ressources humaines mobilisables. Dans ses rapports successifs, le Dr J._____ évoque également des problèmes familiaux et économiques en tant qu'autres sources du profond mal-être de l'assuré. Le 26 mai 2020, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen (F33.1), il remet en question le diagnostic retenu par les médecins du SMR ; il considère qu'en raison de l'intensité de la symptomatologie anxieuse et dépressive, l'assuré est profondément affecté dans son fonctionnement sur les plans professionnel et privé. Ce faisant, il oppose ses propres constats médicaux qui ne sont pas toujours identiques à ceux des médecins-examineurs. Dans le cas présent, le psychiatre traitant entend substituer ses propres constatations et conclusions à celles de son confrère médecin-psychiatre du SMR ; or, ce dernier a évalué la capacité de travail, non pas simplement en considérant que les pathologies induisent une incapacité de travail totale, mais en appréciant le degré de gravité fonctionnel. A cet égard, le médecin-psychiatre a pondéré les déficits et les ressources, en déterminant la cohérence entre les plaintes de l'assuré et son comportement dans ses diverses activités (en observant une absence de limitation rencontrée dans la vie quotidienne), et en excluant, dans son analyse, des facteurs contextuels non médicaux, susceptibles d'entraver la reprise par

l'intéressé d'une activité professionnelle. De son côté, le test d'Hamilton effectué le 10 octobre 2018 auquel se réfère le psychiatre traitant pour objectiver son estimation divergente de l'état de santé psychique et ses répercussions sur la capacité résiduelle de travail ne ressort toutefois pas de ses rapports médicaux successifs. Dans ces circonstances, ce praticien échoue à objectiver son point de vue divergent de l'estimation de la capacité de travail résiduelle du recourant.

Quant à l'avis du 1^{er} février 2021 de la psychologue R. _____ produit par le recourant avec son mémoire de recours complémentaire du 22 février 2021, ce document n'est pas susceptible de mettre en doute les constatations et les conclusions du SMR sur la capacité de travail résiduelle, ou de justifier un complément d'instruction. En effet, cette intervenante n'est pas médecin et elle semble avoir été fortement influencée pour son évaluation du cas par l'anamnèse de l'assuré, respectivement par les « traumatismes » qu'elle tient comme étant les facteurs déclencheurs de la « symptomatologie anxieuse et traumatique chez le patient ». Pour sa part, la psychologue traitant préconise une réadaptation et/ou une réinsertion professionnelle pour évaluer la capacité de travail résiduelle de son patient en parallèle d'un suivi adapté afin d'éviter une chronicité de son état psychique. Cette intervenante perd toutefois de vue que, par le passé, l'état de santé psychique du recourant ne l'a pas empêché de travailler à plein temps et durant plusieurs années, ceci dans un métier au demeurant éprouvant. Il y a donc là une contradiction flagrante entre le point de vue de la psychologue et les faits ressortant du dossier, ce qui justifie de s'en écarter.

Contrairement à ce que soutient le recourant, le point de vue divergeant de son psychiatre traitant a été pris en compte dans le cadre de l'instruction médicale diligentée par l'OAI. Ainsi, par avis du 17 mars 2021, joint à la duplique du même jour, la Dre O. _____ a pris position sur les critiques soulevées par le médecin traitant. S'agissant du rapport de mai 2020, il a été observé que, contrairement au psychiatre traitant, l'examineur a uniquement relevé la présence de symptômes anxieux et dépressifs, n'atteignant pas une intensité suffisante justifiant un

diagnostic séparé. Il est noté que pour sa part l'expert psychiatre du SMR n'a jamais parlé de dysthymie, mais d'une fluctuation de l'humeur. En l'absence des critères majeurs de dépression, il n'a donc pas été retenu d'état dépressif au terme de l'examen clinique de février 2020 ; le médecin-examineur a au contraire retenu des ressources conservées. Les remarques formulées par le psychiatre traitant sur le status psychiatrique et l'absence des critères du trouble dépressif (figurant sous le point 9 de son rapport du 26 mai 2020) ont dûment été discutées par la médecin du SMR ; ainsi, la remarque figurant sous Rép. 9 let. a du rapport du médecin traitant n'est pas applicable au cas particulier, faute d'état dépressif de l'assuré. D'autre part, l'influence de la douleur sur la thymie a été constatée par l'examineur, avec une fluctuation entre la normale et l'humeur abaissée. En troisième et dernier lieu, les plaintes et le descriptif de la vie quotidienne n'évoquent pas, à dire de spécialiste, une baisse d'intérêt et des plaisirs. A côté des conclusions contradictoires du psychiatre traitant et de l'examen psychiatrique du SMR, la Dre O._____ a observé que l'anamnèse (familiale, scolaire, professionnelle, psychosociale et psychiatrique) ressort de l'examen clinique. De plus, et malgré ses recherches, l'examineur n'a pas trouvé les symptômes d'un stress post-traumatique. Il a en outre écarté toutes pathologies post-traumatiques et noté, au status, l'absence de troubles de la personnalité chez le recourant. En dernier lieu, l'annonce par le psychiatre traitant, le 3 février 2021, d'un nouveau diagnostic (PTSD [Post-traumatic stress disorder]) pour justifier la gravité de la situation n'est pas jugé pertinent. D'une part, ce diagnostic n'a jamais été évoqué auparavant par le psychiatre de l'assuré et, d'autre part, le médecin-examineur du SMR n'a pas décrit de symptômes d'un état de stress post-traumatique au terme de son entrevue. Il résulte que le SMR, par le biais de la Dre O._____, s'est dûment exprimé sur les critiques formulées par le médecin traitant du recourant et a confirmé l'analyse du cas effectuée par ses médecins-examineurs en février 2020.

Enfin, le rapport du 13 avril 2021 du Dr H._____ retient les diagnostics d'état de stress post traumatique (F43.1) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique

(F33.11) et indique que la sévérité des deux troubles ainsi que leur chronicité ont généré des limitations fonctionnelles « considérables et durables empêchant toute activité », avec la précision que seule une activité occupationnelle en milieu protégé pouvait être envisagée dans un second temps. Réservant son pronostic, ce psychiatre retient « une situation d'état de stress post traumatique complexe » en raison de l'accumulation de traumatismes répétés et prolongés (maltraitance psychique et physique par le père à l'enfance, climat de terreur semé par la police serbe qui l'a tabassé sans motif, les horreurs de la guerre et la fuite dans des conditions tragiques). Outre que les éléments mentionnés par ce psychiatre ressortent déjà des rapports des autres intervenants consultés (Dr J. _____ et la psychologue R. _____), les constatations du Dr H. _____ se basent essentiellement sur les déclarations de l'assuré, qui divergent de celles qu'il avait faites aux médecins examinateurs du SMR (cf. consid. 5d/aa supra). Il reste que l'actuel psychiatre traitant procède à une appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical, sans que son avis doive être préféré à celui de son confrère le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

Aucune pièce au dossier ne permet de mettre sérieusement en doute les conclusions des médecins-examineurs. Le SMR tient compte de l'ensemble de la situation médicale pour forger son avis et l'OAI a examiné et pris en considération la globalité du dossier pour rendre ses conclusions.

Les moyens soulevés par le recourant sont par conséquent tous mal fondés.

f) Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'OAI qui, sur la base de l'avis des médecins du SMR, a retenu, à juste titre, que si l'incapacité de travail du recourant demeure totale dans l'activité usuelle d'aide-boucher depuis octobre 2015, une capacité de travail résiduelle de 100 % reste raisonnablement exigible de sa part dans une activité adaptée au handicap physique (port de charges répété au-delà de dix kilos, pas de position debout statique au-delà de trente minutes, assise au-

delà de deux heures, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs en rotation en flexion-extension lombaire, et activité prolongée au-dessus de l'horizontale), depuis le mois de février 2016, en référence à l'expertise rhumatologique mise en œuvre par l'assureur perte de gain [...] à l'époque de la précédente procédure.

g) Finalement, à la date de la décision litigieuse du 24 août 2020, l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié depuis la décision de refus du 5 octobre 2016 entrée en force.

Compte tenu de l'absence de griefs soulevés par le recourant sur l'instruction économique du dossier, en l'absence de modification des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, entre la dernière décision de refus de rente du 5 octobre 2016 et la décision litigieuse du 24 août 2020, l'OAI était fondé à refuser le droit à la rente compte tenu de l'absence de préjudice économique résultant de l'état de santé défaillant.

6. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures - à savoir, son audition personnelle ainsi que la réalisation d'une expertise médicale judiciaire - doivent dès lors être rejetées. Notamment le recourant qui a déjà pu s'exprimer devant l'autorité administrative a également pu le faire tout au long de la procédure et on ne voit pas en quoi son audition pourrait être utile. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 août 2020 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 de P._____.

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 Jean-Michel Duc (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :