

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mars 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Kreiner

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, a travaillé depuis le 30 septembre 1996 en qualité d'étancheur pour le compte de l'entreprise H._____ SA, à [...], et était, à ce titre, assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). Selon le questionnaire pour l'employeur signé le 4 juin 2002 par H._____ SA, l'assuré travaillait à 100 % avant son accident. En 2002, son salaire se serait élevé à 5'560 fr. par mois treize fois l'an.

Le 20 juin 2001, l'assuré a été victime d'une chute sur le siège ayant entraîné de fortes douleurs au bas du dos.

Le 9 avril 2002, il a déposé une demande tendant à l'octroi d'une rente AI.

Dans un rapport du 22 août 2001, le Dr F._____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mentionné que la chute sur le dos avait vraisemblablement décompensé des troubles vertébraux préexistants (spondylolyse isthmique bilatérale, séquelles de maladie de Scheuermann et scoliose dextro-convexe). La persistance d'un syndrome vertébral lombaire, accompagné d'un Lasègue positif à droite, ainsi que de quelques douleurs à la mobilisation de la hanche droite avait aussi été constatée. Le traitement de physiothérapie et médicamenteux entrepris n'avait pas amélioré l'état de l'assuré, qui était resté incapable de travailler. Un séjour à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique E._____) a été préconisé pour compléter les investigations et en vue de procéder à des traitements conservateurs basés sur l'antalgie et la rééducation vertébrale précoce. Le Dr F._____ ne s'est pas prononcé sur la reprise du travail, parce qu'aucun pronostic ne pouvait être émis sans les résultats des investigations complémentaires à mener.

Le 2 novembre 2001, les Drs J._____, chef du Service de réadaptation générale à la Clinique E._____, et Z._____, médecin assistant du Service de réadaptation générale à la Clinique E._____, ont établi un rapport de sortie selon lequel B._____ a séjourné dans le service de réadaptation du 29 août au 10 octobre 2001. Durant son séjour, il s'est plaint de lombalgies chroniques résistant au traitement ambulatoire, de troubles statiques modérés et d'une discrète hypertonie de la musculature dorsolombaire, qui se relâchait en décubitus ventral. L'absence de trouble neurologique périphérique a été relevée. En outre, les radiographies ont mis en exergue une spondylolyse L5-S1 bilatérale sans discopathie. Les lombalgies ont été traitées avec de la physiothérapie intensive censée renforcer la musculature de la ceinture abdomino-pelvienne. Ce traitement n'a pas soulagé le patient, qui s'est plaint d'une accentuation de ses lombalgies, irradiant jusque dans le grand trochanter droit. Aucune médication psychotrope n'a été prescrite. A domicile, l'assuré a été frappé par deux épisodes d'un hémisyndrome de l'hémicorps droit, survenus la première fois après un moment de stress important, et la deuxième fois après la prise de cinq comprimés de Celebrex. Le neurologue consultant de la Clinique E._____, le Dr R._____, qui a revu l'assuré en consultation, a constaté le caractère bénin de la symptomatologie, tout en limitant la prise de Celebrex à deux comprimés par jour. La capacité de travail était nulle comme étancheur. Le traitement conservateur des troubles lombaires devait être poursuivi et la situation évaluée après un ou deux mois. En cas d'absence d'amélioration significative, la mise en œuvre de mesures professionnelles pouvait être envisagée.

Il résulte du consilium psychiatrique du 4 septembre 2001 du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin chef du Service psychosomatique à la Clinique E._____, ce qui suit :

"Ce patient a été hospitalisé en bilan-réadaptation de lombalgies que vous situez en discordance avec les éléments somatiques objectifs, ce qui motive la consultation psychiatrique.

Il s'agit d'un ressortissant kosovar de 43 ans, marié, père de 3 enfants de 19, 17 et 5 ans. Il donne les antécédents d'un milieu rural et pauvre, d'une famille de 7 enfants, d'un développement, d'une

scolarité et d'une entrée dans la vie active (mécanicien de précision) sans problème. C'est en 1985 qu'il gagne la Suisse, travaillant d'abord dans la restauration, puis comme aide-étancheur et étancheur avec, apparemment une bonne stabilité professionnelle.

Le contexte du premier accident du 29.08.1995 est particulier puisqu'il y a la toute récente naissance du cadet, la découverte d'un cancer du sein chez l'épouse. On sait que la suite est faite de 4 accidents mineurs avec maintenant un arrêt de travail depuis le début juillet 2001. On sait enfin que la famille du patient a été touchée par la guerre (destruction de la maison familiale).

Les plaintes actuelles sont des douleurs lombaires. Le patient fait aussi état d'un malaise avec héli-anesthésie du corps à droite ne respectant pas les règles anatomiques. Le patient se plaint enfin de troubles de l'érection. Il n'a pas de plainte d'ordre franchement psychologique.

A l'examen, on est face à un homme vigile, orienté, apparemment sans troubles intellectuels patents. L'humeur apparaît comme normale. Il n'y a pas d'anxiété pour un trouble spécifique. Il n'y a rien pour une décompensation psychotique floride.

Diagnostics

Trouble de conversion (F 44)

Syndrome douloureux somatoforme persistant (trouble somatoforme douloureux) (F 45.4)

Discussion

Ce patient présente le cursus typique d'un processus d'invalidation avec ses causes multifactorielles, rendant le pronostic très réservé. Il y a le contexte du milieu rural et pauvre, de l'impression d'avoir travaillé dur et beaucoup, de l'émigration, de la naissance d'un puîné longtemps après les autres enfants, du cancer du sein de l'épouse et dans la foulée, de la guerre dans le pays d'origine. Il a aussi eu l'impression d'avoir risqué la mort lors du premier accident, même si aujourd'hui il n'y a pas de symptomatologie classique pour un état de stress post[-]traumatique. Le tout aboutit à l'adoption d'un statut d'invalidé. Médicalement, on peut retenir les diagnostics cités plus haut. L'abord thérapeutique apparaît d'emblée comme extrêmement difficile chez un patient refusant l'aspect psychologique de ses difficultés. Je suis pourtant prêt à entrer en matière si l'attitude du patient pouvait changer ces prochains jours. Une médication psychotrope ne me paraît pas indiquée en l'état.

Je reste à disposition."

Le Dr F. _____, dans un rapport du 27 février 2002, a indiqué que les plaintes et le status paraissaient cohérents, malgré l'apparition de quelques troubles non organiques laissant suspecter l'évolution vers un syndrome douloureux somatoforme. Les troubles semblaient davantage s'expliquer par un état maladif antérieur et ne concernaient plus la chute

banale du 20 juin 2001. Selon le praticien, dès lors que ces troubles seraient tôt ou tard apparus, même en l'absence de la chute incriminée, le statu quo sine pouvait être fixé au 1^{er} mars 2002.

Par décision du 5 mars 2002, la CNA a mis fin avec effet au 1^{er} mars 2002 aux prestations versées du fait de l'accident du 20 juin 2001.

Dans un rapport établi le 28 mars 2002, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que l'assuré était toujours en arrêt de travail. Il a indiqué, en outre, que ce dernier souffrait d'une lombalgie invalidante avec irradiation dans la face postérieure de la cuisse droite, et que ce diagnostic avait des répercussions sur la capacité de travail. A ce sujet, ce médecin a observé que les plaintes de l'assuré avaient augmenté malgré le traitement entrepris à la Clinique E._____ et qu'une infiltration isthmique L5 n'avait eu aucun effet. Dans ces conditions, il lui semblait extrêmement difficile, voire impossible de cerner l'étiologie de cette symptomatologie ou de décrire un traitement qui aurait des chances d'être efficace. Une intervention chirurgicale sur la spondylolyse n'aurait, à son avis, pas non plus de pronostic favorable. Les autres diagnostics (paresthésie de l'hémicorps droit, discopathie dégénérative C5-C6 et C6-C7, hernie discale C4-C5 et hernie discale L1-L2) n'influençaient pas la capacité à exercer une activité professionnelle. Dans un avis médical ultérieur du 1^{er} juillet 2003, le Dr C._____ était d'avis que l'ancienne activité n'était plus exigible, mais qu'une activité sédentaire alternant les positions et sans port de charges était encore exigible à plein temps.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr N._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, s'est déterminé à deux reprises. Dans son rapport du 26 avril 2002, il a retenu les diagnostics de lombalgie invalidante, de spondylolisthesis L5-S1 et de spondylolyse bilatérale L5 sévissant depuis le 20 juin 2001. Cette symptomatologie entraînait une incapacité de travail totale dès le 20 juin 2001 dans l'ancienne profession et le pronostic

était réservé. Une activité sans effort physique était toutefois encore envisageable pour ce manœuvre sans formation. Le 4 décembre 2002, ce praticien s'est référé à un rapport de Y._____ SA établi par le Dr G._____, spécialiste en radiologie, qui concluait à une herniation L1-L2, avec une vraisemblable extrusion postéro-médiane luxée vers le haut, et constatait l'absence de conflit radiculaire extrathécal.

Dans un rapport du 18 juin 2003, le Dr W._____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué au vu des divers examens effectués que la myélographie démontrait une hernie discale C4-C5 médiane avec plutôt une uncarthrose vu le fragment de disque à droite et une hernie discale C5-C6 droite avec uncarthrose marquée. Il a noté une nette compression radiculaire aux deux niveaux et une très légère compression médullaire. Il a retenu qu'une composante de la symptomatologie du patient, spécialement celle du membre supérieur droit, provenait de ces compressions. Il a estimé qu'une décompression et spondylodèse par voie antérieure aux deux niveaux aurait dû être effectuée.

Le Dr???._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a établi un rapport le 15 septembre 2003 à la demande du mandataire de l'assuré, Me Philippe Nordmann. Il a posé les diagnostics de discopathie cervicale 4-7, spondylolyse L5, spondylolisthésis L5-S1 de 14 %, lombalgies chroniques récidivantes, insertionnite pelvienne droite, coxa épiphysaria bilatérale, état variqueux débutant des deux membres inférieurs, vitiligo et suspicion d'un équivalent épileptique (absences). Pour lui, les conséquences de l'événement accidentel n'étaient que passagères et, au moment du rapport, les douleurs ressenties étaient d'origine malade. Afin de préciser le diagnostic de suspicion d'un équivalent épileptique, il a proposé un examen neurologique central avec électroencéphalogramme (EEG), un éventuel traitement cervical pouvant s'effectuer par la suite. Il a également suggéré une exploration psychiatrique avant une intervention sur la colonne vertébrale.

Dans un rapport du 11 octobre 2003, le Dr L._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a indiqué que les lombalgies persistantes ne s'expliquaient que partiellement par l'atteinte lombaire et qu'on se dirigeait vers le développement d'un syndrome somatoforme douloureux persistant. L'évaluation faite à la Clinique E._____ n'ayant pas mis en évidence de pathologie psychiatrique, l'examen de cet aspect ne paraissait pas nécessaire. Il a estimé que dans une activité adaptée évitant le port de charges supérieures à 10-15 kg, le travail en position de porte-à-faux du dos et la conduite de véhicules vibrants, la capacité résiduelle de travail de l'assuré était théoriquement encore entière. Enfin, si des mesures professionnelles paraissaient théoriquement indiquées, le contexte social avec évolution vers un syndrome douloureux chronique semblait, en pratique, défavorable à leur réussite.

Dans un rapport final du 6 août 2004, la division administrative de l'OAI a mentionné notamment que l'assuré avait déclaré que, compte tenu de son état de santé, il lui était impossible de faire quoi que ce soit du point de vue professionnel et qu'il n'avait pas changé d'avis bien

qu'informé des conséquences d'un refus de se reclasser. Elle a retenu que l'assuré aurait réalisé en 2004 un salaire sans invalidité de 77'751 fr., selon les derniers renseignements donnés par l'employeur le 4 août 2004, et un salaire annuel d'invalidé moyen de 54'114 fr. pour 2004, sur la base de sept descriptions de postes de travail (DPT).

Par décision du 28 octobre 2004 confirmée sur opposition le 22 août 2005, l'OAI a refusé de servir la rente sollicitée. Il a retenu que si l'assuré était totalement incapable de travailler comme étancheur, sa capacité résiduelle était totale dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles tel que gardien caissier de parking, opérateur d'exploitation, employé de production étiqueteur, employé d'usine montage-câblage, employé d'emballage, manoeuvre spécialisé ou ouvrier d'usine. Dans ces activités qui ne nécessitaient pas de formation particulière, évitaient le port de charges supérieures à 15 kg, le travail en position de porte-à-faux et la conduite de véhicules vibrants, le gain annuel d'invalidé possible était de 54'114 francs. Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité était inférieur à 40 % et n'ouvrait pas le droit à la rente. L'OAI a aussi nié le droit à des mesures professionnelles, l'assuré ne s'étant pas montré favorable à leur mise en place, cet office étant toutefois disposé à reprendre l'instruction de telles mesures si l'assuré se reconnaissait apte à travailler et entrait en matière sur celles-ci.

Dans le cadre du recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition susmentionnée, les rapports médicaux suivants ont notamment été produits :

- Deux rapports des 1^{er} juillet et 16 août 2005, établis par le Dr V._____, spécialiste en neurologie, selon lequel il n'y avait aucune répercussion neurologique de l'atteinte cervicale et lombaire puisqu'il n'y avait pas d'évidence pour une atteinte radiculaire, cervicale, lombaire ou médullaire. Il a relevé en outre que le patient présentait des troubles neurologiques paroxystiques caractérisés par des paresthésies du membre supérieur droit avec une lente marche sur quelques minutes s'étendant à la région péri-orale et parfois même au membre inférieur ipsilatéral, accompagnés de troubles du langage durant environ trente à quarante-cinq minutes, survenant de manière récurrente, qui correspondaient vraisemblablement à un phénomène migraineux avec une aura migraineuse, même si ces malaises n'étaient pas directement associés à des céphalées. Il a ajouté que le CT-scan

cérébral n'avait a priori pas permis de mettre en évidence de pathologie grossière, en tous cas de processus expansif hypervasculaire et que l'examen neurologique était normal. Afin de conclure définitivement à des malaises d'origine migraineuse, il avait revu le patient pour un électroencéphalogramme (EEG), pratiqué le 16 août 2005, qui s'était révélé normal. Il avait dès lors proposé au patient un traitement de Topamax, recommandé dans le traitement préventif des migraines avec ou sans aura.

- Une lettre du 26 septembre 2005 du Dr V._____, selon lequel l'incapacité de travail était totale, non seulement en raison des rachialgies chroniques, mais également des céphalées migraineuses et des troubles neurologiques paroxystiques associés qui étaient probablement en relation avec la maladie migraineuse, bien qu'on ne pût pas totalement exclure, dans le diagnostic différentiel, une épilepsie partielle complexe. Il a ajouté qu'en raison des douleurs chroniques au niveau cervico-dorso-lombaire, il y avait une limitation physique avec une impossibilité à porter de lourdes charges et à maintenir la même position pendant de longues périodes, ces douleurs chroniques engendrant en outre un très probable état dépressif. Enfin, le traitement sous forme de Topamax pouvait diminuer les capacités mnésiques ainsi que les capacités de concentration. Il a observé que le traitement de Topamax était suffisamment efficace et bien toléré et qu'il devrait être maintenu pendant en tout cas un à deux ans. Il a enfin indiqué que les effets secondaires du Topamax comprenaient des troubles de la mémoire et de la concentration ainsi qu'une fatigue, qui avait tout de même tendance à diminuer progressivement au cours du traitement, et que si ce traitement ne devait pas s'avérer suffisamment efficace ou mal toléré, il y aurait certainement une alternative médicamenteuse possible.
- Un avis médical établi le 1^{er} novembre 2005, par les Drs S.____ et X.____ du SMR, selon lesquels le rapport du Dr V._____ relevait une symptomatologie neurologique peu spécifique d'une quelconque affection neurologique. Ils ont estimé qu'il n'y avait aucune preuve

objective d'une atteinte à la santé invalidante et qu'il serait intéressant de savoir si le traitement instauré (Topamax) avait permis d'obtenir une disparition ou une amélioration des symptômes. Quant aux effets secondaires du traitement, ils étaient d'avis qu'ils n'engendraient pas d'incapacité de travail totale. Soit le traitement était efficace sur les symptômes pour lesquels il était prescrit, l'assuré pouvant alors travailler avec éventuellement une diminution de rendement due à la fatigue qui resterait à chiffrer, soit le traitement était inefficace, auquel cas il pouvait être interrompu, ses effets secondaires devant disparaître.

Le Centre [...] (ci-après : Centre A._____) a été mandaté expert. Dans leur rapport établi le 2 février 2007, les Drs Bb._____, spécialiste en neurologie, et Cc._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de rachialgies cervico-dorso-lombaires secondaires en partie dues à des troubles statiques et dégénératifs cervico-dorso-lombaires influençant la capacité de travail. Ils ont également posé les diagnostics de céphalées tensionnelles dans un contexte de fixation psychologique aux symptômes somatiques, de malaises sur troubles neurovégétatifs/psychogènes et de personnalité à traits caractériels passifs, ces derniers diagnostics étant sans influence sur la capacité de travail. Ils ont exposé notamment ce qui suit :

"[...]

Situation actuelle :

Sur le plan somatique, M. B._____ se plaint encore de cervico-dorso-lombalgies droites sans radicualgies, de céphalées constantes à type de pression/piquées et de malaises avec une sortie d'absence, blancheur, perte de parole et paresthésies remontant le long du membre supérieur droit jusqu'au niveau de la face sans céphalées associées d'une durée d'une demi-heure à 45 minutes.

En raison des troubles susmentionnés, M. B._____ s'estime dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit, même partielle.

Les traitements ont déjà été mentionnés.

En résumé, l'examen clinique révèle une nuque de mobilité limitée, avec une mobilisation sensible localement. Les muscles paracervicaux droits restent sensibles et contracturés. L'examen du rachis dorso-lombaire ne révèle pas de franc syndrome dorso-lombo-vertébral avec tout au plus provocation de quelques douleurs en flexion antérieure maximale. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. L'examen des paires crâniennes est entièrement normal. L'examen des membres supérieurs, du tronc et des membres inférieurs est également normal en dehors d'une manœuvre de Lasègue discrètement sensible en fin de mouvement à droite alors que les points de Valleix sont bilatéralement négatifs. A relever tout particulièrement l'absence d'anomalies en direction d'une atteinte radiculaire tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs ainsi que d'éléments en direction d'une atteinte encéphalique et médullaire.

Nous avons revu l'ensemble de l'iconographie au demeurant fort abondante. Les radiographies standard de la colonne cervico-dorso-lombaire ainsi que les différents CT-scan et IRM du rachis ne révèlent aucune anomalie post-traumatique. On note par contre une

spondylolyse L5 bilatérale sans spondylolisthésis et des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées avec des herniations disco-ostéophytaires C4-C7 et une uncarthrose étagée au niveau cervical et une hernie discale L1-L2 sans myélopathie ni compression radiculaire au niveau lombaire. Le CT-scan et l'IRM du cerveau avec angio-IRM et angio-CT sont sans anomalie significative si ce n'est une origine carotidienne gauche de l'artère cérébrale postérieure gauche en tant que variante anatomique.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, la première conclusion est que les troubles présentés encore actuellement par le patient ne peuvent être mis en relation de causalité persistante avec les deux événements accidentels dont il a été victime (1995 et 2001) étant donné le caractère objectivement modéré des événements accidentels et la persistance anormalement prolongée des troubles.

S'agissant des rachialgies cervico-dorso-lombaires droites dont se plaint encore M. B. _____, ces dernières peuvent être en partie en relation avec les troubles statiques et dégénératifs cervico-dorso-lombaires mis en évidence aux différents examens radiologiques pratiqués jusqu'ici. Il existe néanmoins une discordance évidente entre l'importance des plaintes ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail d'une part, l'absence d'anomalies objectives du système locomoteur et nerveux ainsi que le caractère modéré des altérations dégénératives disco-vertébrales d'autre part.

S'agissant des céphalées, l'ensemble des éléments à notre disposition permet d'écarter une atteinte structurale du système nerveux. La description des troubles évoque clairement des céphalées tensionnelles.

En ce qui concerne les malaises présents depuis 2001, la description des troubles ainsi qu'à moindre degré la normalité de l'EEG pratiqué préalablement permettent d'écarter une éventuelle épilepsie étant donné notamment la durée des phénomènes. On pourrait effectivement penser à des équivalents migraineux, mais le caractère des céphalées dont souffre M. B. _____ n'est pas celui de migraines. Il s'agit donc le plus probablement de phénomènes dystoniques neurovégétatifs/ psychogènes.

Sur le plan thérapeutique, il s'agit de poursuivre le traitement actuellement en cours même s'il est peu probable que ce dernier soit de nature à améliorer l'état de santé du patient étant donné l'échec de tous les traitements tentés jusqu'ici et l'absence d'explication somatique claire aux plaintes hormis les troubles statiques et dégénératifs rachidiens qui ne sauraient rendre compte, comme mentionné plus haut, de l'ensemble des plaintes et de leur conséquence sur la capacité de travail.

En ce qui concerne la capacité de travail, pour les éléments susmentionnés, il n'y a pas d'incapacité de travail en relation avec les deux événements accidentels. D'un point de vue maladif, les troubles statiques et dégénératifs rachidiens mis en évidence au[x] différents examens radiologiques peuvent entraîner au maximum une incapacité de travail de 50 % dans la profession d'étapeur. Par contre, dans une activité adaptée ne nécessitant pas un port de

charge supérieur à 15 kilos en moyenne, un engagement physique lourd et autorisant des changements relativement fréquents de position, la capacité de travail sur le plan somatique est à considérer comme complète (plein-temps avec un rendement de 100 %).

Sur le plan psychique, il s'agit d'un assuré de 48 ans qui présente depuis une chute en 2001 une incapacité de travail complète en raison de douleurs dorsales et de malaises. Que ce soit pour la période antérieure à l'accident ou pour celle qui a suivi, aucun trouble psychique n'est décrit ni par l'assuré ni dans les documents médicaux. Une évaluation psychiatrique faite à la Clinique E. _____ en novembre 2001 signifierait *un cursus typique d'invalidation avec des causes multifactorielles*, mais nous ne disposons pas du rapport détaillé du psychiatre.

L'examen psychiatrique actuel met en évidence des traits caractériels passifs et une importante fixation à ses plaintes somatiques chez une personnalité peu apte à se remettre en question. Il n'existe aucun élément évoquant une affection psychiatrique actuellement active.

L'accident de 2001 est survenu dans un contexte de difficultés conjugales liées à la maladie cancéreuse de l'épouse de l'assuré. Le conflit conjugal s'est encore exacerbé par la suite, aboutissant à une séparation de fait, puis à un divorce en 2005. Récemment, l'assuré a appris que sa nouvelle compagne souffrait elle-même d'un cancer. Il s'agit là de circonstances existentielles pénibles qui sans doute ont joué leur rôle dans la fixation de l'assuré à ses troubles somatiques et à son installation dans une position passive, mais sans amener à une décompensation psychiatrique notable.

Sur le plan psychiatrique, on peut donc estimer qu'il n'y a pas eu et qu'il n'y a pas d'incapacité de travail chez cet assuré. En l'absence d'un tableau dépressif ou régressif manifeste, les traits de caractère passifs et la fixation aux troubles somatiques ne peuvent pas être considérés comme invalidants. En l'absence de troubles somatiques justifiant qu'il n'ait pas pu reprendre son activité professionnelle depuis l'accident de 2001, on parlera ici de phénomènes d'invalidation survenant dans un contexte extra-médical de difficultés relationnelles et sociales.

[...]"

Par jugement du 15 mai 2008, le Tribunal cantonal des assurances (TASS) a rejeté le recours. Il a en substance considéré que l'expertise du Centre A. _____ avait valeur probante et retenu dès lors une incapacité de travail de 50 % dans l'ancienne activité et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, le taux d'invalidité après comparaison des gains s'élevant alors à 33.72 %.

B. Le 12 juin 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Il a produit un rapport établi le 21 juillet 2009 par le Dr V. _____ dont il résulte ce qui suit :

"Il s'agit donc d'un patient que je connais depuis 2005 en raison de céphalées et de malaises inhabituels. Les céphalées sont décrites de manière assez variable, parfois compatibles avec une douleur migraineuse, mais de durée plutôt atypique, pouvant durer une à deux heures, parfois associées à des paresthésies au niveau de la main droite avec difficultés au niveau du langage et parfois même avec une perte de connaissance, sans qu'il n'y ait jamais eu de véritables témoins.

Différentes investigations, notamment une IRM cérébrale avec angio IRM et plusieurs EEG de veille, n'ont pas permis de mettre en évidence d'anomalies. De plus, l'examen neurologique s'est toujours révélé normal.

Dans l'idée d'une éventuelle migraine avec aura, j'avais introduit un traitement de Dépakine, puis de Topamax, qui tous deux avaient semblé initialement efficaces, après quoi le patient s'était surtout plaint d'effets secondaires. Le traitement a donc été interrompu il y a un peu plus d'une année.

Depuis fin 2008, le patient a noté une recrudescence des céphalées et a présenté plusieurs malaises décrits comme une perte de connaissance subite, l'un des malaises l'ayant conduit à l'hôpital de [...] au mois d'octobre 2008, où l'on décrit une syncope.

Toujours en octobre 2008, alors que le patient se trouvait chez sa mère au Kosovo, il a présenté un malaise avec, d'après la description donnée, des convulsions et surtout un état post-critique, le patient ayant été hospitalisé dans un hôpital régional au Kosovo. On a pratiqué un EEG qui n'a rien révélé de particulier mais on a tout de même proposé un traitement de Tégrétol 2 x 200 mg/j.

J'ai pratiqué un nouvel EEG, le 11.11.08, qui montrait uniquement une discrète dysrythmie Thêta non irritative, sans asymétrie, focalisation ni éléments de la série comitiale. Lorsque j'ai vu le patient en décembre 2008, il n'avait pas représenté de nouveaux malaises.

Dans cette situation, j'ai donc adressé le patient au Dr Dd. _____ pour un EEG de longue durée. Le patient a donc bénéficié d'un EEG du 3 au 4 mars 2009 sous vidéo polysomnographie suite à une privation de sommeil. Le tracé de veille et de sommeil est décrit comme normal et l'hypnogramme est décrit comme physiologique. Le DrDd. _____ évoque plutôt la possibilité d'une migraine avec aura plutôt grave.

Dans l'idée d'une migraine, j'ai donc introduit un traitement bêtabloquant sous forme de Meto Zerok, traitement qui a été assez rapidement interrompu par le patient en raison d'une intolérance. Le patient a repris de son propre chef un traitement de Dépakine 2 x 500 mg/j avec depuis lors, semble-t-il, une diminution des malaises qui avaient augmenté en fréquence avec même deux épisodes de perte de connaissance d'allure plutôt syncopale, le patient signalant des vertiges avec perte de tonus des MI amenant à une chute et à

une perte de connaissance a priori de très brève durée. Il n'y a pas eu, semble-t-il, de perte d'urines, de convulsions ni de morsure de langue.

L'examen neurologique reste toujours normal et il n'y a a priori pas d'aggravation de l'état mais il persiste des malaises d'origine indéterminée qui empêchent le patient de rechercher activement une activité professionnelle.

Pour ma part, je l'avais mis à l'arrêt de travail à 100 % du 01.01.09 au 16.03.09, dans l'attente d'organiser l'EEG avec privation de sommeil."

Dans un avis du 7 janvier 2010, le Dr S._____ du SMR a relevé que le Dr V._____ attestait que le status neurologique restait toujours normal et qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé, une épilepsie ayant pu être exclue. Il en a conclu qu'il n'y avait ni fait nouveau, ni aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision entrée en force, ni d'incapacité de travail durable au sens de l'Al. Il a dès lors estimé qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur cette nouvelle demande.

Le 12 janvier 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande.

Il a confirmé ce refus par décision du 1^{er} mars 2010.

C. Le 1^{er} février 2012, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI.

Il résulte d'un rapport du 23 février 2012 de la Dresse K._____, spécialiste en médecine interne générale, ce qui suit :

"[...]

Je suis Monsieur B._____ depuis le 7 juillet 2011 sur le plan psychothérapeutique et psychopharmacologique dans le cadre d'état anxio-dépressif post-traumatique. Le patient présente la symptomatologie anxio-dépressive relativement sévère depuis quelques années sans vraiment une prise en charge ni traitement psychopharmacologique, avec troubles du sommeil majeur[s] et d'angoisses nocturnes.

J'ai introduit un traitement d'antidépresseur de Cipralex à doses progressives, actuellement le patient est au bénéfice de 20 mg avec une bonne réponse et stabilisation thymique.

Vu les épisodes d'anxiété fluctuante, il bénéficie d'un petit dosage d'anxiolytiques en réserve, Temesta expidet 1 mg.

Après de nombreux d'essais de traitement pour insomnie, on a opté pour le traitement de Trittico en raison de 150 mg le soir au couch[er].

Monsieur B._____ entreprend depuis peu une psychothérapie durant laquelle il peut élaborer les événements traumatisants de la guerre au Kosovo (décès de son père et de son frère), deuils qu'il n'a pas vraiment accomplis.

Je vois le patient régulièrement, actuellement toutes les 3 semaines, et je l'ai mis en incapacité de travail depuis le 7 juillet 2011. Vu la fragilité de la [sic] et la durée de la maladie, le pronostic reste sous réserve, raison pour laquelle j'ai entre autre encouragé le patient d'effectuer la demande auprès de l'Office de l'Assurance Invalidité.

Etant donné ma formation psychiatrique, je continue de suivre le patient régulièrement [...]"

Interpellée par l'OAI, cette praticienne a répondu le 22 mars 2012 qu'un état anxio-dépressif post-traumatique existait depuis environ une dizaine d'années, la symptomatologie qui n'avait pas été traitée étant devenue avec le temps chronique. Elle a indiqué que c'était la première

fois que le patient avait recours à un traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique.

Dans un avis du 17 avril 2012, les Drs S._____ et Ff._____ du SMR ont rappelé que l'assuré avait été examiné par un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) en 2007 et que, sur le plan psychiatrique, une pleine capacité de travail avait été admise. Ils ont estimé en outre difficile d'admettre un état anxio-dépressif post-traumatique si longtemps après les faits, surtout si en plus une expertise pluridisciplinaire (dont psychiatrique) n'avait pas retenu de diagnostic incapacitant. Ils étaient d'avis qu'il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions chez cet assuré.

Le 20 avril 2012, l'OAI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande.

A la suite de l'opposition de l'assuré, concluant notamment à ce qu'une expertise soit ordonnée, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. SuisseMED@P a désigné le Centre A._____.

Dans leur rapport du 31 janvier 2014, les Drs Gg._____, spécialiste en médecine interne générale, Hh._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et Jj._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques ainsi que de cervicalgies chroniques et sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1) environ depuis 2001, trouble dissociatif de la motricité et des organes des sens (F 44.4) depuis 2001, céphalées de tension chronique dès 2001, d'obésité et d'hypercholestérolémie.

Il résulte en outre du rapport d'expertise notamment ce qui suit :

"[...]

STATUS PSYCHIQUE

Apparence, comportement, contact

L'expertisé se présente à l'examen ponctuellement, après être venu en train. Monsieur B._____ se présente comme un homme de 55

ans, faisant son âge, en bon état général, de grande taille, de corpulence athlétique. L'habillement est correct, du genre sportif. L'hygiène personnelle est préservée. Le contact est facile, l'expertisé se montrant dans l'ensemble collaborant.

Fonctions cognitives

Il est orienté dans les quatre modes. La maîtrise du français est bonne, aussi bien dans la compréhension que dans l'expression. Le discours est clair, bien organisé, principalement centré sur ses plaintes. L'expertisé fait l'effort d'être attentif tout au long de l'entretien, pouvant donc maintenir son focus d'attention. Les capacités de raisonnement sont préservées. On ne relève pas de troubles de la mémoire, notamment à l'évocation détaillée de son histoire personnelle.

Humeur

Au début de l'entretien sa mimique revêt un aspect triste et figé, mais l'expertisé devient progressivement plus réactif au cours de la discussion. En fin d'entretien, il se montre même capable de sourire, cela à plusieurs reprises. Il verbalise des ruminations négatives, concernant lui-même et son existence. Il estime avoir raté cette dernière. L'inhibition est marquée par une aboulie et une anhédonie complète. On ne relève pas de ralentissement vocal, moteur ou idéique franc. Il existerait une idéation suicidaire épisodique, mais sans projet de passage à l'acte. On ne relève pas d'élévation pathologique de l'humeur.

Abus de substances

Pas de foetor éthylique ni de signe cutané ou autre d'une imprégnation aiguë ou chronique par l'alcool (démarche ébrieuse, dysarthrie, troubles de la vigilance). Pas non plus de signes abusifs d'autres toxiques.

Anxiété

On ne relève pas de signes de tension physique ou psychique. Pourtant, l'expertisé se dit anxieux et inquiet concernant sa vie et son avenir, alors que, dans les faits on observe au contraire un certain détachement et peu d'émotions congruentes à ses propos. Il évoque également à de nombreuses reprises son angoisse face à la survenue de nouvelle *perte de connaissance*.

Psychose

Pas d'idées délirantes exprimées. Le rapport à la réalité n'est pas distordu. Pas de bizarrerie de l'allure, du comportement, du discours ou de la pensée. Pas de troubles du cours de la pensée.

Personnalité

Ni l'histoire personnelle ni les constatations objectives ne sont évocatrices d'un trouble de la personnalité préexistant

EXAMENS ET DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

RAPPORT MEDICAL

Rapport du 17.10.2013 aux Drs Hh. _____ et Gg. _____ Mme le Dr K. _____

Cf. annexe.

RESULTATS ET A[N]ALYSE DES QUESTIONNAIRES PSYCHOMETRIQUES

Dépression

- Au questionnaire de Hamilton concernant la dépression, Monsieur B. _____ cote à 15 (cotation par l'expert), ce qui indique la présence de symptomatologie dépressive d'intensité légère, mais à la limite du moyen (de 8 à 17).

Anxiété

- Au questionnaire de Hamilton concernant l'anxiété, l'expertisé cote à 12, valeur particulièrement haute qui indique une anxiété mineure (de 6 à 14).

[...]

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan médecine interne, l'évolution est restée stable depuis la précédente expertise médicale du 08.11.2006. Monsieur B. _____ peut se plaindre d'hémicrâniées droites de type clairement tensionnel, de malaises répétitifs variables. Il fait état de syncopes à plusieurs reprises, avec éventuelle chute sans épisode postcritique anamnétique et par ailleurs de brèves pertes de contact de quelques minutes, parfois jusqu'à 20 minutes. Enfin, il dit présenter de phénomènes d'anesthésie de l'hémicorps droit à répétition, non forcément associés à des céphalées.

Malgré les investigations menées par le Dr V. _____, aucun diagnostic de certitude n'a pu être posé. Monsieur B. _____ a donc interrompu tout suivi et tout traitement destiné à ces céphalées, lesquelles correspondent à des céphalées de tension chronique alors que les malaises restent d'origine indéterminée, probablement posturaux ou psychogènes.

Depuis 2009, il n'a, selon ses dires, plus consulté de neurologue et la symptomatologie est restée sans modification. Il n'annonce pas d'affection intercurrente. Nous avons noté qu'il lutte efficacement contre un déconditionnement par la pratique régulière de sport. Il se rend en salle de musculation quatre fois par semaine. Il ressent un bien être en soulevant des barres de 50-55 kg, sept à dix fois consécutivement.

Cliniquement, l'examen clinique est remarquablement normal chez un assuré athlétique, en surpoids à 108 kg pour 186 cm. L'examen neurologique s'inscrit strictement dans la norme, sans élément laissant suspecter une atteinte centrale ou périphérique. Cet examen est superposable à celui réalisé le 8 novembre 2006.

Dès lors, les mêmes diagnostics sont retenus et les céphalées tensionnelles ne permettent pas de retenir de limitations fonctionnelles. Il en est de même des malaises peu spécifiques.

Il existe enfin une hypercholestérolémie sans évidemment de limitation fonctionnelle.

Sur le plan rhumatologique, les douleurs cervicales et lombaires sont toujours présentes, constantes, augmentées selon les positions et les activités, plutôt diminuées la nuit et avec le Celebrex et/ou le Dafalgan.

A l'examen clinique, on note uniquement de discrets troubles statiques avec un dos plat, une diminution de la mobilité du segment cervical et lombaire.

Les examens radiologiques montrent des discopathies étagées au niveau cervical en légère aggravation par rapport aux images à disposition de 2005. Au niveau lombaire, les radiographies sont sans particularité hormis la lyse isthmique connue de longue date sans instabilité. En raison de l'apparition d'un noyau d'ostéo-condensation au niveau du haut de la sacro-iliaque droite, une IRM des sacro-iliaques a été effectuée le 01.11.2013, montrant des remaniements dégénératifs plus marqués à droite avec un gros ostéophyte supérieur. Pas d'autre lésion visible.

En conclusion, Mr B. _____ présente des cervicalgies chroniques et des lombalgies chroniques depuis plus de 15 ans, avec sur les examens complémentaires uniquement des troubles dégénératifs modérés compatibles avec l'âge et une spondylolyse bilatérale L5 sans signe d'instabilité. Il n'y a pas eu de modification significative depuis l'expertise de 2006, hormis une aggravation des douleurs.

Sur le plan fonctionnel, Monsieur B. _____ est limité en raison des douleurs principalement dans les travaux lourds de manière répétée, les ports répétés de lourdes charges et les positions prolongées surtout assise.

Du point de vue rhumatologique, comme en 2006, en raison des limitations mentionnées ci-dessus, sa capacité de travail est de 50 % dans son activité d'étancheur depuis 2002. En revanche, dans une activité légère, avec possibilité de changer régulièrement de positions, sa capacité de travail est de 100 % depuis 2002.

Sur le plan psychique, premièrement la présente évaluation met en évidence un trouble de l'humeur persistant, objectivement d'intensité légère. Ainsi, on observe une diminution de l'estime de soi, de la confiance en soi, des idées de dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, une perturbation du sommeil. Il cite également des idées de mort, mais sans la présence d'idées de passage à l'acte. Selon l'expertisé, la présence de cette dysphorie remonterait à de nombreuses années, soit à la fin de la guerre du Kosovo (1999) ou encore dans les suites de l'accident subi en 2001. Elle aurait donc toujours été présente à bas bruit, de sorte qu'il faudrait effectivement parler de dépression chronique de l'humeur.

L'humeur reste toutefois fluctuante, l'expertisé signale parfois la présence de deux à trois jours, où il se sent bien, où toutes les douleurs corporelles sont également diminuées, voire disparues.

Ces éléments psychopathologiques sont évocateurs d'une dysthymie (F 34.1).

Il s'agit d'une atteinte sur le plan psychique d'intensité insuffisante pour être à la source d'une incapacité de travail.

Deuxièmement, non seulement Monsieur B. _____ se plaint de douleurs dans différentes localisations du corps et de céphalées chroniques, mais également de multiples malaises de type perte de

contact avec la réalité, perte de la parole, pouvant durer entre quelques secondes jusqu'à plusieurs dizaines de minutes, survenant plusieurs fois par jour (au maximum 5 fois). Il décrit également des malaises plus conséquents, d'allure syncopale, avec chutes, dont le dernier serait survenu en juin 2013, sans témoin.

Ces troubles qui se caractérisent par une perte ou une altération de la motricité, des fonctions sensorielles, font penser à un trouble physique et est présenté comme tel par Monsieur B. _____, sans pouvoir être rattaché à une affection somatique connue. [Il] y a également une absence d'argument d'un trouble somatique. Cette présentation clinique étant compatible avec les critères diagnostics définis dans l'ICD-10 de troubles dissociatifs de la motricité et des sens.

Ce trouble est présent depuis 2001, il est incriminé comme une des sources de l'incapacité de travail (par peur de tomber) par l'expertisé, par contre il n'est nullement à l'origine d'un handicap dans son fonctionnement habituel et sa vie quotidienne.

Dans ce sens il ne peut être considéré comme source d'incapacité de travail.

[...]"

Les experts ont exposé qu'en raison des cervicalgies et des lombalgies, l'assuré était limité dans les travaux lourds de manière répétée, les ports répétés de lourdes charges, les positions prolongées assis ou debout et qu'il n'y avait pas de limitation sur le plan psychique et mental.

Sur le plan social, ils ont mentionné qu'il existerait une perte d'intégration sociale significative selon l'anamnèse. Ils ont estimé que l'assuré pouvait exercer son ancienne activité en évitant les ports répétés de lourdes charges et les travaux lourds répétés avec possibilité de changer de position ou toute activité plus légère à raison de 50 %, une incapacité de travail de 20 % au moins existant depuis 2002 comme mentionné dans l'expertise de 2006 et le degré d'incapacité de travail n'ayant pas évolué depuis lors. Dans une activité adaptée, ils étaient d'avis que la capacité de travail était entière depuis 2002.

Etaient jointes au rapport d'expertise les lettres suivantes :

- une lettre du 17 octobre 2013 adressée par la Dresse K. _____ aux experts Hh. _____ et Gg. _____ dont la teneur est la suivante :

"Au vu de l'expertise prévue pour le patient susnommé, je me permets de vous faire part de quelques informations concernant l'état de santé somatique de ce patient qui vous apportera les documents radiographiques, IRM, etc.

Monsieur B. _____ est suivi par mes soins depuis le mois de juillet 2011 parallèlement avec le rhumatologue, Dresse Kk. _____ de [...].

Le patient souffre de cervico-lombalgies chronique[s] dans le cadre de troubles dégénératifs et statiques (discarthrose prononcée C5-C6-C7 et discrète hernie discale), douleurs persistantes type hémicorporalgie D et gonalgies mécaniques D et G.

En raison de douleurs chronique[s], le patient a été adressé à l'unité de rachis au Centre U. _____ et le Centre O. _____ à [...].

Un traitement AINS et antalgique ainsi que de la physiothérapie ont été prescrits à long terme.

Monsieur B. _____ souffre également de migraines ophtalmiques probablement aussi dues à des cervicalgies chroniques.

Il a eu un accident sur un chantier en 2001 avec arrêt de travail de longue durée (DrV. _____ au [...] de [...]).

Traitement en cours : AINS, Celebrex 200 mg, Dafalgan 1 g.

Entre autre, le patient est suivi par mes soins au niveau psychothérapeutique en raison d'état anxio-dépressif chronique, sous traitement d'antidépresseurs.

Concernant sa problématique j'ai adressé le rapport au Dr Jj. _____".

- une lettre du 14 novembre 2013 de cette praticienne adressée en ces termes à l'expert Jj. _____ :

"Je suis [m]édecin traitant de Monsieur B. _____ que vous avez vu dans le cadre d'expertise Centre A. _____ à [...].

Je suis le patient depuis de nombreuses années ceci sur le plan psychothérapeutique et psychopharmacologique dans le cadre d'état anxio-dépressif post-traumatique.

Le patient bénéficie d'un traitement antidépresseur de Cipralex à raison de 30 mg/j et de Trittico 50 mg à 100 mg pour la nuit en raison de troubles du sommeil majeur[s].

Le patient a vécu de nombreux décès dans la famille ainsi que

pendant la guerre au Kosovo avec traumatismes dans l'enfance (circoncision, mutilation des organes génitaux), qui ont eu un impact considérable dans sa vie d'adulte."

Dans un avis du 7 février 2014, le Dr Ff. _____ a notamment relevé que les conclusions de cette expertise pluridisciplinaire étaient les mêmes que celles de la précédente en 2007 et qu'il n'y avait donc pas eu d'aggravation de la situation depuis 2002.

Le 11 février 2014, l'OAI a écrit à l'assuré qu'il avait droit à des mesures d'orientation professionnelle.

Un entretien a eu lieu le 25 février 2014 entre l'assuré et le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI. Il résulte du rapport de ce dernier du même jour notamment ce qui suit :

"[...] Expertise le 31.1.2014 : Proposition de mesures page 19 avec plan d'action suivant : La possibilité de s'habituer à un rythme de travail - l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social - la mobilisation des ressources existantes.

Notre assuré transmet qu'il se sent perdu ne sachant pas toujours où il est (désorienté). Il se plaint plus de ses difficultés de concentration que de ses problèmes physiques. Il fait du fitness tous les jours et cette activité permet « d'envelopper les douleurs qu'il ressent par d'autres qui sont d'origine musculaire ». Il pleure durant l'entretien à l'évocation de ses difficultés. Pour exemple, il est parti pour notre rendez-vous à 7 heures du matin pour être certain d'arriver à l'heure (soit à 10 heures). Il transmet qu'il n'arrive pas à maîtriser son corps. Il ressent des angoisses et de la claustrophobie lorsqu'il conduit une voiture. Il a honte de sa situation. [...]"

Le spécialiste a en outre observé que l'assuré était centré sur ses problèmes de santé, n'arrivait pas à avoir une vision de l'avenir et pleurait à l'évocation de sa situation. Il disait ne pas arriver à voir le bout du tunnel, espérant aller mieux et dès que cela serait le cas, se sentirait prêt à travailler.

Par courrier du 25 février 2014, l'OAI a confirmé la proposition de mesure consistant à bénéficier dans un premier temps de mesures de réinsertion, le taux d'occupation prévu étant au début de deux heures par jour à raison de quatre jours par semaine (correspondant à un taux de

20 %) avec une augmentation progressive pour recouvrer à terme une capacité de travail de 50 % en l'espace de trois mois, puis d'augmenter le taux par la suite. Il a laissé un délai de réflexion jusqu'au 25 mars 2014 à l'assuré pour lui faire part de ses intentions et l'a invité, si nécessaire, à échanger avec ses médecins traitants sur sa proposition. Après avoir rappelé la teneur de l'art. 7 LAI, qui impliquait notamment de participer activement à la mise en œuvre d'éventuelles mesures d'ordre professionnel, il a informé l'assuré que dans la négative ou sans nouvelles de sa part dans le délai imparti, il recevrait une sommation avec un nouveau délai de réflexion.

Le 27 février 2014, la Dresse K. _____ a adressé à l'OAI la lettre suivante :

"Me référant à votre correspondance du 6 mars 2014 (sic), je me permets de vous faire part que je n'approuve pas certains points d'expertise concernant le patient susnommé.

Comme je l'ai déjà écrit dans ma correspondance du 14.11.2013, j'aimerais rectifier que mis à part ma spécialisation en médecine générale et interne FMH j'ai des droits acquis en psychiatrie qui sont équivalents à une spécialisation en psychiatrie raison pour laquelle je suis le patient susnommé sur le plan psychothérapeutique et psychopharmacologique.

A mentionner que je suis Monsieur B. _____ sur le plan psychiatrique depuis juillet 2011, préalablement le patient n'a jamais bénéficié d'un traitement psychiatrique malgré la symptomatologie anxiodépressive qui est devenue chronique.

L'expert pose le diagnostic de Dysthymie F 34.1 depuis 2011 [recte : 2001]. Troubles dissociatifs de la motricité aux organes des sens F 44.4 depuis 2001.

Monsieur B. _____ présente des Troubles dépressifs récurrents F 33.1 épisodes actuels moyens avec syndrome somatique F 33.11, F 40.1. Anxiété généralisée (selon mes observations et le diagnostic que j'ai posé).

Vu la polypathologie chronique d'affection sur le plan somatique et psychique qui prédomine et vu la chronicité des problèmes rhumatologique[s] et neurologique[s] ainsi que psychiatrique[s], le diagnostic reste sous réserve.

Vu la durée de la maladie qui s'élève à 12-13 ans, le patient est en incapacité de travail à 100 %."

Le 31 mars 2014, le premier conseil de l'assuré dans le cadre de la procédure pendante, Assista Protection Juridique SA, a produit la réponse de la Dresse K._____ à un questionnaire qu'il lui avait adressé et dont il résulte ce qui suit :

"1/Est-il exact que vous disposez, hors la spécialisation en médecine générale, d'une spécialisation en psychiatrie ?

Oui, mis à part ma spécialisation FMH, médecine générale et interne, j'ai des droits acquis en psychiatrie qui sont l'équivalent de spécialisation en psychiatrie.
Je vous joins la correspondance que j'ai adressé[e] au médecin-conseil de l'AI et des médecins qui ont effectué l'expertise pour corriger l'inexactitude.

2/Quel est à l'heure actuelle l'état de santé de Monsieur B._____, tant sur le plan physique que psychique ?

Me référant aux nombreuses expertises qui ont été effectuées sur le plan somatique (neurologique, rhumatologique, orthopédique), Monsieur B._____ présente des cervicalgies avec céphalées chroniques en raison de troubles dégénératifs de discopathie prononcée au niveau cervical. Entre autre[s] algies chronique[s] sur tassement L1 post-traumatique d[ues] à l'accident et spondylolyse isthmique bilatéral[e] (chute sur le dos en 2001).

Plusieurs malaises en 2008 et 2009 qui s'inscrivent dans l'affection type épileptique. Le Dr V._____ à l'époque a instauré le traitement antiépileptique et a conclu à une capacité de travail nulle.
D'ailleurs le patient continue de présenter des épisodes d'absence.

Monsieur B._____ a été consulté par de nombreux spécialistes ; la Dresse Kk._____, rhumatologue, Dresse Ll._____, neurologue, le Centre O._____ à [...].

Je suis le patient sur le plan psychiatrique depuis juillet 2011. En tant que psychiatre je ne confirme pas le diagnostic de l'expert pour l'expertise [des] 4 et 7 novembre 2013. Les experts posent le diagnostic de dysthymie depuis 2001. Troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens F 44.4 depuis 2001.

Monsieur B._____ présente des troubles dépressifs récurrents, épisodes actuels moyens avec syndrome somatique F 33.1 1 et F 40.1. Anxiété généralisée.

Depuis toutes ces années, le patient n'a pas été pris en charge sur le plan psychiatrique. J'ai évoqué un traitement psychopharmacologique et prise en charge psychothérapeutique continu inscrit depuis 2011 par mes soins.

Vu la polypathologie chronique de l'affection avec prédominance d'affection psychique lié[e] au problème de santé somatique, le diagnostic reste sous réserve.

3/Est-il apte à travailler dans une activité adaptée ? Si oui, à quel pourcentage ? Si non, pour quel(s) motif(s) ?

Non, je me réfère au[x] point[s] 1 et 2 et au diagnostic.

4/ Vous est-[il] possible de donner un pronostic sur la capacité de travail future de Monsieur B. _____ ? Si oui, quel est ce pronostic ?

Comme je l'ai mentionné dans le point 2, la capacité de travail de Monsieur B. _____ reste sous réserve vu la polypathologie et chronicité de la maladie tantôt (sic) sur le plan somatique que psychiatrique.

5/ Quelles sont vos remarques concernant le rapport d'expertise du Centre A. _____ du 31 janvier 2014 ?

Comme mentionn[é] dans le point 1, le diagnostic psychiatrique n'est pas conforme avec mes observations."

Dans un avis du 8 avril 2014, le Dr Ff. _____ a maintenu ses conclusions aux motifs que les diagnostics donnés par la Dresse K. _____, énumérés mais sans aucun status clinique détaillé, avaient été pris en compte lors de l'expertise, mais non retenus, aucun élément de la lignée dépressive n'ayant été observé de façon suffisante pour pouvoir justifier une incapacité de travail de longue durée.

Il résulte d'une communication interne à l'OAI du 9 mai 2014 qu'il n'y aurait eu aucune mesure permettant de réduire le préjudice économique au vu de l'ensemble de la situation. Ce préjudice a été calculé à 34.71 % compte tenu d'un salaire sans invalidité indexé en 2014 de 86'646 fr. et d'un salaire avec invalidité de 56'571 fr. 27 fondé sur l'ESS 2010, niveau de compétence 1 indexé en 2014 et réduit de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré.

Le 29 janvier 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de rente d'invalidité, le degré d'invalidité étant inférieur au taux de 40 %. Ce projet de décision commence en ces termes :

"Suite à la contestation faite à l'encontre du projet de refus d'entrée en matière du 20 avril 2012, nous avons réexaminé le droit à une rente d'invalidité.

Nous vous présentons ci-après un projet de décision. Mais avant de notifier la décision munie des moyens de droit, nous vous donnons la possibilité de nous apporter dans les 30 jours, par écrit ou oralement dans le cadre d'une entrevue sur rendez-vous, vos objections

fondées à l'encontre des présentes conclusions ou de demander des renseignements complémentaires à ce sujet.

Après écoulement du délai de 30 jours, qui ne peut pas être prolongé, une décision sujette à recours vous sera notifiée."

Le 24 mars 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision par l'intermédiaire de son nouveau conseil dans cette procédure, Me Nordmann, en concluant à l'octroi d'une rente entière. Il a en outre requis l'octroi de l'assistance judiciaire. Il a produit une lettre adressée le 12 mars 2015 à son conseil par la Dresse K. _____ rédigée en ces termes :

"Me référant à votre correspondance du 11.09.2015, je me permets de répondre à vos questions.

Je suis Monsieur B. _____ sur le plan psychothérapeutique et psychopharmacologique depuis le mois de juillet 2011.

Pour rappel, Monsieur B. _____ a été victime d'une chute sur son lieu de travail le 20 juin 2001 qui a provoqué des contusions lombaires, arrêt de travail depuis le 4 juillet 2001.

Le diagnostic qui a été retenu sur le plan somatique :

Cervico-dorso-lombalgies, hernie discale D C3-C4, C4-C5, C5-C7, canal rachidien étroit C4-C7, hernie discale postéro-médiane C4-C5 (IRM en 2002). L'IRM de 2003 met en évidence une volumineuse hernie discale médiane C4-C5 et hernie discale modérée C5-C6, arthrose, myélopathie compressive. Spondylolisthésis L5-S1.

Episodes d'hémianesthésies du corps D avec perte de la parole et la connaissance sans chute, évoqué un éventuel foyer épileptogène.

Sur le plan psychiatrique au mois de septembre 2001, le Dr Mm. _____ (sic), psychiatre a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme. Le patient a bénéficié d'un traitement AINS, antalgique.

A l'époque le patient n'a jamais bénéficié de traitement antidépresseur, anxiolytique ou prise en charge psychothérapeutique.

Depuis 2011, Monsieur B. _____ est pris en charge par mes soins sous forme de psychothérapie de soutien et de traitement psychopharmacologique ; antidépresseurs, anxiolytiques.

Le traitement antidépresseur a permis d'atténuer la symptomatologie anxio-dépressive afin de mieux fonctionner dans la vie quotidienne.

J'ai posé le diagnostic de troubles dépressifs récurrents avec syndrome somatique F 33.1, F 40. Anxiété généralisée. J'ai écrit mes observations dans le rapport de l'AI et une lettre à l'intention du

médecin conseil de l'AI en date du 27 février 2014 suite à une expertise qui a été effectuée par le Centre A._____.

Vu l'absence d'activité professionnelle depuis 14 ans et manque de prise en charge psychiatrique antérieure, j'estime qu'une incapacité de travail de 100 % s'impose pour Monsieur B._____.

Pendant toute cette période-là le patient n'a jamais repris une activité professionnelle, aucune réinsertion professionnelle n'a pas été proposée, prise en charge par l'office de l'AI.

Le patient a développé durant toutes ces années une symptomatologie anxiodépressive, isolement social, manque de confiance et estime de soi ce qui a amené à des troubles dépressifs chroniques.

Vu la longue absence d'activité professionnelle prouve que les troubles psychiques de Monsieur B._____ ont été importants. Vu la fragilité de structure de la personnalité et chronicité de la maladie, le pronostic reste sous réserve."

Le 30 mars 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande d'assistance judiciaire gratuite.

Dans un avis du 7 avril 2015, le Dr Ff._____ a relevé ce qui suit :

"L'assuré conteste notre projet de décision de refus du 29.01.2015 faisant suite au rapport SMR du 07.02.2014. Rappelons qu'il s'agit d'une troisième demande en date du 01.02.2012 sur laquelle nous avons statué en nous appuyant sur les conclusions d'une expertise pluridi[sci]plinaire du Centre A._____ de fin 2013 (voir cette expertise et avis précédents).

A l'appui de cette contestation, le nouveau conseil de l'assuré produit un courrier du médecin-traitant, la Dresse K._____, en date du 12.03.2015. Ce médecin reprend les différentes atteintes somatiques connues dès l'accident initial de 2001 : ces atteintes ont été prises en compte notamment par les deux expertises du Centre A._____ de 2007 et 2013, cette dernière ne mettant en évidence aucun syndrome irritatif ou déficitaire au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, le médecin-traitant pose un diagnostic différent de celui de l'expert, à savoir un *Trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique*, mais comme nous l'avons déjà signalé sur notre précédent avis, il ne peut s'agir que d'une appréciation différente d'une même situation, puisque nous avons cette expertise récente sur le plan psychiatrique fin 2013 qui ne retrouvait pas d'atteinte incapacitante, hormis une dysthymie, avec une humeur fluctuante selon les jours, une intensité légère, et donc pas suffisamment d'éléments pour attester un épisode dépressif incapacitant.

En conséquence, les éléments apportés par l'avocat, en l'occurrence le RM de la Dresse K._____, n'apportent rien de nouveau sur le plan médical et ne nous permettent donc pas de nous écarter de notre position du 29.01.2015"

Le 9 avril 2015, l'OAI a établi l'acte suivant :

**"Décision :
Refus de rente d'invalidité**

Maître,

Suite à la contestation faite à l'encontre du projet de refus d'entrée en matière du 20 avril 2012, nous avons réexaminé le droit à une rente d'invalidité.

Nous vous présentons ci-après un projet de décision. Mais avant de notifier la décision munie des moyens de droit, nous vous donnons la possibilité de nous apporter dans les 30 jours, par écrit ou oralement dans le cadre d'une entrevue sur rendez-vous, vos objections fondées à l'encontre des présentes conclusions ou de demander des renseignements complémentaires à ce sujet.

Après écoulement du délai de 30 jours, qui ne peut pas être prolongé, une décision sujette à recours vous sera notifiée.

[...]

Bases légales

Une invalidité dès 40 % ouvre le droit à un quart de rente, dès 50 % à une demi-rente, dès 60 % à trois[-]quarts de rente et dès 70 % à une rente entière (art. 28 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)).

Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que la personne invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre d'elle est comparé au revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide. La perte de gain qui en résulte détermine le degré d'invalidité en pour cent (art. 16 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]).

Cependant, il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non.

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)).

Résultat de nos constatations :

Vous exercez l'activité d'étancheur.

Pour raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail depuis 2002. C'est à cette période que débute le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

A l'échéance du délai en question, soit en 2003, et après consultation des éléments médicaux et économiques de votre dossier par le Service Médical Régional, force est de constater que votre incapacité de travail est de 50 % dans votre activité habituelle. Toutefois, dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds de manière répétée ; pas de port répété de lourdes charges ; pas de position assise ou debout prolongée), une pleine capacité de travail est raisonnablement exigible, dès 2002 déjà.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010., TA1 ; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'109.29 (CHF 4'901.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+ 1.00 % ; La Vie économique, tableau B 10.2) puis de 2011 à 2012 (+ 0.80 %) et enfin de 2012 à 2013-2014 (+ 0.70 %), on obtient un revenu annuel de CHF 62'856.96 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de votre âge, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 56'571.27

Comparaison des revenus :

sans invalidité CHF 86'646.00

avec invalidité	CHF	56'571.27			
La perte de gain s'élève à	CHF	30'074.73	=	un	degré

d'invalidité de 34.71 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée.

Remarques importantes

Moyens de droit

Recours peut être formé contre cette décision dans les 30 jours à compter de sa notification. Il sera déposé par écrit et signé à l'adresse suivante

Tribunal Cantonal
Cour des Assurances sociales
Route du Signal 11
1014 Lausanne Adm cant VD

Le recours doit contenir un exposé succinct des faits, des motifs et des conclusions et être accompagné de la décision contestée ainsi que des éventuels moyens de preuve. Après écoulement du délai de recours, qui ne peut pas être prolongé, la décision entre en vigueur.

[...]"

A cet acte était jointe une lettre de l'OAI rédigée notamment en ces termes :

"Par projet de décision du 20 avril 2012, nous avons refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par M. B. _____ au motif que l'état de fait ne s'était pas modifié depuis la prise de décision précédente.

Ce projet de décision a été contesté par le représentant légal de l'époque, soit Assista TCS Protection Juridique. Le dossier médical a été complété par divers rapports-médicaux, dont le plus récent est daté du 12 mars 2015, transmis par vous-même.

Après étude de ces divers rapports-médicaux, force est de constater que la contestation ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 20 avril 2012 est fondé et doit être entièrement confirmé.

Nous vous remettons dès lors en annexe une décision identique audit projet contre laquelle il vous est loisible de recourir dans les trente jours auprès de la Cour des Assurances Sociales du Tribunal Cantonal."

Le 20 avril 2015, l'assuré a adressé à l'OAI la lettre suivante :

"Par votre lettre du 9 avril 2015, vous me présentez une décision de refus de rente d'invalidité du 9 avril 2015 avec une lettre du même jour indiquant que « Notre projet du 20 avril 2012 est fondé et doit être entièrement confirmé ».

Il s'agit sans doute d'une erreur de votre part, parce qu'il y a déjà eu un projet de décision en date du 29 janvier 2015, sur lequel je me

suis déterminé – en sollicitant l'assistance judiciaire administrative que vous envisagez de refuser au motif de l'absence de complexité du cas sur le plan médical et économique – en date du 24 mars 2015.

Le cas n'est manifestement pas si simple que vous le pensez :

- Vous faites vous-même apparemment une confusion entre « projet de décision » et « décision », en qualifiant votre lettre du 9 avril 2015, malgré son titre, de « projet » ;
- Le projet de décision du 29 janvier 2015 est postérieur de 3 ans à un précédent projet de décision du 20 avril 2012, ce qui nécessitera quelques explications ;
- Enfin, il y a des éléments médicaux et économiques nouveaux au dossier.

L'objet de la présente est donc double :

- Si vous décidez que votre « projet de décision » du 9 avril 2015 est erroné en ce sens qu'il aurait fallu une décision et non un projet, vous êtes invité à émettre ce projet dans les meilleurs délais ;
- Mais, en émettant ce projet, il y aura lieu alors de vous déterminer sur les divers points soulevés dans ma lettre du 24 mars 2015 et qui paraît vous avoir complètement échappé, dès lors qu'elle n'est pas évoquée dans votre « projet de décision » du 9 avril 2015."

D. Par acte du 12 mai 2015, B._____ a recouru contre la décision du 9 avril 2015 en précisant que c'était par précaution. Il explique avoir reçu de la part de l'OAI une lettre du 9 avril 2015 portant le titre « *décision : refus de rente d'invalidité* » mais mentionnant au deuxième paragraphe qu'il s'agit d'un « *projet de décision* ». Le recourant allègue avoir réagi par lettre du 20 avril 2015 en attirant l'attention de l'intimé sur l'erreur commise et en signalant qu'il y avait déjà un projet de décision du 29 janvier 2015 sur lequel il s'était déterminé le 24 mars 2015 mais que sa détermination ne paraissait pas avoir été prise en compte n'étant pas mentionnée dans la décision du 9 avril 2015. Il estime que l'OAI semble s'être mépris en ne prenant pas en compte sa correspondance du 24 mars 2015 mais en fondant son précédent projet de décision sur une appréciation de 2012. Au cas où la décision de l'OAI du 9 avril 2015 serait vraiment une décision et non un projet de décision, il conclut à l'annulation de celle-ci avec suite de frais et dépens.

Le recourant a produit diverses pièces dont un questionnaire adressé à la Dresse K._____ le 9 mars 2015, la réponse de celle-ci du 12

mars suivant, le questionnaire complémentaire qu'il lui a adressé le 24 mars 2015 lui demandant sur quelles observations concrètes elle fondait son propre diagnostic et quelles étaient les données professionnelles pouvant être invoquées comme l'autorisant à poser des diagnostics sur le plan psychiatrique et suivre les patients sur ce plan. Il a également produit la réponse complémentaire du 31 mars 2015 de la Dresse K. _____ dont la teneur est la suivante :

"Je vous remercie pour votre correspondance du 24 mars 2015. Vous me posez deux questions, la première sur les observations concernant le diagnostic.

Les observations sont basées bien entendu sur les symptômes cliniques, une anamnèse détaillée qui a permis de comprendre la durée et la gravité de la maladie.

Par rapport à ma formation, ma sous[-]spécialité est le droit acquis en psychiatrie qui est l'équivalent de spécialisation en psychiatri[e]. Celle-ci me permet depuis de nombreuses années de suivre le patient non seulement sur le plan de médecine générale interne mais également psychiatrique."

Par réponse du 15 juin 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il allègue en substance que si, certes il avait de manière erronée placé dans l'acte contesté quelques lignes usuellement destinées au projet de décision qu'il émet, il n'en demeure pas moins que le document rendu le 9 avril 2015 constitue une décision faisant suite au projet de décision de refus de rente du 29 janvier 2015 suivant le projet de décision de refus d'entrer en matière du 20 avril 2012 comme le démontre son intitulé ainsi que les voies de droit indiquées à la fin de cet acte. Il soutient que les griefs émis à l'encontre de ses prises de position ont été examinés par ses collaborateurs lesquels ont interpellé à maintes reprises les médecins du SMR. Il ajoute qu'une expertise pluridisciplinaire a en outre été organisée auprès du Centre A. _____ et a donné lieu au rapport du 31 janvier 2014, la conclusion de l'examen mené par lui-même étant résumée dans la correspondance du 9 avril 2015 qui accompagnait la décision litigieuse. Il estime enfin que les documents annexés au recours ne sont pas susceptibles de mettre en doute son appréciation de la situation.

Dans sa réplique du 18 août 2015, le recourant a déclaré que pour autant qu'on considère l'écriture du 9 avril 2015 comme une décision, il abordait le fond du litige. Il estime que si l'intimé a pris connaissance du rapport du 12 mars 2015 qu'il avait produit, cet office l'a écarté sans le discuter dans sa lettre du 9 avril 2015, que la décision attaquée souffre d'un défaut de motivation et qu'elle doit ainsi être qualifiée d'arbitraire au regard de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). Il ajoute que, de surcroît, la décision du 9 avril 2015 est identique au projet de décision du 29 janvier 2015 ce qui, selon lui, montrerait que l'appréciation médicale et économique du cas se fonde sur la situation de 2012, c'est-à-dire trois ans auparavant, qu'il n'a pas été répondu aux objections présentées par l'assuré le 24 mars 2015 et que, de même, dans sa réponse l'OAI croit pouvoir s'abstenir de prendre position sur les pièces 7 à 10 mentionnées dans le recours. Selon lui, le fait que des collaborateurs aient interpellé le SMR à plusieurs reprises ne peut remplacer l'absence de motivation et il incombait à l'OAI en vertu de la LPGA de discuter de tous les rapports qui étaient en sa possession, peu importait la provenance de ceux-ci, qui ne peuvent être écartés que s'ils sont manifestement fondés sur une empathie du médecin traitant à l'égard de son patient et ne fournissent pas de données objectives. Si en revanche, ces médecins traitants fournissent des données objectives et des diagnostics précis, leurs rapports doivent être pris en considération et à tout le moins discutés à défaut de quoi l'instruction du cas est faussée. Il a dès lors déclaré maintenir les conclusions de son recours. Il a en outre produit copie d'une lettre adressée à l'OAI le 2 juillet 2015 concernant l'assistance judiciaire en phase administrative.

Par duplique du 1^{er} septembre 2015, l'OAI a maintenu ses conclusions. Il rappelle que le recourant a déposé une nouvelle demande en octobre 2012 en produisant des rapports de la Dresse K._____, médecin traitant, qui mentionnaient un état anxio-dépressif post-traumatique depuis une dizaine d'années avec une symptomatologie qui n'avait pas été traitée et était devenue chronique avec le temps. Il rappelle avoir ordonné une expertise qui a été effectuée par le Centre

A._____ dont le rapport établi le 31 janvier 2014 concluait à une aptitude au travail de 50 % en tant qu'étancheur et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles observées concernant l'épargne du rachis, aucune pathologie incapacitante n'étant retrouvée sur le plan psychiatrique. Il observe que ces constatations rejoignent les conclusions de l'expertise du Centre A._____ de 2007 et qu'aucune aggravation sur les plans médicaux et asséculoologiques de la situation n'a été identifiée depuis sa décision d'août 2005. Il ajoute qu'ensuite de la réalisation de cette mesure d'instruction la Dresse K._____ avait transmis ses écrits des 27 février 2014, 18 mars 2014 et 12 mars 2015 à son administration, cette praticienne, qui ne dispose pas de la spécialité en psychiatrie, contestant les diagnostics mis en exergue par les experts du Centre A._____ et invoquant un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique sans émettre de status clinique détaillé à ce sujet. Il soutient que cette allégation a été prise en compte par l'expert psychiatre du Centre A._____ lequel ne s'est pas prononcé dans ce sens dans la mesure où les éléments de la lignée dépressive n'étaient pas observés de façon suffisante pour justifier une entrave à l'exercice d'une activité professionnelle de longue durée. Il ajoute que sur le plan rhumatologique, la Dresse K._____ a repris les différentes atteintes somatiques connues depuis l'accident dont avait été victime le recourant et que là également ces affections ont été prises en considération lors des examens réalisés par le Centre A._____. Il estime que le bien-fondé des conclusions des experts n'a pas été mis à mal par les interventions de la Dresse K._____ qui ont été étudiées consciencieusement par le SMR régulièrement sollicité afin de prendre position. Il ajoute qu'il ne note pas de défaut de motivation dans la décision litigieuse celle-ci précisant les conclusions médicales fondant sa position.

Le 27 octobre 2015, la Dresse K._____, interpellée par le juge instructeur, a produit une attestation de valeur intrinsèque du 22 octobre 2015 selon laquelle le diplôme qu'elle a obtenu est celui de spécialiste en médecine interne générale. Cette attestation mentionne en outre ce qui suit :

"Prestations relevant des droits acquis

[...]

Position de droits acquis avec attestation de formation continue (valable jusqu'au 31.12.15) :

[...] diagnostic et thérapie psychiatriques [....]"

Dans sa lettre du 27 octobre 2015, la Dresse K. _____ précise que l'attestation des droits acquis ne peut avoir une portée que pour des questions tarifaires relatives à la valeur intrinsèque qualitative.

Le 4 novembre 2015, le recourant a requis la suspension de la cause jusqu'à fin février 2016 dès lors que la Dresse K. _____ avait cessé son activité et qu'il était contraint de consulter un autre médecin. Un délai prolongé à sa demande au 11 avril 2016 lui a été fixé pour déposer le rapport médical annoncé.

A cette date, le recourant a produit un rapport du 17 mars 2016 du Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a répondu comme suit aux questions du conseil du recourant :

"1. Pouvez-vous, au vu du dossier et de vos entretiens avec le patient, établir une brève anamnèse ?

M. B. _____ est originaire du Kosovo, et est arrivé en Suisse en 1984 seul sans sa femme et leurs trois enfants. Il projetait de rejoindre sa soeur en Allemagne pour fuir la pauvreté de son pays et y travailler. Il passe par la Suisse pour y aller et tombe amoureux de ce pays à tel point qu'il décide d'y rester.

Ayant une formation de mécanicien de précision dans son pays, il travaille d'abord dans les vignes, puis dans un restaurant (où il a pu obtenir un permis B) avant de se faire engager comme étancheur puis devenir responsable de succursale, tâche qui lui plaisait beaucoup. Il parvient à faire venir ses deux garçons et sa femme en 1995, mais leur fille est restée au pays chez son frère en raison du dépassement des délais de la loi sur le regroupement familial. En 2000, une partie de sa famille du Kosovo [a] dû s'expatrier en Albanie à cause de la guerre en Ex-Yougoslavie. Son père était asthmatique et est parti sans son traitement, ce qui a causé sa mort et provoqué beaucoup de culpabilité chez le patient qui se reproche de ne pas lui avoir apporté son traitement. Une semaine après, un de ses frères décède dans l'explosion de leur maison au Kosovo.

En 2001, M. B. _____ vit un accident professionnel (chute d'un échafaudage suite à une glissade sur du matériel isolant) dans une période où il vivait mal le deuil de son frère et de son père avec des insomnies et des idées suicidaires passives. Suite à cet accident, il essaie de continuer à travailler mais finit par être dépassé par les conséquences de sa chute : évanouissements, pertes de sensations, pertes des mots, pertes de mémoire, douleurs intenses. Le patient est hospitalisé à l'hôpital de la SUVA, et apprend qu'il ne pourra plus travailler et est signalé à l'AI en raison de sept hernies discales et cervicales.

Peu de temps après cet accident, sa femme, qui souffre d'un cancer du sein et suit une chimiothérapie, le quitte ; le divorce est prononcé en 2004. Depuis, M. B. _____ vit seul, sans activité et avec beaucoup d'angoisses et une dépression qui s'installe profondément. Jusqu'à ce jour, M. B. _____ n'a pas accepté de se faire opérer en raison d'angoisses très fortes. Il vit extrêmement mal le fait de ne plus pouvoir travailler et de dépendre de l'aide sociale pour subvenir à ses besoins, et vit avec le sentiment d'avoir tout perdu.

2. Pouvez-vous poser un diagnostic actuel ?

1. Trouble dépressif majeur chronique, épisode actuel moyen :
humeur dépressive quotidienne, perte d'intérêt pour les activités de plaisir habituelles, insomnies, perte d'énergie, sentiment intense de culpabilité (d'être inactif, malade, dépendant du service social...), trouble de la concentration et de la mémoire, idées de mort passives, isolement (ne voit plus personne en dehors de ses fils et de ses petits-enfants).
2. Etat de stress post-traumatique chronique :
deux événements sont en cause, la perte subite et consécutive de son père et de son frère dans des circonstances tragiques, et sa chute au travail qui a engendré un choc intense, aggravé par les symptômes qui ont suivi, surtout les évanouissements. Ces deux événements ont confronté le patient à la mort de personnes chères et à la possibilité de sa propre mort, ce qu'il a vécu avec un fort sentiment d'impuissance. Ces souvenirs ne lâchent pas le patient, ils reviennent sous forme de ruminations envahissantes et de rêves. M. B. _____ connaît depuis un sentiment « d'avenir bouché » par rapport à sa carrière et au fait d'avoir une « vie normale ». Il craint de sortir de chez lui de peur de s'évanouir, de tomber dans le coma et de ne pas se réveiller. De ce fait, il reste la majeure partie du temps seul chez lui.

3. Pouvez-vous justifier chacun de ces diagnostics sur le plan psychiatrique ?

c.f. symptômes énumérés au point précédent

4. Estimez-vous que ces diagnostics entravent totalement ou partiellement l'exercice de l'ancienne profession d'étancheur (éventuellement en lien avec les diagnostics somatiques) ?

On peut sans doute considérer que l'ancienne profession d'étancheur n'est actuellement pas exerçable par le patient,

également pour des raisons psychiques, et ce de manière vraisemblablement durable.

Le traumatisme subi, à l'origine du trouble de stress post-traumatique, a eu lieu dans cette profession, ce qui représente un obstacle conséquent à la reprise de cette activité en particulier. De plus, un temps considérable s'est écoulé depuis cette époque, au cours duquel la patient a vécu dans un univers psychique où cette profession occupait un rôle central, sous la forme du désir de retravailler, mais de l'impossibilité de le faire. Pour cette raison, cette profession reste aux yeux du patient lourdement chargée de sens et de projections, ce qui en accroît considérablement la difficulté.

5. Estimez-vous que ces diagnostics portent atteinte - et dans quelle mesure - à la possibilité d'exercer une activité de substitution accessible au patient (genre « activité en atelier ») ?

Sur la durée, et sur le plan psychique, un retour vers une activité différente est envisageable, à certaines conditions.

En raison du temps considérable écoulé depuis la dernière activité, et en raison des diagnostics susmentionnés et de leur impact sur le fonctionnement dans nombre de situations de la vie quotidienne, un projet de remise en activité devrait nécessairement débiter par un projet de réinsertion et d'évaluation en situation.

On peut supposer que la mise en route d'un tel projet, avec les perspectives d'espoir de changement qu'il comporte, sera de nature à permettre une évolution favorable des troubles psychiques présents, conjointement avec un suivi et une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique.

6. S'agissant des interactions entre l'état psychique et l'état physique, y a-t-il en particulier des troubles dissociatifs de la motricité et de la sensibilité, susceptibles de limiter la capacité de travail (dans une activité supposée adaptée) ?

Une éventuelle part psychique aux troubles de la motricité et de la sensibilité resterait vraisemblablement présente, dans un premier temps, au sein d'une activité de réinsertion. Dans un tel cadre, cependant, ces troubles ne seraient pas incompatibles avec une activité adaptée, et seraient, de plus, susceptibles d'amélioration.

7. Etant donné qu'une activité supposée adaptée accessible de substitution nécessite concentration et rapidité, pensez-vous que l'assuré puisse fournir de telles prestations ? Y a-t-il des troubles neuropsychologiques (attention, concentration, mémoire, fatigabilité) ?

Les tableaux dépressifs, et anxieux dans une certaine mesure, comportent en effet une altération des capacités d'attention, de concentration, et de mémoire, et une fatigabilité accrue. Ce type de symptômes, entre autres, rend le patient actuellement inapte à une activité professionnelle dans l'économie normale. Par contre, ils ne sont pas incompatibles par eux-mêmes à la formulation et la

mise en route d'un projet de réinsertion, au cours duquel, justement, ils ont les meilleures chances de diminuer sur la durée, sous les effets favorables conjoints du suivi psychiatrique (médication, psychothérapie) et des bénéfices d'une remise en activité."

Dans ses déterminations du 11 avril 2016 également sur la duplique de l'OAI, le recourant a mentionné que l'écriture de l'intimé du 1^{er} septembre 2015 tentait de rattraper le vice de défaut de motivation et qu'on pouvait se demander si une motivation ultérieure remplace une motivation omise dans la décision elle-même. Quoi qu'il en soit, il a estimé la position de l'intimé du 1^{er} septembre 2015 insoutenable notamment lorsqu'il affirme que les points de vue du médecin traitant, à savoir la Dresse K._____, auraient été pris en compte par l'expert du Centre A._____ dès lors que les écrits de cette praticienne sont postérieurs. Il soutient que la Dresse K._____ a une spécialité reconnue en psychiatrie et observe qu'elle a suivi l'assuré durant de longues années, le connaissant parfaitement, et qu'aucun status clinique spécifique ne lui avait d'ailleurs été demandé. Il estime qu'elle a bien fondé son appréciation sur un status clinique qu'elle a personnellement observé. Concernant le rapport qu'il a produit, il allègue que le Dr Q._____ pose le diagnostic de trouble dépressif majeur chronique épisode actuel moyen état de stress post-traumatique chronique, ce diagnostic étant en harmonie avec celui posé par la Dresse K._____ le 12 mars 2015. Il est d'avis que le Dr Q._____ explique en détail les causes de la situation à savoir les traumatismes subis dans la vie du recourant, la gravité de ceux-ci paraissant effectivement justifier pleinement cette évolution. Il observe concernant l'expertise qu'il y aurait eu à titre complémentaire un questionnaire de Hamilton et s'étonne qu'il ne soit pas joint à l'expertise. Il soutient qu'il y a un diagnostic clairement aggravé par rapport à la situation de 2007 et qu'il faut revoir aujourd'hui l'entier de la situation. S'agissant d'une activité de substitution, il se réfère au rapport du Dr Q._____ qui n'exclut pas d'emblée qu'un jour le recourant puisse reprendre une activité lucrative, mais cela dans un premier temps, au sein d'une activité de réinsertion. Il en conclut que les observations de la Dresse K._____ et du Dr Q._____ montrent que l'expertise du Centre A._____ est clairement erronée et que, tant et aussi longtemps que des

mesures de réadaptation tenant compte de l'état de santé du recourant sur les plans somatiques, psychiques et neuropsychologiques n'ont pas été mises en œuvre, l'assuré est incapable d'exercer une activité lucrative dans toute activité, une nouvelle appréciation ne pouvant être effectuée qu'au terme et en fonction des résultats desdites tentatives de réadaptation.

Dans ses déterminations du 23 mai 2016, l'OAI a maintenu ses conclusions. Il relève notamment que les experts du Centre A. _____ ont pris en considération les prises de position médicales existantes au moment de leur examen dont celles de la Dresse K. _____ et que les conclusions de celle-ci, qu'elles soient antérieures ou postérieures à l'expertise, n'avaient pas modifié sa position. Il s'est rallié à un avis du 17 mai 2015 du SMR, qu'il a produit en annexe, selon lequel les rapports des Drs K. _____ et Q. _____ ne modifieraient pas sa prise de position en l'absence d'éléments négligés ou ignorés prévalant à la décision litigieuse.

Dans son écriture du 30 juin 2016, le recourant soutient en particulier que le Dr Q. _____ est d'avis que les symptômes ne sont pas incompatibles par eux-mêmes à la formulation et à la mise en route d'un projet de réinsertion, lesquels projets — s'ils pouvaient être formulés — auraient éventuellement des chances de diminuer sur la durée et avec un suivi psychiatrique (médication, psychothérapie) une éventuelle récupération de capacité professionnelle. Il a produit trois certificats médicaux établis par la Dresse D. _____, spécialiste en médecine interne générale, les 15 février, 11 mai et 21 juin 2016 attestant respectivement d'incapacités de travail à 100 % depuis le 1^{er} janvier 2016 d'une durée probable de deux mois, le travail pouvant être repris le 1^{er} mars 2016, date à réévaluer, puis dès cette date pour une durée probable de trois mois, le travail pouvant être repris le 1^{er} juin 2016, date à réévaluer, et dès cette date et pour une durée probable de deux mois, le travail pouvant être repris le 1^{er} août 2016, date à réévaluer.

E. Par décision du 16 juin 2015, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant, l'exonérant d'avances et de frais judiciaires et lui nommant un avocat d'office en la personne de Me Philippe Nordmann.

Par courrier du 20 février 2017, Me Nordmann a produit sa liste des opérations. Il a indiqué avoir consacré 16 heures et 95 centièmes

à cette affaire, ce qui correspond à un montant de 3'051 fr., et a estimé ses débours à 200 fr., précisant qu'il s'agissait d'un forfait. Il a par ailleurs mentionné 260 fr. 08 de TVA.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, devant le tribunal compétent et dans le respect des formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Il y a lieu d'examiner en premier lieu les griefs d'ordre formel adressés par le recourant qui met en doute que l'acte du 9 avril 2015 soit une décision. Il se plaint en outre d'une violation du droit d'être entendu pour insuffisance de motivation.

Selon l'art. 49 al. 1 et 3 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties.

a) L'acte du 9 avril 2015 est intitulé « *Décision : Refus de rente d'invalidité* ». Certes, il mentionne aux deuxième et troisième paragraphes

qu'il s'agit d'un projet de décision. Toutefois, aucun élément dans la suite de cet acte ne fait référence à un tel projet. Sa conclusion est d'ailleurs « *Notre décision est par conséquent la suivante : La demande est rejetée.* » Enfin, les voies de recours sont indiquées. Il apparaît ainsi clairement que l'acte du 9 avril 2015 est une décision, la mention d'un projet de décision n'étant qu'une erreur de plume qui ne saurait prêter à confusion.

b) Quant à la motivation de cette décision, l'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, art. 42 LPGA). Un tel droit implique notamment l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 133 I 270 consid. 3.1 et 133 III 439 consid. 3.3 ; consid. 3.1.2 non publié aux ATF 137 IV 25 [TF 1C_308/2010 du 20 décembre 2010] ; également art. 49 al. 3 LPGA). L'autorité n'a cependant pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties. Il suffit qu'elle mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 135 III 670 consid. 3.3.1, 134 I 83 consid. 4.1 et 133 III 439 consid. 3.3) ; l'autorité peut ainsi se limiter aux questions décisives (ATF 136 I 229 consid. 5.2, 136 I 184 consid. 2.2.1 et 135 V 65 consid. 2.6 et les références citées). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 et 130 II 530 consid. 4.3). Dès lors qu'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; TF 2C_818/2016 du 26 septembre 2016 consid. 5.1, 9C_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 2.1 et 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1). 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 (TF 8C_762/2009 du 5 juillet 2010 consid. 2.2).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. En revanche, si l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même si la violation du droit d'être entendu est grave, une réparation de ce vice procédural devant l'autorité de recours est également envisageable si le renvoi à l'autorité inférieure constituerait une vaine formalité. L'allongement inutile de la procédure qui en découlerait est en effet incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.1 et 2.3.2 et 133 I 201 consid. 2.2 ; TF 6B_33/2014 du 13 mars 2014 consid. 2).

En l'espèce, la motivation de la décision entreprise permet de comprendre les éléments qui ont été retenus et pourquoi ils l'ont été. En particulier, il ressort de ses considérations que pour apprécier la capacité de travail du recourant, l'OAI s'est fondé sur les avis médicaux établis par le SMR, lequel a pris position sur les arguments médicaux invoqués par le recourant. Ces avis, eux-mêmes basés sur l'ensemble du dossier ont conduit l'OAI à retenir une capacité de travail de 50 % dans l'ancienne activité du recourant et entière dans une activité adaptée depuis 2002. La décision mentionne en outre un calcul de comparaison des revenus qui aboutit à un taux d'invalidité inférieur à 40 %. Même si la motivation apparaît sommaire, le grief tiré de la violation des garanties de procédure de l'art. 29 Cst. doit être rejeté.

A titre superfétatoire, on ajoutera que même si une violation du droit d'être entendu avait été retenue, elle serait réparée, le recourant

ayant pu produire toute pièce qu'il estimait utile et s'exprimer de manière complète et circonstanciée lors de plusieurs échanges d'écritures devant la Cour de céans.

3. Sur le fond, en se fondant tant sur les rapports médicaux de la Dresse K. _____ que sur ceux du Dr Q. _____, le recourant soutient que sa capacité de travail est nulle.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion 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 et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.3.2 et la jurisprudence citée et 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également

lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

c) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence 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]). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que 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 (al. 1).

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, 113 V 273 consid. 1a et 112 V 371 consid. 2b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

4. a) En l'espèce, lors de la décision antérieure, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie, avait posé les diagnostics de trouble de conversion (F 44) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) sans se prononcer sur la capacité de travail. Les experts du Centre A._____, les Drs Bb._____ et Cc._____, spécialistes en neurologie, respectivement psychiatrie, dans leur rapport d'expertise du 2 février 2007, ont posé les diagnostics de rachialgies cervico-dorso-lombaires secondaires en partie dues à des troubles statiques et dégénératifs cervico-dorso-lombaires influençant la capacité de travail. Ils ont également posé les diagnostics de céphalées tensionnelles dans un contexte de fixation psychologique aux symptômes somatiques, de malaises sur troubles neurovégétatifs/psychogènes et de personnalité à traits caractériels passifs, ces derniers diagnostics étant sans influence sur la capacité de travail.

Sur le plan somatique, les experts du Centre A._____ ont estimé que les troubles statiques et dégénératifs rachidiens mis en évidence aux différents examens radiologiques pouvaient entraîner au maximum une incapacité de travail de 50 % dans la profession d'étancheur mais que dans une activité adaptée ne nécessitant pas un port de charge supérieur à 15 kg en moyenne, un engagement physique lourd et autorisant des changements relativement fréquents de position, la capacité de travail était complète (plein-temps avec un rendement de 100 %). Sur le plan psychiatrique, ils n'ont pas retenu d'incapacité de travail en l'absence d'un tableau dépressif ou régressif manifeste, les

traits de caractère passifs et la fixation aux troubles somatiques ne pouvant pas être considérés comme invalidants.

b) Lors de l'établissement de la décision attaquée, les experts du Centre A._____, à savoir les Drs Gg._____, spécialiste en médecine interne générale, Hh._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et Jj._____ spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques ainsi que de cervicalgies chroniques, et sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1) environ depuis 2001, trouble dissociatif de la motricité et des organes des sens (F 44.4) depuis 2001, céphalées de tension chronique dès 2001, d'obésité et d'hypercholestérolémie.

aa) Sur le plan somatique, ils relèvent que l'examen clinique est remarquablement normal chez un assuré athlétique et que l'examen neurologique s'inscrit strictement dans la norme, sans élément laissant suspecter une atteinte centrale ou périphérique, cet examen étant superposable à celui réalisé le 8 novembre 2006. Dès lors, les céphalées tensionnelles ne permettent pas de retenir de limitations fonctionnelles. Il en est de même des malaises peu spécifiques. Ils ont constaté sur le plan rhumatologique que le recourant présentait des cervicalgies chroniques et des lombalgies chroniques depuis plus de 15 ans, avec sur les examens complémentaires uniquement des troubles dégénératifs modérés compatibles avec l'âge et une spondylolyse bilatérale L5 sans signe d'instabilité. Il n'ont pas constaté de modification significative depuis l'expertise de 2006, hormis une aggravation des douleurs, celles-ci entraînant sur le plan fonctionnel, des limitations principalement dans les travaux lourds de manière répétée, les ports répétés de lourdes charges et les positions prolongées surtout assise. Du point de vue rhumatologique, comme en 2006, ils ont retenu en raison des limitations mentionnées ci-dessus, une capacité de travail de 50 % dans l'activité d'étancher depuis 2002 et de 100 % depuis cette date dans une activité légère, avec possibilité de changer régulièrement de positions.

Il n'y a aucun rapport médical émanant de spécialistes mettant en doute ces conclusions. En effet, la Dresse K. _____ mentionne certes des épisodes d'hémianesthésies du corps droit avec perte de la parole et de la connaissance sans chute, évoquant un éventuel foyer épileptogène, mais elle se limite à une hypothèse, laquelle n'est pas documentée. Les différents diagnostics qu'elle indique en outre ne sont pas documentés.

En conséquence, il n'y a aucun motif de s'écarter des constatations des experts sur le plan somatique.

bb) Sur le plan psychique, les experts du Centre A. _____ ont posé un nouveau diagnostic, à savoir celui de dysthymie. Ils ont expliqué que leur évaluation mettait en évidence un trouble de l'humeur persistant, objectivement d'intensité légère, observant ainsi une diminution de l'estime de soi, de la confiance en soi, des idées de dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir et une perturbation du sommeil. Les experts ont rappelé que le recourant citait également des idées de mort, mais sans la présence d'idées de passage à l'acte et qu'il faisait remonter la présence de cette perturbation de l'humeur à de nombreuses années, soit à la fin de la guerre du Kosovo (1999) ou encore dans les suites de l'accident subi en 2001. Dès lors qu'elle aurait donc toujours été présente à bas bruit, les experts en déduisent qu'il faudrait effectivement parler de dépression chronique de l'humeur mais que celle-ci reste toutefois fluctuante, le recourant signalant parfois la présence de deux à trois jours, où il se sent bien, où toutes les douleurs corporelles sont également diminuées, voire disparues. Ils précisent en outre qu'au questionnaire de Hamilton concernant la dépression, le recourant cote à quinze, ce qui indique la présence de symptomatologie dépressive d'intensité légère, mais à la limite du moyen (de huit à dix-sept) et qu'au questionnaire de Hamilton concernant l'anxiété, l'expertisé cote à douze, valeur qui indique une anxiété mineure (de six à quatorze). Ils ont en conséquence estimé que les éléments psychopathologiques relevés étaient évocateurs d'une dysthymie, atteinte sur le plan psychique d'intensité insuffisante pour être à la source d'une incapacité de travail.

Les experts ont en outre expliqué que les troubles dont se plaint le recourant (douleurs dans différentes localisations du corps, céphalées chroniques, multiples malaises de type perte de contact avec la réalité, perte de la parole, pouvant durer entre quelques secondes jusqu'à plusieurs dizaines de minutes, survenant plusieurs fois par jour, au maximum cinq fois, des malaises plus conséquents, d'allure syncopale, avec chutes, dont le dernier serait survenu en juin 2013), qui se caractérisent par une perte ou une altération de la motricité et des fonctions sensorielles, font penser à un trouble physique et sont présentés comme tel par le recourant, sans pouvoir être rattachés à une affection somatique connue. En l'absence d'argument d'un trouble somatique, ils en concluent que cette présentation clinique est compatible avec les critères diagnostics définis dans l'ICD-10 de trouble dissociatif de la motricité et des sens (F 44.4), ce trouble présent depuis 2001, n'étant nullement à l'origine d'un handicap dans le fonctionnement habituel et la vie quotidienne du recourant et ne pouvant être considéré comme source d'incapacité de travail. Ce diagnostic avait déjà été posé par le Dr P._____ en 2001 sous une forme plus générale, ce praticien ayant retenu celui de troubles de conversion ou troubles dissociatifs (F 44). Les experts ne retiennent ainsi pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

La Dresse K._____ a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif post-traumatique existant depuis environ une dizaine d'années dans son rapport du 23 février 2012 et dans sa lettre du 14 novembre 2013 à l'expert Jj._____. Elle expliquait que le recourant avait vécu de nombreux décès dans sa famille ainsi que pendant la guerre au Kosovo avec traumatismes dans l'enfance qui avaient eu selon elle un impact considérable dans sa vie d'adulte. Les experts avaient donc connaissance de ce diagnostic lors de l'expertise. Dans ses courriers ultérieurs, cette praticienne a posé les diagnostics de troubles dépressifs récurrents épisode actuel moyen avec syndrome somatique et d'anxiété généralisée. Le 12 mars 2015, elle a indiqué que, vu l'absence d'activité professionnelle depuis 14 ans et le manque de prise en charge

psychiatrique antérieure, elle estimait qu'une incapacité de travail de 100 % s'imposait. Aucun des rapports établis par la Dresse K._____ ne mentionne de status détaillé du recourant. Ses conclusions, qui contredisent celles de tous les médecins spécialistes qui ont examiné le recourant avant elle, ne sont pas documentées comme le relevait à juste titre le Dr Ff._____. Il s'agit uniquement d'une appréciation différente de l'état de santé du recourant. Les conclusions de la Dresse K._____ ne sauraient donc être suivies. Il en va de même de celles du Dr Q._____. En effet, ce praticien pose le diagnostic de trouble dépressif majeur chronique, épisode actuel moyen. Il évoque toutefois dans l'ensemble les mêmes symptômes que ceux retenus par les experts en ajoutant un trouble de la concentration et de la mémoire. Au status, les experts n'ont toutefois pas constaté un tel trouble. En outre, le Dr Q._____ n'explique pas pourquoi il s'écarte du diagnostic posé par les experts. Quant au diagnostic d'état de stress post-traumatique, il a expressément été écarté par le Dr P._____ qui exposait qu'il n'y avait pas de symptomatologie classique pour un état de stress post-traumatique. Un tel diagnostic n'a d'ailleurs pas été retenu par les divers spécialistes qui ont examiné le recourant par la suite. Le Dr Q._____ ne motive que de manière succincte ce diagnostic et là également ne donne aucune explication quant à ses divergences avec les conclusions des experts. Son avis ne peut dès lors être suivi.

Quant aux certificats médicaux établis par la Dresse D._____, ils se limitent à mentionner des incapacités de travail sans autres explications.

En conséquence, il n'y a aucun motif de s'écarter des constatations des experts sur le plan psychiatrique.

c) En définitive, que ce soit sur le plan somatique ou psychiatrique, l'expertise, qui comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant, repose sur un examen clinique approfondi et sur l'ensemble du dossier est complète et bien motivée. Le fait que le questionnaire de Hamilton ne soit pas joint en annexe est sans incidence

sur sa valeur. Exemptes de contradictions, ses conclusions sont convaincantes et ne sont pas mises en doute par d'autres rapports médicaux. Elle a ainsi valeur probante.

Aucune aggravation de l'état de santé du recourant n'est par conséquent établie. Force est dès lors de retenir que la capacité de travail du recourant est identique à celle qui était la sienne lors de la précédente décision, à savoir 50 % dans son ancienne activité et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui sont identiques à celles retenues lors de l'expertise de 2006, sa capacité de travail n'ayant par ailleurs pas évolué depuis 2002.

d) Dans ces conditions, un nouveau calcul sur le plan économique apparaît superflu. On se limitera donc à observer que le recourant ne critique pas celui effectué par l'OAI et qu'on ne voit aucun motif de s'en écarter.

Au vu de ce qui précède, le dossier est complet permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu d'en compléter l'instruction.

5. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) 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). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) 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 et 61 let. g LPGA).

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'espèce, Me Nordmann a chiffré ses opérations à 16 heures et 95 centièmes et ses débours forfaitaires à 200 francs.

La liste des opérations produite a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. C'est ainsi un montant de 3'051 fr. (16 heures 95 centièmes x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les

opérations effectuées, plus la TVA à 8 %, d'un montant de 244 fr. 10, soit 3'295 fr. 10 au total. L'avocat d'office a également droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a), étant précisé qu'en l'absence de liste des débours, le conseil juridique commis d'office reçoit une indemnité forfaitaire de 50 fr. pour une affaire transigée avant l'ouverture d'action et de 100 fr. dans les autres cas (art. 3 al. 3 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'occurrence, c'est donc un montant de 100 fr., TVA à 8 % en sus, soit 8 fr., qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 3403 fr. 10 (3'295 fr. 10 + 108 fr.).

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

**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 9 avril 2015 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 de Me Philippe Nordmann, conseil de B._____, est arrêtée à 3'403 fr. 10 (trois mille quatre cent trois francs et dix 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 :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :