

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 février 2015

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Thalmann et M. Neu
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Z._____, à Renens, recourant, représenté par Me Elie Elkaim, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst. ; 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Originaire d'ex-Yougoslavie, entré en Suisse en 1985, au bénéfice d'un permis d'établissement (permis C), Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1957, est marié et père de trois enfants nés entre 1978 et 1988. Il a travaillé dès le 1^{er} janvier 1999 en qualité de chauffeur de camion au service de l'entreprise B._____ S.A.

Le 4 juin 1999, au travail, lors du déchargement d'un camion, une palette d'un poids estimé à 300 kilos a glissé et est tombée sur la jambe gauche de l'assuré. Il en est résulté une fracture de Maisonneuve de la cheville gauche, traitée par ostéosynthèse à l'Hôpital K._____ le 14 juin 1999.

Par décision sur opposition du 20 août 2002, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 15% dès le 1^{er} décembre 2001. Elle a refusé d'engager sa responsabilité pour les troubles d'ordre psychique qui pourraient limiter la capacité de gain, et versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 9'720 fr., correspondant à un taux de 10%. Elle a en substance considéré que l'atteinte ostéo-articulaire autorisait, à plein temps et sans diminution de rendement, l'exercice d'une activité professionnelle réputée légère, en position assise et/ou permettant d'alterner les positions. Cette décision a été confirmée par jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 15 avril 2004 (cause n° AA 74/02 - 64/2004), lequel n'a pas été attaqué.

b) Le 14 juin 2000, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Faisant suite à un avis de son Service médical régional (ci-après : le SMR) du 26 juillet 2002 qui a retenu l'existence d'une arthrose débutante de l'articulation tibio-tarsienne gauche, l'office AI a, par décision du 5 février 2003, dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Il a estimé que

l'activité de chauffeur poids lourds n'était plus exigible. En revanche, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges répété de plus de 10 kilos, pas de déplacements fréquents, possibilité d'alternance des positions et pas de position debout prolongée. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision.

Z._____ ayant été licencié pour le 31 décembre 2000, il a repris, durant l'année 2001, une activité de chauffeur de car, d'abord en tant que salarié puis, dès 2007, à titre indépendant. Il s'agissait d'un travail sur appel pour effectuer en moyenne quatre trajets par semaine sur le territoire suisse. L'assuré a mis un terme à son activité pour des raisons de santé au 31 mars 2010.

Le 23 mai 2009, l'assuré a été victime d'un nouvel accident : en descendant de son autocar, il a fait une chute sur l'épaule gauche, ce qui a entraîné une fracture de l'humérus proximal gauche, traitée conservativement. Une incapacité totale de travail a été attestée depuis lors par divers certificats médicaux.

B. Par formulaire signé le 6 novembre 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Sollicitant l'octroi d'une rente, il a fait état d'une fracture sous-capitale de l'humérus gauche existant depuis le 23 mai 2009. Procédant à l'instruction de la cause, l'administration a recueilli divers renseignements, notamment d'ordre médical. Le dossier de l'assureur perte de gain a en outre été produit.

En annexe aux réponses aux questions posées par le Dr J._____, médecin auprès du SMR, à la Dresse L._____, médecin associée au département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital K._____, celle-ci a joint, en date du 18 août 2011, les documents médicaux en sa possession. Y figuraient notamment les deux pièces suivantes :

- un rapport du 8 juillet 2009 faisant suite à un électroneuromyogramme (ENMG) pratiqué le même jour par le Dr

H._____, spécialiste en neurologie. Celui-ci y relevait que l'assuré avait développé une amyotrophie de l'épaule gauche. D'importantes douleurs l'empêchaient de bouger normalement ce bras et le médecin a constaté une paralysie fonctionnelle de l'épaule gauche,

- un rapport du service de psychiatrie de liaison du 13 juin 2011, signé par M._____, psychologue adjointe, et P._____, psychologue assistante. Ces dernières ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), trouble anxieux (F 41.9) et difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z 56.7). Elles ont indiqué que, confronté à ses nombreuses difficultés somatiques, socio-économiques et familiales, l'assuré avait développé une symptomatologie dépressive et anxieuse de sévérité moyenne.

Dans un avis médical du 24 octobre 2011, le Dr J._____ a relevé que le séjour effectué par l'assuré dans le service de rééducation de l'Hôpital K._____ du 23 mai au 8 juin 2011 n'avait pas amené de résultat significatif. La force musculaire et la mobilité du membre supérieur gauche restaient limitées. Les douleurs annoncées étaient toujours aussi vives et l'état dépressif n'était pas amélioré. Il ressortait de l'examen angiologique des membres inférieurs que l'évolution après pontage ilio-fémoral était favorable, avec un rétablissement des pressions périphériques. Il a par conséquent préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique en vue de préciser les limitations fonctionnelles objectives tant somatiques que psychiques.

En date du 4 novembre 2011, l'office AI a informé l'assuré qu'une expertise médicale bidisciplinaire était nécessaire. Le volet rhumatologique était confié au Dr C._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, tandis que l'évaluation psychiatrique incomberait au Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. L'assuré n'a fait valoir aucun motif de récusation dans le délai de dix jours imparti à cet effet.

Daté du 28 janvier 2012, le rapport du Dr C._____ contient une anamnèse personnelle, socio-professionnelle et médicale circonstanciée (pp. 2-9). Il rapporte ensuite les plaintes émises par l'assuré, expose brièvement les constatations cliniques objectives effectuées par systèmes (status général, tête et cou, cardio-vasculaire, respiratoire, digestif et neurologique) et d'un point de vue ostéoarticulaire (démarche, posture, musculaire, rachis cervical, rachis dorsolombaire, épaules, coudes, poignets et mains, hanches, genoux, chevilles et pieds) puis rend compte des examens complémentaires pratiqués (pp. 9-12). Le Dr C._____ a ensuite posé les diagnostics suivants :

« 4.1 *Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail:*

- Omalgies G persistantes post traumatiques en 2009
 - status post fracture sous capitale post traumatique en mai 2009 traitée conservativement
 - probable schéma capsulaire séquellaire
 - tendinopathie sus-épineux dégénératif modeste
 - possible status post lésion du plexus brachial en 2009

4.2 *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:*

- Lombopygialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
 - arthrose facettaire L4-L5 D
 - minime protrusion L4-L5 en 2010
- Cervicobrachialgies récurrentes sans signe radiculaire
- Arthrose modérée tibio-astragaliennne G
- Status post pontage ilio-fémoral D prothétique pour artériopathie oblitérante du MID en novembre 2010
- Tabagisme actif
- Dyslipidémie traitée »

L'expert C._____ s'est ensuite exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas » :

Nous sommes confrontés à un assuré de 54 ans, d'origine serbe, en Suisse depuis 1980, marié, père de trois enfants majeurs, n'ayant pas de formation professionnelle mais ayant travaillé comme aide-menuisier puis aide-charpentier puis depuis 1986 comme chauffeur

de poids lourds puis depuis 2001 comme conducteur de car, puis depuis 2007, comme indépendant, conducteur de car. Il stoppe son activité professionnelle le 23.05.2009, suite à une chute ayant entraîné une fracture de l'épaule G.

Du point de vue médical, il est connu pour une arthrose modérée tibio-astragaliennne G, suite à une fracture de Maisonneuve G le 04.06.1999, ostéosynthésée, suivie d'une algodystrophie puis d'une ablation des vis péronéo-tibiales en octobre 1999. L'assuré est également connu pour des lombalgies à répétition depuis 2010, ainsi qu'une fracture de l'épaule G suite à une chute, ainsi que d'une artériopathie du MI, d'une dyslipidémie et un tabagisme chronique, pour lequel il bénéficie d'un pontage ilio-fémoral en 2010.

A l'examen de ce jour, on note la présence essentiellement de douleurs et de difficultés à mobiliser l'épaule G avec schéma capsulaire prononcé séquellaire. Il n'y a que peu de troubles sensitivo-moteurs significatifs. On note également une ankylose de la cheville G ainsi que des cervico-brachialgies et des lombalgies sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire.

Au status de ce jour, on note d'une part un syndrome lombovertébral et d'autre part un syndrome cervico-brachial sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiographique effectué jusqu'à ce jour met en évidence, au niveau de l'épaule G, une tendinopathie du sus-épineux dégénérative modeste, la radiographie de la colonne cervicale et lombaire est rassurante, il n'y a pas de trouble dégénératif significatif hormis une arthrose facettaire postérieure L4-L5 G. On note une protrusion discale sans conflit radiculaire à ce niveau. La radiographie de la cheville confirme la présence d'une arthrose tibio-astragaliennne, surtout postérieure, mais qui reste cependant modérée.

A noter qu'il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, il n'y a pas de signe de non organicité.

Force est de constater, dès lors, la discordance entre les plaintes, l'impotence fonctionnelle de l'assuré et les examens cliniques et paracliniques de ce jour.

Du point de vue thérapeutique, l'assuré devrait continuer à bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique, surtout en axant sur la récupération de la mobilité articulaire, en y effectuant des exercices de circonvolution-décoaptation de l'épaule G.

Du point de vue de son exigibilité, dans son ancienne activité de chauffeur de car, au vu de la lésion et des douleurs de l'épaule G, sa capacité de travail est estimée à 70% avec diminution de rendement de 20%. Dans une activité adaptée, avec alternance de positions, diminution du port de charge avec le MSG, et sans marche en terrain accidenté, sa capacité de travail pourra être totale.

Notre appréciation se différencie de celle de la Dresse L. _____, qui estime que l'assuré ne peut plus reprendre une activité professionnelle quelconque.

A notre avis, on note une discordance entre l'exacerbation de la symptomatologie douloureuse et une impotence fonctionnelle et l'examen clinique et paraclinique effectué ce jour. L'assuré présente certes un schéma capsulaire probablement séquellaire de l'immobilisation post-fracturaire en 2009. Cette hypomobilité fluctue cependant en fonction des distractions de l'assuré. Celle-ci varie entre 0 et 90° de manière active, tant en abduction qu'en antépulsion. L'assuré peut rester assis plus de 2 heures durant l'entretien alors qu'il allègue une impossibilité à rester assis plus d'une heure lors de ses déplacements, en raison de douleurs lombaires.

L'ultrasonographie de ce jour reste rassurante, on note certains signes dégénératifs du sus-épineux qui ne présente d'ailleurs pas de signe de rupture, ni même partielle, il n'y a pas de signe de bursite. Les lésions restent compatibles avec l'évolution due à l'âge.

Les lésions radiologiques lombaires restent modérées, il n'y a pas de discopathie significative, on note une arthrose facettaire postérieure, probablement connue de longue date des lésions dégénératives de la cheville G connues également de longue date n'a pas empêché l'assuré d'avoir une activité professionnelle jusqu'en 2009.

C'est surtout l'épaule G qui entraîne l'impotence fonctionnelle dans une reprise d'une activité professionnelle.

D'un point de vue interdisciplinaire: après discussion avec le Dr S. _____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social, sa capacité de travail dans son activité antérieure de chauffeur de car indépendant, est estimée à un taux de 70% avec diminution du rendement de 20%, [au] vu de la longue durée d'incapacité de travail. Dans une activité adaptée, il n'y a pas d'incapacité de travail à faire valoir.

L'expert a ensuite répondu comme suit aux questions de l'administration :

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés.

L'assuré présente une limitation fonctionnelle comportant les mouvements au-dessus de l'horizontale et le port de charges de plus de 5 kg en abduction pour l'épaule G, les longs déplacements en terrain accidenté ou sur échelle.

Du point de vue quantitatif:

Dans son activité antérieure de chauffeur de poids lourds indépendant à 70% avec diminution du rendement de 20%.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici:

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

L'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle. A notre avis, en janvier 2010, soit 6 mois après l'événement fracturaire, une reprise d'activité professionnelle aurait pu être exigée.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail?

Cf. point 2.1.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible?

Oui. A 70%.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement?

Oui, de 20%, au vu [du] long arrêt de travail, de plus de deux ans.

2.5 Depuis quand au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

Depuis mai 2009. En janvier 2010, une reprise de l'activité antérieure aurait raisonnablement pu être exigée. De manière transitoire, sur deux mois, après l'opération de novembre 2010 pour le pontage ilio-fémoral D, une incapacité de travail peut être justifiée.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Elle est restée nulle jusqu'à ce jour.

L'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle, l'arrêt de travail est octroyé par la Dresse L. _____ qui le justifie par l'atteinte psychologique.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

L'assuré a déjà bénéficié d'une réadaptation professionnelle.

Les facteurs de mauvais pronostic sont la conviction d'une invalidité totale et à vie, et son âge.

Les facteurs de bon pronostic sont l'excellente maîtrise du français, la capacité à s'être intégré en Suisse depuis 1980, la bonne intelligence de l'assuré et la capacité à s'être adapté à plusieurs corps de métiers et à s'être installé comme indépendant en 2007.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1 Si oui par quelles mesures?

Oui, en lui proposant une activité avec alternance de positions, assis-debout, en-dessus de l'horizontale de l'épaule G et le port de charges de plus de 5 kg avec l'épaule G.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Théoriquement bonne.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Cf.2.1

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée?

Du point de vue purement rhumatologique, à 100% (accueil, sécurité, magasinier d'objets légers, vente d'objets légers ou de nourriture légère).

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement?

Dans une activité professionnelle adaptée, il ne devrait pas présenter de diminution de rendement. »

De son côté, le Dr S. _____ a déposé son rapport le 30 janvier 2012. Après un bref historique du dossier et une anamnèse circonstanciée (pp. 1-3), il relate succinctement les plaintes de l'assuré, décrit le status psychiatrique et expose en quelques lignes le déroulement d'une journée de la vie quotidienne de l'assuré (pp. 4-5). L'expert n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, seule une dysthymie n'affectant pas cette dernière ayant été diagnostiquée (F 34.1). Il a conclu son rapport en exposant ce qui suit :

« Assuré de 54 ans, originaire de Serbie, en Suisse depuis 1978, ayant travaillé depuis 1983 comme chauffeur de camions, chauffeur de camions frigorifiques, chauffeur d'autocars, et actuellement depuis 2007 chauffeur indépendant de car, ayant déposé une première demande de prestations AI en date du 14 juin 2000, au titre d'une fracture de Maisonneuve gauche, aboutissant à un refus de prestations en date du 06 février 2003, confirmé par un arrêt du TCA en date du 15 avril 2004. Seconde demande de prestations AI déposée en date du 09 novembre 2009 pour fracture sous-capitale de l'humérus gauche.

L'examen psychiatrique du 21 décembre 2011 met en évidence :

- o Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger avec: moral préservé, sans véritable tristesse ni irritabilité, avec ruminations existentielles sans idées noires, avec fatigue anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire, avec anhédonie partielle, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil globalement mauvais, perturbé par des retards d'endormissement et des réveils itératifs, appétit moyen. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec, à raison de 70% du temps, des moments où l'assuré se sent moins bien, en colère contre tout le monde et où il regarde la télévision et à raison de 30% du temps, des moments où il se sent mieux et sort voir les journaux, rencontre ses connaissances, va au jardin. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines des périodes pendant

lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré,

- o une absence de symptomatologie dépressive incapacitante,
- o une absence de symptomatologie anxieuse incapacitante,
- o une absence de signe floride de la lignée psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité,
- o la présence d'une symptomatologie algique sans grande intensité ni détresse, sans comorbidité psychiatrique (dans la mesure où une dysthymie ne peut participer d'une comorbidité) ni repli social.

L'existence d'une symptomatologie algique pourrait faire évoquer un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant mais manquant alors au tableau la détresse et l'intensité des plaintes; l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne permettent pas d'envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique tableau somatoforme.

Nous avons pris bonne note du rapport de consultation, en date du 13 juin 2011, de Mme P._____, psychologue à l'Hôpital K._____, dont le rapport sera ultérieurement utilisé par les médecins traitants sous la forme de consilium psychiatrique, alors qu'il s'agit en fait d'un rapport de consultation psychologique. La discussion proposée dans ce rapport met en évidence

1. un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, semble-t-il résolutif à l'introduction d'un traitement antidépressif par Cipralext,
2. un trouble anxieux sans précision de date de survenue, de fréquence, d'intensité, de symptomatologie, ce qui nous paraît relativement difficile à retenir pour un trouble anxieux responsable d'une incapacité de travail de longue durée; sont mentionnées aussi des difficultés liées à l'emploi et au chômage, qui n'ont pas forcément de valeur incapacitante,
3. nous ne voyons ce qui, dans ce rapport, motiverait des diagnostics significatifs psychiatriques responsables d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Le dossier mis à notre disposition nous renseigne sur une expertise psychiatrique en date du 30 mars 2001, effectuée à la Clinique T._____ de D._____ et qui se conclut ainsi: « *ce patient présente un tableau douloureux chronique dans les suites d'un traumatisme accidentel de la jambe gauche. Malgré des soins thérapeutiques prodigués, la chose évolue plutôt sur un statut d'invalidé avec demande de prestations AI en cours. Tout ceci dans un contexte psychosocial peu favorable, avec des difficultés d'ordre relationnel chez un patient présentant une problématique de la personnalité et une faiblesse pour l'alcool, avec des antécédents d'abus au moins épisodiques. En l'état, le status psychiatrique est calme, en l'absence d'une psycho-symptomatologie significative quelconque.* ». Nous rappellerons que l'assuré a été débouté de deux recours à l'époque, l'un contre la SUVA, l'autre contre la décision de refus AI. Nous sommes étonnés de la proximité (en

dehors de l'addiction alcoolique) des tableaux symptomatiques présentés à 10 ans d'écart.

Notre examen psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbations de l'environnement psychosocial, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Sur le plan psychiatrique, nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 21 décembre 2011 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable, au sens de l'AI, d'une incapacité de travail de longue durée.

Sur le plan bidisciplinaire, après discussion avec notre collègue C._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social, sa capacité de travail dans son activité antérieure de chauffeur de car indépendant est estimée à un taux de 70% avec diminution du rendement de 20% au vu de la longue durée d'incapacité de travail. Dans une activité adaptée, il n'y a pas d'incapacité de travail à faire valoir. »

L'expert a conclu son appréciation en niant l'existence de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, la capacité de travail étant à cet égard totale dans toute activité. Il n'y avait dès lors, selon lui, pas de raison médicale, d'ordre psychiatrique, à une réadaptation professionnelle.

Par avis médical du 6 février 2012, le Dr J._____ a déclaré se rallier aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire.

Le 5 mars 2012, l'office AI a informé l'assuré que sa demande de prestations était rejetée. Il a pour l'essentiel constaté qu'il présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 23 mai 2009 avec, à l'échéance du délai d'une année de l'art. 28 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), une capacité de travail de 70% avec une baisse de rendement de 20%, soit 56% effectif, dans l'activité habituelle de chauffeur professionnel. Une capacité de travail de 100% était toutefois raisonnablement exigible dès le mois de janvier 2010 dans une profession adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (activité permettant l'alternance des positions et évitant le travail des bras au-dessus de l'horizontale ainsi que les ports de charges de plus de 5 kilos à gauche). S'agissant de la comparaison des

gains, l'administration a retenu un revenu sans atteinte à la santé de 58'682 fr. – fondé sur la convention pour la branche des transports routiers du canton de Vaud en 2007 (personne diplômée avec expérience), indexé à l'année 2010 – et un revenu d'invalidé de 61'164 fr., correspondant au salaire de référence pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé, dont à déduire 10% à titre d'abattement, soit un revenu avec invalidité final de 55'048 fr. 03, d'où un degré d'invalidité de 6,19%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Le 21 mars 2012, l'assuré a annoncé qu'il fournirait de nouveaux éléments médicaux attestant son incapacité de travail. En date du 13 avril 2012, soit dans le délai prolongé par l'office AI, il a produit un rapport médical du Dr Q._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, daté du 1^{er} mars 2012. Tout en fixant l'incapacité de travail de l'assuré à 100%, le Dr Q._____ a pour le surplus renvoyé sur ce point aux rapports de la Dresse L._____. L'assuré a en outre joint divers documents, dont un rapport médical daté du 5 juillet 2011 adressé au Dr Q._____ par cette même praticienne et le Dr X._____, médecin-assistant. Celle-ci y relevait notamment une hypotrophie de la musculature du trapèze et des deltoïdes, la mobilisation gléno-humérale active étant arrêtée à 40° d'élévation et d'abduction avec une rotation externe nulle et une rotation interne d'au maximum 10°. Elle a observé une faiblesse globale du membre supérieur gauche prédominant proximale où des signes de parésie étaient évidents. A ses yeux, l'ensemble des problèmes physiques et psychologiques présentés par l'assuré justifiaient la reconnaissance d'une incapacité totale de travail dans toute activité. Etait également joint un rapport du 20 juillet 2011 adressé au Dr Q._____ par la Dresse L._____, faisant suite à une consultation de la veille.

Dans un avis médical du 24 avril 2012, le Dr J._____ a écrit ce qui suit :

« L'assuré objecte que nous n'aurions pas eu connaissance de toutes ses pathologies avant de prendre position. Il joint un rapport du Dr Q._____, généraliste, qui retient une atteinte de l'épaule

gauche, une neuropathie ulnaire gauche, des lombo-sciatalgies droites, des douleurs de la cheville gauche, un déconditionnement musculaire, une artériopathie du MID après pontage ilio-fémoral et un état dépressif et anxieux. Il atteste une incapacité de travail totale depuis le 11.9.2009 dans toute activité. Il joint des rapports de la Dresse L._____, du service d'angiologie, du Dr H._____, neurologue, de l'Institut Y._____.

Tous ces documents se réfèrent à des pathologies connues des experts, et qui ont été prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail.

Contrairement aux allégations de l'assuré, il n'y a à aucun élément nouveau de nature à modifier notre position. »

Par décision du 30 avril 2012, l'office AI a confirmé son refus de toutes prestations (rente et mesures professionnelles) avec une motivation identique à celle contenue dans son projet du 5 mars précédent. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a expliqué que ce dernier reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique et qu'il était en tous points conformes aux dispositions légales.

C. **a)** Par acte du 31 mai 2012, Z._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du canton de Vaud. Avec suite de frais et dépens, il conclut à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui est octroyée dès le 23 mai 2010, subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'autorité administrative pour nouvelle décision. Le recourant reproche en substance à l'office intimé de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble des éléments au dossier ainsi que des particularités de sa situation personnelle pour déterminer son degré d'invalidité. En d'autres termes, il se plaint d'une constatation inexacte, voire incomplète des faits pertinents du cas d'espèce. Il relève que, en retenant une capacité de travail de 70% avec une diminution de rendement de 20%, la décision querellée se fonde exclusivement sur le rapport du Dr C._____. Or, cette appréciation ne tiendrait pas compte des limitations fonctionnelles qu'il éprouverait dans la mobilisation de son bras gauche, alors même que celles-ci auraient été constatées par les médecins qu'il a consultés. Elles feraient obstacle à la conduite quotidienne d'un bus, pesant en moyenne douze tonnes, dès lors que celle-ci nécessite impérativement l'usage des deux bras du conducteur,

que cela soit pour tourner le volant dans un col de montagne ou pour changer les vitesses tout au long du trajet. Le recourant se prévaut en outre d'importantes douleurs lombaires, auxquelles s'ajoutent des risques de rechutes vasculaires liés au pontage ilio-fémoral droit subi en novembre 2010 et nécessitant des changements de position réguliers. Ces deux derniers éléments constitueraient selon lui des limitations fonctionnelles en elles-mêmes qui devraient être ajoutées à celles découlant de l'accident du 23 mai 2009, seules prises en compte par le Dr C._____. Le recourant estime par ailleurs que les professions énumérées par le Dr C._____ ne sauraient être exigibles, tant au regard des limitations fonctionnelles qu'il présente que sous l'angle de sa situation personnelle (âge) et de son expérience professionnelle. Concrètement, il en déduit qu'il n'existe pas de profession adaptée et que, partant, sa capacité de travail est nulle dans toute activité. Invoquant la précarité de sa situation matérielle, le recourant sollicite l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite.

Par décision du 15 juin 2012, le précédent magistrat instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 31 mai précédent. Le bénéfice de l'assistance judiciaire impliquait l'exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Elie Elkaim.

Dans sa réponse du 11 juillet 2012, l'office AI a proposé le rejet du recours. Réfutant les arguments développés par le recourant, il ne voit pas quel élément objectif aurait été omis par le Dr C._____. Que ses conclusions divergent de celles des médecins traitants ne signifie pas pour autant que son rapport serait entaché d'incohérences. Au contraire, son expertise satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. L'intimé observe pour le surplus que la formulation des limitations fonctionnelles n'a pas à être déterminée précisément, dès lors qu'au regard du large éventail des activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, il existe un nombre significatif d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Au demeurant, âgé de 53 ans au moment de la naissance

hypothétique du droit à une rente, il ne saurait bénéficier de la jurisprudence relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés proches de l'âge de la retraite. C'est donc à juste titre qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles a été retenue.

Réitérant en réplique du 29 août 2012 les griefs développés dans son mémoire du 31 mai 2012, le recourant souligne que l'office intimé n'a pas exposé, dans la décision attaquée, les motifs l'ayant conduit à écarter les rapports médicaux dressés notamment par les Drs L._____, Q._____, X._____ et H._____. S'agissant de son état de santé psychique, il fait valoir que la séparation intervenue entre son épouse et lui-même l'a particulièrement affecté. Il s'étonne au demeurant que l'office intimé ait désigné le Dr C._____ en qualité d'expert alors que les pathologies présentées ne relèvent pas de sa spécialité médicale. En conséquence, il sollicite la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et requiert l'audition de quatre témoins, soit les Drs L._____, G._____ et Q._____ ainsi que celle du responsable de la fiduciaire chargée de la tenue de ses comptes, R._____. Le recourant a joint un bordereau de pièces contenant la description de différentes professions qui lui seraient accessibles selon le Dr C._____ (agent de sécurité, hôte d'accueil, gestionnaire du commerce de détail) ainsi que deux rapports des 15 et 27 août 2012 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Ce spécialiste y faisait brièvement état de son désaccord avec la position de l'office intimé et suggérait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, au vu des différentes pathologies orthopédiques et neurologiques du membre supérieur, artérielles du membre inférieur, des problèmes lombaires et de la surcharge psychosociale présentés par le recourant.

Dupliquant le 20 septembre 2012, l'office intimé observe en premier lieu qu'une décision administrative n'a pas vocation à détailler les éléments sur lesquels elle ne se fonde pas. Au demeurant, si une violation du droit d'être entendu devait être constatée, la possibilité subsiste qu'elle soit réparée devant une instance judiciaire de recours disposant du même

pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi librement contrôler l'état de fait et les considérations juridiques ayant présidé à l'élaboration de la décision entreprise. S'agissant ensuite des reproches adressés par le recourant au rapport d'expertise du Dr C._____, l'intimé relève que dans la décision attaquée la limite de charges a été fixée à 5 kilos, alors qu'elle s'élevait à 10 kilos dans la décision du 5 février 2003. Outre qu'il n'a jamais été question que le recourant puisse soulever des charges supérieures à 10 kilos, l'intimé réfute ainsi les incohérences que contiendrait, au dire du recourant, l'expertise du Dr C._____. Enfin, âgé de 55 ans au moment de la notification de la décision litigieuse, l'intimé considère, sur la base de la jurisprudence fédérale, que le recourant n'est pas suffisamment proche de l'âge légal de la retraite pour qu'il puisse être admis qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité de travail sur un marché équilibré. Il a en conséquence maintenu sa position.

b) Le 30 novembre 2012, le magistrat instructeur a invité chacune des parties à déposer un questionnaire à l'attention des Drs L._____, G._____ et Q._____.

Le 20 février 2013, le Dr Q._____ a déposé ses réponses au seul questionnaire établi par le recourant. Il a renvoyé, s'agissant de la capacité de travail, à l'appréciation de la Dresse L._____ et du Dr G._____.

Le 26 février 2013, la Dresse L._____ a fait parvenir ses réponses au questionnaire des parties. Elle estime que l'activité de chauffeur de car ou de poids lourds n'est plus exigible en raison des limitations fonctionnelles et des troubles neurologiques du membre supérieur gauche. Elle se fait en outre l'écho des plaintes du recourant qui affirme que la position assise est « très pénible », de sorte qu'il doit se lever toutes les 30-40 minutes, ce qui se concilie mal avec une activité de conducteur de bus. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, la Dresse L._____ considère qu'une évaluation des capacités fonctionnelles devrait être effectuée. Elle n'exclut pas l'éventualité que le

recourant reprenne l'exercice d'une profession, pour autant que celle-ci soit adaptée à son état de santé.

Le 28 mars 2013, le Dr G._____ a transmis une copie d'une lettre au conseil du recourant du 28 août 2012 ainsi qu'un rapport daté du 21 mars 2012 à son intention dû à la plume du Dr F._____, spécialiste en neurologie, consécutif à un examen du même jour. Aucun de ces praticiens ne s'est prononcé sur la capacité de travail du recourant, le Dr G._____ ayant derechef préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire aux fins de répondre aux questions posées.

Se déterminant sur les rapports de la Dresse L._____, l'intimé souligne en date du 21 mars 2013 que cette dernière est le médecin traitant du recourant. Alors qu'elle dresse un catalogue de limitations fonctionnelles recouvrant celui établi par l'expert C._____, elle s'écarte de ses conclusions en termes d'appréciation de la capacité de travail, en ce sens qu'elle estime ne pas être en mesure de se prononcer en l'état sur ce point. Or, l'intimé persiste à considérer qu'il convient de suivre le Dr C._____ en ce qui concerne le taux de capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et que des investigations complémentaires ne se justifient pas. Un avis médical non daté du Dr J._____ était joint à cette écriture.

De son côté, par pli du 8 avril 2013, le recourant observe que, quand bien même la Dresse L._____ suggère qu'un stage d'orientation professionnelle soit effectué afin de connaître précisément les différentes limitations fonctionnelles dont il souffre, elle conclut, sans équivoque, que l'association des lésions qu'il présente l'empêche d'exercer une activité lucrative adaptée pouvant tenir compte de toutes ses limitations. Il confirme en conséquence les conclusions prises dans son recours du 31 mai 2012.

Le 10 juin 2013, le recourant a produit un lettre datée du 19 avril précédent émanant du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant. Celui-ci y mentionnait un suivi ayant

débuté le 7 février 2013 et faisait état d'une dépression anxieuse persistante dans les suites d'une chronicisation de la symptomatologie douloureuse, ayant pour conséquence l'absence de récupération des aptitudes fonctionnelles liées aux séquelles des accidents de 1998 (sic) et de 2009. Se prévalant ainsi de la péjoration de son état de santé psychique, le recourant confirme ses précédentes conclusions. Cela étant, rappelant que la Dresse L._____ avait suggéré une évaluation des capacités fonctionnelles, il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire « dirigée par un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, un chirurgien vasculaire et un spécialiste en psychiatrie ».

Par décision du 26 novembre 2013, le magistrat instructeur a fixé l'indemnité de Me Elkaim à 4'769 fr. 85 pour la période du 31 mai 2012 au 17 juillet 2013.

Par écriture du 16 décembre 2013, l'office intimé relève que le Dr Q._____ a répondu au seul questionnaire adressé par le recourant. Il relève par ailleurs que ce praticien s'en remet dans une large mesure aux prises de position de ses confrères spécialistes, notamment en ce qui concerne l'intégralité des questions relatives à la capacité de travail. S'agissant du Dr G._____, l'intimé observe que celui-ci se borne à faire part de son incompréhension quant à la décision litigieuse, sans pour autant argumenter son point de vue. En ce qui concerne le rapport du Dr N._____, il en ressort que le suivi auquel il fait référence a débuté plusieurs mois après la notification de la décision querellée et que les notions d'état anxieux et dépressif figuraient déjà au dossier lorsque le recourant a été examiné par le Dr S._____ au mois de janvier 2012. L'intimé déclare enfin que l'écriture du recourant du 8 avril 2013 se borne à faire la synthèse de la prise de position de la Dresse L._____ du 26 février précédent. S'étant déjà exprimé sur ce point le 21 mars 2013, il n'entend pas y revenir et, partant, confirme derechef ses conclusions.

Le 19 décembre 2013, le magistrat instructeur a demandé au Dr Q._____ de répondre aux questions de l'office intimé, ce qu'il a fait en date du 7 janvier 2014. Parmi les différents diagnostics mentionnés, il

retient une leucocytose avec neutrophilie et précise qu'il a été posé le 25 mai 2013 par la Dresse V._____. Il estime que la capacité de travail du recourant est nulle dans toute activité.

Le 10 janvier 2014, le recourant relève que le Dr Q._____, dans son rapport du 20 février 2013, confirme son incapacité totale de travail. Faisant sien l'avis du Dr G._____, selon lequel une expertise pluridisciplinaire devrait être mise en œuvre, il constate que l'intimé s'est, dans son écriture du 21 mars 2013, écarté de l'opinion de son SMR, qui recommandait une évaluation auprès de la Clinique T._____. Compte tenu de ces divergences, le recourant réitère sa requête tendant à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit diligentée.

Se déterminant en date du 4 février 2014 sur le rapport du Dr Q._____ du 7 janvier précédent, l'intimé met en exergue son caractère incomplet et le fait que son appréciation de la capacité de travail est insuffisamment étayée. Il considère par conséquent que ce rapport ne saurait être déterminant pour la solution du litige.

Par lettre du 4 février 2014, le recourant déduit du rapport du Dr Q._____ du 7 janvier 2014 une péjoration de son état de santé en comparaison des indications contenues dans son rapport du 20 février 2013 et souligne que, selon ce praticien, les douleurs intenses engendreraient en cas de reprise d'une activité un absentéisme important, régulier et prévisible, ce qui exclut aux yeux du médecin prénommé toute capacité lucrative. Le recourant se réfère pour le surplus à son écriture du 10 janvier 2014.

Le 22 mai 2014, le magistrat instructeur a informé les parties que la cause lui paraissait en état d'être jugée, sous réserve d'un complément d'instruction qui serait ordonné par la Cour.

Le 11 juillet 2014, le recourant a produit une lettre du Dr N._____ datée de la veille, dans laquelle il rappelle que le suivi de l'intéressé a débuté le 7 février 2013 et que celui-ci présente une

fluctuation de son état psychique avec péjoration paroxystique en lien avec l'exacerbation de ses douleurs. Le pronostic serait mauvais. Le recourant en déduit qu'en sus des atteintes physiques qu'il présente, ses troubles psychiques affectent directement sa capacité de gain et se répercutent même sur l'accomplissement de ses tâches habituelles, telles que les travaux ménagers. Dans la mesure où l'expertise pluridisciplinaire qu'il requiert ne devait pas être mise en œuvre, il confirme une nouvelle fois les conclusions de son recours.

En annexe à son écriture, le conseil du recourant a fait parvenir la liste des opérations effectuées pour la période du 11 décembre 2013 au 11 juillet 2014, soit au total 55 minutes pour lui-même et 10 heures 45 pour l'avocat stagiaire. Il a annoncé des débours pour un montant de 12 fr. 30.

S'exprimant une ultime fois en date du 28 juillet 2014, l'intimé relève que le rapport du Dr N._____ du 10 juillet 2014 décrit des constatations postérieures à la décision litigieuse, si bien qu'il ne saurait en être tenu compte dans le cadre de la présente procédure. Il maintient en conséquence ses conclusions.

Le 7 août 2014, le recourant signale que les éléments mis en évidence par le Dr N._____ tendent à compléter l'expertise réalisée par le Dr S._____.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assuré présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 23 mai 2010.

3. Dans un premier moyen, le recourant se plaint du fait que l'office intimé n'a pas exposé, dans la décision attaquée, les motifs pour lesquels il s'est fondé, pour déterminer sa capacité de travail, sur l'expertise bidisciplinaire des Drs C._____ et S._____ et non sur l'appréciation émanant des spécialistes qu'il a consultés.

a) Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; 125 II 369 consid. 2c ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver

dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (ATF 112 Ia 107 consid. 2b ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2).

Le droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 p. 390 ; 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 p. 390 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 p. 197 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

b) Dans la décision attaquée, l'office AI se réfère aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire, en particulier l'appréciation du Dr C._____, pour retenir que l'assuré présente une capacité résiduelle de travail de 56% dans son activité habituelle de chauffeur et de 100% dans une profession respectant les limitations fonctionnelles énoncées. L'intimé n'y explicite certes pas pour quels motifs il a privilégié l'avis des experts à celui des médecins consultés. Cependant, l'omission ne saurait être considérée comme particulièrement grave dès lors que l'assuré a eu l'opportunité de s'exprimer devant une autorité de recours disposant d'un plein pouvoir d'examen compte tenu de la maxime d'office prévalant en matière d'assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa et TF 9C_403/2010 du 31 décembre 2010 consid. 4.2.2).

4. Sur le fond, le recourant fait grief à l'office AI d'avoir considéré qu'il était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée à son atteinte à la santé. L'ensemble des professions proposées par l'autorité intimée ne seraient en effet pas raisonnablement exigibles au vu de son

état de santé. Son incapacité de travail et de gain étant totales, il aurait par conséquent droit à une rente entière d'invalidité.

a) L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité : un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2; 8C_1034/2009 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Cela vaut aussi pour le psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 2).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

Lorsque, comme en l'espèce, la rente a été refusée une première fois 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 (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 109 V 262 consid. 3). Si l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2, 343 consid. 3.5.2).

Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet toutefois pas de conclure à l'existence d'une aggravation qui justifierait une révision de la décision d'octroi ou de refus de rente. Car la procédure de révision selon l'art. 17 LPGA ne sert pas à remettre en cause une décision rendue suite à une appréciation divergente d'un état de fait qui n'a pas connu de modification notable (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b; SVR 1996 IV n° 70 p. 203 consid. 3a ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

5. En l'espèce, aucune des atteintes à la santé du recourant, notamment celles présentes au niveau du membre supérieur gauche et du membre inférieur gauche entraînant des limitations fonctionnelles, n'a été ignorée par l'expert rhumatologue. L'amyotrophie de l'épaule gauche évoquée par le Dr H. _____ dans son rapport du 8 juillet 2009 et l'hypotrophie de la musculature mentionnée par la Dresse L. _____ le 5 juillet 2011 ressortent toutes deux de l'expertise du Dr C. _____ qui qualifie l'amyotrophie de peu significative (rapport d'expertise du 28 janvier 2012, p. 10). Quant aux limitations fonctionnelles de l'épaule gauche citées par les Drs H. _____ et L. _____, elles sont décrites par le Dr C. _____ en p. 11 de son rapport.

a) L'expert relève notamment une mobilité fluctuant en fonction de la dérivation de l'attention du recourant et une diminution de la musculature de la région deltoïdienne peu significative. Aucun élément ne permet de soutenir que les amplitudes décrites par l'expert n'auraient pas été effectivement atteintes. Dans son rapport du 5 juillet 2011, la Dresse L. _____ observe une attitude antalgique chez son patient. Elle rapporte en outre des plaintes peu précises, variables d'un moment à l'autre, vraisemblablement influencées par le moral de ce dernier (cf. rapport médical du 20 juillet 2011). De fait, les amplitudes de la mobilité de l'épaule gauche diffèrent en fonction de la personne de l'examineur, des circonstances de l'examen et de la compliance du recourant. S'agissant de la force musculaire, elle est, selon la Dresse L. _____ (cf. rapport du 26 février 2013), diminuée proximatement, diminution cependant non quantifiable. Ce constat n'entre pas en contradiction avec celui de l'expert (cf. rapport d'expertise du 28 janvier 2012, p. 11). L'expert se prononce sur la base d'examens complémentaires actualisés à la faveur de l'expertise (radiographie du 14 octobre 2011 et ultrasonographie des épaules gauche et droite du 21 décembre 2011).

En ce qui concerne la capacité résiduelle du recourant dans l'exercice de son activité habituelle, l'expert C. _____ explique pour quelles raisons (rapport d'expertise du 28 janvier 2012, p. 14) il s'écarte

de l'avis de la Dresse L._____. On observera au demeurant que cette dernière précise dans son rapport du 26 février 2013 n'avoir pas fait une évaluation des capacités fonctionnelles de son patient : les limitations décrites se fondent uniquement sur les questions anamnestiques et sur l'examen clinique, dont on rappellera, s'agissant de l'examen de la mobilité de l'épaule gauche, qu'il peut aboutir à des résultats variables. Enfin, il est notoire que bus et autocars de la dernière génération disposent d'équipements d'aide à la conduite électronique, ce qui entraîne pour conséquence que leur conduite ne suppose plus l'usage indispensable de la force.

b) Pour ce qui est du membre inférieur gauche, l'expert C._____ retient le diagnostic d'arthrose modérée tibio-astragaliennne (rapport d'expertise du 28 janvier 2012, p. 13). Il a constaté une diminution de la mobilité aux deux tiers en flexion et pro/supination (loc. cit., p. 11). La Dresse L._____ mentionne dans son rapport du 26 février 2013 une discrète tuméfaction, une flexion/extension (10/0/10) inférieure à celle de la cheville droite (20/0/30) et douloureuse. La différence de constat dans la mobilité n'est pas significative. Au demeurant, la Dresse L._____ considère que l'atteinte à la cheville gauche est peu responsable de l'incapacité de travail actuelle et l'évaluation de la diminution de 5 à 10% comprend la composante « douleurs », laquelle est subjective (rapport médical du 26 février 2013, n^{os} 8, 18 et 19). Enfin, l'assuré a pu continuer à exercer son activité de chauffeur nonobstant cette atteinte et aucun élément au dossier n'est évocateur d'une péjoration de l'atteinte au membre inférieur gauche.

c) S'agissant du rachis, l'expert C._____ a doublé l'examen clinique de radiographies prises le 20 décembre 2011. Dans son rapport du 26 février 2013, la Dresse L._____ ne se prononce quant à elle que sur la base d'un examen clinique. Elle retient que les discopathies sont à l'origine de douleurs, limitant la position assise, donc l'activité de chauffeur de car (n° 21) mais l'expression de cette limitation résulte des seules affirmations de son patient (n° 11).

d) Quant aux changements de positions réguliers nécessités par le seul risque de rechutes vasculaires (mémoire de recours, p. 15), ils ne se fondent sur aucun avis médical spécifique. Au demeurant, l'expert comme l'autorité intimée retiennent à titre de limitation fonctionnelle l'alternance des positions, qui répondrait ainsi à la prévention du risque vasculaire.

e) Le recourant met encore en exergue des discordances entre les limitations fonctionnelles de 2003 et celles de 2012. Le port de charges est plus limité en 2012 qu'en 2003, passant de 10 à 5 kilos, de telle sorte que l'argumentation du recourant tombe à faux. En ce qui concerne la limitation fonctionnelle relative au port de charges de plus de 5 kilos, les médecins consultés par le recourant ne se prononcent pas spécifiquement sur ce point et elle ne paraît pas critiquable, l'assuré se disant lui-même capable de porter des charges de plus 3 - 5 kilos (rapport d'expertise du 28 janvier 2012, p. 7).

Le recourant soulève encore le grief de l'abandon de la limitation fonctionnelle relative aux déplacements fréquents. Sur ce dernier point, aucun rapport des médecins du recourant ne fait état d'une quelconque restriction en termes de déplacements. De plus, l'alternance des positions entraîne pour corollaire que la position debout ne peut être maintenue sans discontinuer, ce qui exclut par conséquent une haute fréquence de déplacements.

f) Pour ce qui est de l'atteinte à la santé psychique du recourant, les rapports médicaux de ses médecins traitants, non psychiatres, font état d'un état dépressif ou de l'influence de l'état psychique sur l'incapacité de travail sans autres développements. Quant au rapport des psychologues M._____ et P._____ du 13 juin 2011, il pose les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, de trouble anxieux et de difficultés liées à l'emploi et au chômage. L'expert S._____ ne l'a pas ignoré et explique de façon convaincante les raisons pour lesquelles il écarte ces diagnostics (rapport d'expertise du 30 janvier 2012, p. 6).

g) On rappellera enfin que, selon la jurisprudence, la notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'oeuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_728/2012 du 31 décembre 2012 consid. 4.3 et les références citées).

En l'occurrence, il convient d'observer que les activités simples et répétitives dans l'industrie légère ne sont pas d'un nombre restreint et qu'elles ne se cantonnent pas à celles énumérées par l'expert C. _____ auquel il n'appartenait pas au demeurant de se prononcer sur ce point. Pour le surplus, le recourant s'exprime aisément en français, le manque de formation n'est pas rédhibitoire car le recourant a démontré sa capacité de s'adapter professionnellement nonobstant une formation élémentaire et enfin, il n'a pas encore atteint l'âge fixé par la jurisprudence pour admettre qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité

résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf., par exemple, dans ce sens TF 9C_725/2012 du 4 mars 2013 consid. 4.4 et les références dans lequel le Tribunal fédéral a considéré qu'un assuré âgé de 55 ans au moment de l'expertise lui ayant reconnu une capacité de travail entière dans une activité adaptée ne pouvait être considéré comme étant proche de l'âge ouvrant le droit à une rente de vieillesse ; cf. aussi ATF 138 V 457 pour un assuré proche de l'âge de la retraite).

6. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366 ; TF 9C_392/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2).

En l'occurrence, le rapport médical du Dr F._____ du 21 juin 2012, consécutif à un examen clinique du même jour, donc postérieur à la décision dont est recours datée du 30 avril 2012, n'est d'aucun secours au recourant. Il en va de même des rapports du Dr N._____ du 19 avril 2013 et du 10 juillet 2014, lequel fait état d'un suivi thérapeutique ayant débuté le 7 février 2013. A défaut d'un suivi antérieur à la décision querellée, son appréciation quant à l'existence d'une atteinte psychique apparue des suites des accidents de 1999 et 2009 ne saurait être retenue.

Pour ce qui concerne le rapport établi par le Dr G._____ le 28 août 2012, il y a lieu de constater que celui-ci se contente d'y exprimer succinctement son désaccord à l'endroit de la position de l'office intimé, sans pour autant avoir procédé à un examen clinique du recourant, ce qui ôte toute valeur probante à son appréciation.

S'agissant du rapport du 7 janvier 2014 et de ceux antérieurs du 1^{er} mars 2012 et du 20 février 2013 du Dr Q._____, celui-ci y fait état d'une incapacité totale de travail, sans que l'on sache ce qui justifie son point de vue. De surcroît, il se fait l'écho des plaintes de son patient et

renvoie aux rapports médicaux de ses confrères spécialistes au sujet de la capacité de travail du recourant. Dans cette mesure, le point de vue du Dr Q._____ ne saurait se voir conférer une quelconque valeur probante. Quant au diagnostic de leucocytose avec neutrophilie, il s'avère postérieur à la décision entreprise, de sorte qu'il ne peut en être tenu compte dans le cadre de la présente procédure.

7. a) Il découle de ce qui précède que, se fondant sur l'expertise bidisciplinaire des 28 et 30 janvier 2012 des Drs C._____ et S._____, c'est à juste titre que l'administration intimée a considéré que le recourant présentait, dès le mois de janvier 2010, une capacité de travail entière dans une profession adaptée à son état de santé et une capacité de travail de 56% dans son activité habituelle de chauffeur de poids lourds. Cette expertise satisfait au demeurant aux réquisits jurisprudentiels, si bien qu'elle revêt une pleine valeur probante et que ses conclusions peuvent donc être suivies. Fruit d'une étude circonstanciée du cas, elle rapporte les plaintes exprimées par la personne examinée, comporte l'anamnèse de cette dernière et décrit le contexte médical. Reposant sur des examens complets, elle contient une appréciation claire de la situation médicale laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. L'expertise bidisciplinaire réalisée par les Drs C._____ et S._____ a par ailleurs été effectuée conjointement par deux spécialistes qui ont procédé à une appréciation interdisciplinaire et ont ainsi pu tenir compte des interactions des différents troubles, tant sur le plan somatique que psychique. Il s'ensuit qu'elle permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur les prétentions du recourant, de sorte que sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire doit être rejetée. Dans ce contexte, l'audition des Drs G._____, L._____ et Q._____ en qualité de témoins apparaît superfétatoire, d'autant que les parties ont eu l'opportunité de soumettre leurs questionnaires préalablement aux rapports sollicités auprès de ces médecins. Quant à l'audition de R._____, responsable de la fiduciaire chargée de la tenue de la comptabilité du recourant, elle ne paraît pas relevante dans le cas d'espèce. Au reste, outre que les rapports des médecins consultés par le recourant n'emportent pas la conviction, on

relèvera que celui-ci ne s'est pas manifesté lorsqu'il a été dûment informé par l'office AI du choix des experts. Il ne peut donc s'en prendre à ce stade à la désignation du Dr C._____, sous peine d'abus de droit.

b) Sur la base de l'appréciation convaincante des experts C._____ et S._____, il y a lieu de retenir que le recourant ne présente pas une modification de son incapacité de travail notable et ne subit pas non plus une modification notable de son taux d'invalidité par rapport à la situation tranchée par la première décision du 5 février 2003 de l'office AI entrée en force.

c) En définitive, en déniaient le droit du recourant à une rente d'invalidité, la décision attaquée échappe à la critique. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue le 30 avril 2012.

8. a) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y

a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

b) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Elie Elkaim à compter du 31 mai 2012 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

Le 11 juillet 2014, Me Elkaim a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure pour la période courant du 11 décembre 2013 au 11 juillet 2014. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 11 heures et 40 minutes au total, dont 10 heures 45 au tarif de l'avocat-stagiaire, débours en sus par 12 fr. 30. Le tarif horaire applicable est de 180 fr. pour Me Elkaim et 110 fr. pour son avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ). Ainsi, pour l'activité déployée postérieurement au 17 juillet 2013 (cf. décision intermédiaire du magistrat instructeur du 26 novembre 2013), Me Elkaim a droit à un montant de 1'468 fr. 60, débours et TVA compris.

**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 30 avril 2012 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office pour la période du 11 décembre 2013 au 11 juillet 2014 de Me Elie Elkaim, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 1'468 fr. 60 (mille quatre cent soixante-huit francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Elie Elkaim, avocat (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :