

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2018

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Christine Graa, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; 87 RAI

E n f a i t :

A. a) W._____, né en 1976, travaillait en qualité de manœuvre pour le compte de l'entreprise H._____ SA à [...].

b) Le 11 septembre 2002, il a été victime d'une fracture de son poignet gauche consécutive à une chute sur son lieu de travail, laquelle a été traitée par réduction et ostéosynthèse du scaphoïde.

c) Le 30 mai 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Considérant qu'il avait retrouvé, malgré l'existence de séquelles de son accident, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'office AI a, par décisions des 7 et 29 octobre 2008, reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1^{er} septembre 2003 au 29 février 2004.

d) Alors qu'il travaillait depuis le 1^{er} janvier 2013 en qualité d'agent d'exploitation pour le compte du V._____, W._____ s'est retrouvé au début du mois de février 2014 en incapacité totale de travailler en raison de douleurs cervicales irradiant vers la région occipito-temporale droite. Le 17 juin 2014, il a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des docteurs B._____, spécialiste en neurologie (rapport du 26 mars 2014), S._____, médecin praticien (rapport du 24 juillet 2014), C._____, spécialiste en anesthésiologie et médecine intensive (rapport du 15 octobre 2014) et R._____, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie (rapport du 15 octobre 2014).

Sur la base des renseignements obtenus, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a jugé nécessaire de procéder à un examen clinique rhumatologique de l'assuré. Dans son rapport du 19 mars 2015, le docteur E._____, spécialiste en rhumatologie ainsi que médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de cervicalgies droites diffuses avec douleurs occipito-temporales et du visage à droite depuis février 2014 dans le contexte de discrets troubles dégénératifs (discopathie et uncarthrose bilatérale C3-C4, discret rétrécissement des trous de conjugaisons C2-C3 et C3-C4 gauches), de status après fracture du poignet gauche le 11 septembre 2002 avec arthroses radio-scaphoïdienne et radio-ulnaire et de cure d'un syndrome du tunnel carpien gauche le 1^{er} novembre 2005. Ce médecin a également indiqué ce qui suit :

Dans le cas de cet assuré, les minimes troubles dégénératifs sont compatibles avec l'âge et ne sauraient expliquer les symptômes à eux seuls. L'assuré nie avoir eu d'accident ou traumatisme au niveau de la nuque, que ce soit dans son enfance ou à l'âge adulte. La discrète discarthrose C3-C4 n'est que le signe du vieillissement de la colonne vertébrale et il s'agit d'un processus lent compatible avec l'âge de l'assuré. En l'absence d'un élément particulier qui aurait pu décompenser un début de cervicarthrose préexistant, il est difficile de comprendre l'étendue de la douleur qui dépasse largement le territoire du nerf occipital D [réf. : droit] et même les racines C2-C3. La non-réponse au traitement entrepris, qu'il soit physiothérapeutique, ergothérapeutique, médicamenteux, infiltrations et même TENS, fait suspecter un trouble somatoforme qui, à notre avis, a été renforcé par l'attitude du médecin traitant, selon les déclarations de l'assuré, qui définit des limitations fonctionnelles rendant impossible tout reclassement professionnel et qui a mis en garde l'assuré vis-à-vis d'un avis chirurgical, d'un traitement ostéopathique ou chiropratique. Rappelons à ce propos que la symptomatologie douloureuse est mise sur le compte d'un rétrécissement foraminaux C3-C4 droit qui en fait est plus important à gauche, côté indolore.

Compte tenu de ce qui précède, nous estimons que l'assuré adopte un comportement d'invalidé. Une névralgie d'Arnold répond généralement à la physiothérapie (massage et ultrason) ou aux infiltrations, ce qui a été le cas de cet assuré en ce qui concerne l'infiltration par la Dresse C._____. Le territoire de ce nerf est limité bien plus que le territoire douloureux actuel. Le territoire douloureux actuel comprend toute la partie droite et postérieure de la nuque ainsi que le visage dont la sensibilité ne dépend pas d'un territoire radiculaire qui traverse un trou de conjugaison, mais d'un nerf crânien, le trijumeau. Il est difficile de corréliser les plaintes

actuelles et leurs aggravations subjectives pendant un peu plus d'une année avec une atteinte organique et anatomique claire.

Il faut aussi signaler des incohérences. L'assuré déclare prendre des doses de médicaments supérieures à ce qui est recommandé dans le compendium suisse des médicaments. La Dresse S._____, que nous avons contacté[e] téléphoniquement, n'a jamais prescrit ces doses et était étonnée de l'information que nous lui avons fournie. Le TENS a un effet lorsqu'il fonctionne. Dès son arrêt, en quelques minutes, la douleur devrait normalement augmenter. Ce qui n'est pas ce que nous avons observé ou a laissé entendre l'assuré. L'allodynie (perception douloureuse au toucher ou piquer) dépasse largement le territoire C2-C3 (nerf occipital d'Arnold) et même C3-C4 si on veut admettre une influence du rétrécissement du trou de conjugaison à ce niveau. L'absence de toute douleur ou limitation lors de la mobilisation de l'épaule droite et lors des tests de la coiffe des rotateurs laisse perplexe également. Il n'y a pas de raison en cas d'une limitation organique de la nuque que la rotation axiale soit meilleur[e] en décubitus ventral qu'en étant assis. La non-réponse, même courte pendant l'effet de l'anesthésiant, aux infiltrations des facettes C2-C3 et C3-C4 qui ont augmenté les douleurs n'est pas cohérent non plus.

Nous n'excluons pas qu'au départ l'assuré a pu présenter une dysfonction cervicale haute (faux mouvement par exemple). Ces dysfonctions vertébrales sont souvent accessibles à un traitement d'ostéopathie ou de chiropraxie chez un thérapeute reconnu. C'est ce que nous pouvons recommander et exiger. Il est bien évident que le résultat d'un tel traitement est meilleur s'il est appliqué précocement. Il aurait pu avoir lieu après l'échec des infiltrations cervicales au plus tard, c'est-à-dire en mai 2014.

Après avoir requis le point de vue du SMR (avis des 25 mars et 28 mai 2015), l'office AI a, par décision du 2 décembre 2015, rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. **a)** Par acte du 22 janvier 2016 (cause AI 14/16), W._____, représenté par Me Christine Graa, avocate à Lausanne, a déféré la décision du 2 décembre 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et, en cas d'échec ou d'impossibilité de mettre en place de telles mesures, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. En substance, il estimait que le point de vue retenu par l'office AI ne correspondait pas à l'avis des médecins qui avaient eu l'occasion de l'examiner.

Dans sa réponse du 29 février 2016, l'office AI a conclu au rejet du recours. Se référant aux avis émis par le SMR au cours de la procédure administrative, il a considéré que la capacité de travail était demeurée inchangée depuis le 7 octobre 2008, date de sa précédente décision.

Dans sa réplique du 7 avril 2016, W._____ a confirmé les conclusions prises dans son recours du 22 janvier 2016. Se référant aux différents rapports médicaux établis par les médecins qu'il a consultés et à ceux produits à l'appui de sa réplique (rapports des docteurs C._____ du 8 mars 2016, S._____ du 17 mars 2016 et B._____ du 30 mars 2016), il estimait que sa capacité de travail était nulle dans une activité de concierge. C'était à tort que la décision attaquée se fondait sur l'appréciation du docteur E._____, puisque celle-ci comportait de nombreuses incohérences et imprécisions, était orientée et empreinte de partialité. Dans la mesure où les médecins qu'il avait consultés avaient indiqué qu'il pouvait travailler dans une activité adaptée avec une diminution de rendement d'au moins 25 %, il considérait qu'il pouvait prétendre à des mesures d'ordre professionnel, singulièrement à une mesure de reclassement ou, à tout le moins, à des mesures d'aide au placement. En cas d'échec ou d'impossibilité de mettre en œuvre les mesures de réadaptation précitées, il conviendrait alors de reconnaître que l'invalidité est totale et d'octroyer une rente entière d'invalidité. Dans l'hypothèse où la Cour de céans devait estimer que les pièces produites ne permettaient pas de trancher le litige, il requérait à titre subsidiaire la mise en œuvre d'une expertise médicale bi-disciplinaire (rhumatologique et neurologique) et d'une expertise professionnelle.

Dans sa duplique du 30 mai 2016, l'office AI a, en se fondant sur un avis du SMR du 9 mai 2016, jugé que les rapports médicaux nouvellement produits par l'assuré ne faisaient pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'instruction médicale. Dans ces conditions, de nouvelles investigations ne se justifiaient pas. S'agissant par ailleurs des griefs relatifs aux mesures d'ordre professionnel, l'office AI a indiqué que ce type de prestations devait

encore faire l'objet d'une décision formelle. En l'état du dossier et compte tenu de l'entière exigibilité retenue dans l'activité habituelle, une mesure de reclassement ou une aide au placement n'entraîne a priori pas en ligne de compte.

W._____ a déposé des déterminations complémentaires le 15 juin 2016. A cette occasion, il a informé la Cour de céans qu'il avait invité l'office AI à examiner sans attendre l'issue du litige l'opportunité de mettre en place des mesures d'ordre professionnel ou à rendre une décision formelle sujette à recours.

b) Par décision du 21 juin 2017, l'office AI a formellement rejeté la demande de prestations de W._____, en tant que celle-ci portait sur le droit à des mesures d'ordre professionnel.

Par acte du 13 juillet 2017 (cause AI 226/17), W._____ a déféré la décision du 21 juin 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

Le 17 juillet 2017, le Juge instructeur a, compte tenu de leur connexité, joint les causes AI 14/16 et AI 226/17 pour faire l'objet d'une instruction commune et d'un jugement commun.

c) Le 3 février 2017, le juge instructeur a informé les parties qu'il avait décidé de requérir une expertise, dont la réalisation a été confiée au docteur L._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, lequel s'est adjoint les services du docteur M._____, spécialiste en neurologie.

Dans son rapport du 20 novembre 2017, le docteur M._____ n'a pas retenu de diagnostic sur le plan neurologique. Il a notamment fait état des éléments suivants :

Concernant **les plaintes**, l'assuré mentionne des douleurs dorsales, cervicales, irradiant en région occipito-temporale droite. Il s'agit donc d'une douleur chronique, qui dépasse une pure céphalée. Les douleurs sont exacerbées lors des mouvements cervicaux, mais également lors des charges lourdes, même si le segment cervical n'est pas sollicité. Il n'y a pas de paresthésie associée.

Objectivement il s'agit d'un assuré de 41 ans, collaborant, qui ne manifeste pas de signe en faveur d'une souffrance somatique lors de l'observation. Durant l'examen neurologique on est frappés par des douleurs reproductibles à la palpation des tissus mous, même légère, assez diffuse dans toute l'hémi-ceinture scapulaire à droite, soit au niveau du trapèze, de la musculature cervicale, et en région crânienne du côté droit. Il existe également une très importante limitation des mouvements cervicaux, dans toutes les directions, en particulier l'extension, la rotation vers la droite, avec une résistance active et des mouvements de contre-pulsion. Le reste du status neurologique détaillé est normal, et en particulier il n'y a pas de syndrome radiculaire aux membres supérieurs. Il n'y a pas non plus de déficit sensitif dans le territoire C2 ou C3 à droite.

Sur le plan radiologique, les examens effectués au niveau du rachis cervical mettent en évidence des troubles dégénératifs que l'on peut qualifier de minimes. Certes, il existe un rétrécissement des trous de conjugaison C2-C3, mais à gauche, C3-C4 ddc [réd. : des deux côtés]. Le tableau clinique n'est toutefois pas celui d'un syndrome radiculaire C3 ou C4.

Concernant le diagnostic de céphalées cervicogéniques, il convient de souligner qu'il s'agit d'un diagnostic controversé. Le concept a été décrit par SJAASTAD (Réf. : Sjaastad O, Saunte C, Hovdal H, Breivik H, Gronbaeck E. Cervicogenic headache: and hypothesis. Cephalalgia 1983;3:249-56), qui a élaboré des critères diagnostiques, qui toutefois ne correspondent pas à ceux retenus par l'International Headache Society. Les critères de l'IHS, pour résumer sont :

- Eléments objectifs, cliniques, biologiques ou radiologiques d'une pathologie ou d'une lésion de la région cervicale ou des tissus mous de la région de la nuque, qui sont généralement acceptés pour être une cause valide de céphalées.
- De plus, deux critères sur les quatre suivants :
 - o Les céphalées sont apparues en même temps que l'apparition du trouble cervical ou de la lésion apparentée.
 - o La céphalée s'est améliorée de manière significative parallèlement à l'amélioration ou à la résolution du trouble cervical.
 - o Les mouvements de la nuque sont réduits et les céphalées sont exacerbées par les manœuvres provocatives.
 - o La céphalée est abolie après un bloc des structures cervicales ou des structures nerveuses responsables.

Force est de constater que dans le cas de l'assuré, les anomalies radiologiques mises en évidence sont minimes, banales à l'âge de cet assuré, et ne permettent pas d'expliquer l'importance du syndrome cervical constaté, avec une nuque à peine mobilisable et ceci dans toutes les directions.

L'aspect le plus discutable dans le concept de céphalées cervicogéniques, est la reproductibilité à la palpation des tissus mous, telle que rencontrée chez cet assuré, tableau qui évoque plutôt des douleurs dites tendo-myo-gélotiques ou myo-faciales, que l'on attribue en général à des douleurs d'origine tensionnelle ou somatoforme.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, nous rejoignons les conclusions du Docteur E._____, et retenons un syndrome douloureux atypique, cervico-dorsal et hémicrânien droit, sans net substrat organique sous-jacent.

Ceci d'autant plus que la symptomatologie présentée par cet assuré ne correspond à aucune autre céphalée reconnue par l'IHS.

Dans son rapport du 27 novembre 2017, le docteur L._____ a principalement retenu le diagnostic - sans répercussion sur la capacité de travail - de cervicalgies et céphalées chroniques non spécifiques dans le contexte de troubles dégénératifs modérés du rachis cervical, de status après fracture du poignet gauche le 11 septembre 2002 avec arthrose radio-scaphoïdienne et radio-ulnaire, de status après cure de syndrome du tunnel carpien gauche le 11 novembre 2005, d'obésité et de syndrome d'apnées du sommeil appareillé ; selon ce médecin, il n'y avait pas d'incapacité de travail dans l'activité de concierge. L'appréciation diagnostique était motivée de la manière suivante :

Au total, sur le plan somatique, nous pouvons retenir les diagnostics de cervicalgies hautes chroniques depuis février 2014, dans le contexte de troubles dégénératifs modérés du rachis cervical. Nous pouvons souligner la concordance entre les constatations cliniques des différents médecins ayant examiné l'assuré, y compris le Docteur E._____ en mars 2015. Le tableau clinique actuel déborde ce que l'on peut mettre en relation avec les constatations objectives : les troubles dégénératifs du rachis cervical sont en effet modérés, pour ne pas dire minimes, et il n'y a pas de signe de gravité, notamment sur le plan neurologique. On peine donc à comprendre la résistance des symptômes à tous les traitements et l'extension du syndrome douloureux. On ne peut pas individualiser actuellement un diagnostic tel qu'une névralgie d'Arnold, qui est une douleur d'origine irritative du nerf C2 avec une topographie délimitée. Il n'y a pas non plus de signes de syndrome radiculaire de la colonne cervicale haute. On se retrouve donc dans une situation analogue à celle d'une majorité de personnes souffrant de lombalgies chroniques où il n'est pas possible d'isoler une cause somatique unique ou précise, responsable des symptômes.

Pour le cas de cet assuré, il y a probablement une composante psychologique et des facteurs non médicaux, notamment ses croyances et ses représentations concernant la gravité de la

situation. Il faut cependant souligner que cet assuré ne présente pas les critères pour un état dépressif important et que les douleurs ne s'accompagnent pas de désespoir ni d'un isolement social. Il n'y a également aucun argument pour évoquer une accentuation volontaire des symptômes ni, a fortiori, pour une simulation.

Il présente des séquelles post-traumatiques du poignet gauche après fracture-luxation et opération en septembre 2002 avec développement d'une arthrose radio-carpienne. Ce problème est stabilisé depuis des années, nettement au second plan par rapport aux problèmes actuels et ne l'a pas du tout empêché de faire son activité de concierge pendant plusieurs années.

Il présente une obésité à prédominance tronculaire qui ne s'accompagne pas de complication pouvant jouer un rôle dans l'évaluation de la capacité de travail. Il est connu pour un syndrome d'apnée du sommeil qui est appareillé et qui ne s'accompagne pas de somnolence et ne joue donc pas non plus un rôle dans l'appréciation de la capacité de travail, hormis en cas de conduite dans un contexte professionnel.

S'agissant de l'interaction entre les différents diagnostics, le docteur L. _____ a fourni les explications suivantes :

[S]ans remettre en cause l'authenticité de la souffrance de l'assuré, les experts s'accordent à estimer qu'il n'y a pas d'argument objectif pour justifier des limitations fonctionnelles significatives en relation avec le diagnostic de cervicalgies chroniques non spécifiques. Ils rejoignent en ceci l'appréciation du Docteur E. _____ dont les constatations cliniques et radiologiques détaillées rejoignent les leurs.

Les anomalies constatées n'ont pas de gravité sur le plan strictement médical. D'un point de vue bio-psycho-social, force est de constater qu'il y a une certaine gravité en raison des répercussions professionnelles avec une très longue incapacité de travail et une perte d'emploi. On ne constate cependant pas d'isolement social ni de perte d'intégration dans tous les domaines de la vie chez un assuré qui a encore passablement de ressources.

Les séquelles post-traumatiques du poignet gauche entraînent des limitations fonctionnelles qui concernent les travaux de force et répétitifs de la main gauche. Ceci a justifié une atteinte à l'intégrité corporelle reconnue par la Suva. Ce problème n'a cependant pas empêché l'assuré d'exercer l'activité de concierge. Il faudra en tenir compte dans le cas d'une reprise d'activité adaptée.

Dans ses déterminations du 4 janvier 2018, l'office AI a estimé que les conclusions des expertises venaient confirmer les décisions litigieuses des 2 décembre 2015 et 21 juin 2017 et, partant, maintenu ses conclusions.

Dans ses déterminations du 19 février 2018, W._____ a indiqué que les experts ne s'étaient prononcés que sur une base purement somatique, sans tenir compte du diagnostic d'éventuel trouble somatoforme qu'ils suggéraient pourtant, préconisant un travail évitant les efforts contraignants pour la nuque et une aide au placement dans une activité adaptée. Les conclusions auxquelles ils parvenaient apparaissaient contradictoires, compte tenu de sa bonne collaboration, des douleurs attestées et des limitations retenues concernant la nuque. Dans ces conditions, il était indispensable de mettre en œuvre une expertise complémentaire psychiatrique, afin d'investiguer la présence d'un trouble somatoforme douloureux, expertise qui devrait être complétée par une analyse ergonomique afin d'évaluer concrètement les limitations dans un poste de travail.

Dans ses déterminations du 8 mars 2018, l'office AI a considéré que les experts n'avaient pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou assimilé ; ils n'avaient par ailleurs nullement évoqué la nécessité d'un volet psychiatrique, ce qu'ils n'auraient pas manqué de faire s'ils l'avaient estimé fondé dans le cas d'espèce.

Dans ses ultimes déterminations du 15 mars 2018, W._____ a insisté une nouvelle fois sur le caractère indispensable d'une expertise psychiatrique destinée à investiguer le trouble somatoforme douloureux évoqué par les experts.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances

compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1), il convient de traiter l'affaire au fond et de 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 ; 130 V 71 consid. 3.2).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; 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 ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; TF 8C_339/2017 du 1^{er} février 2018 consid. 3 et les références citées).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256

consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

e) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

4. a) En l'espèce, le recourant présente depuis le mois de février 2014 des douleurs cervicales ainsi que des douleurs occipito-temporales que les différents traitements tentés (infiltrations et ergothérapie) n'ont pas permis d'atténuer.

b) D'après les conclusions de l'expertise judiciaire ordonnée par la Cour de céans, le recourant souffre de cervicalgies et de céphalées chroniques non spécifiques dans le contexte de troubles dégénératifs modérés du rachis cervical : il dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité évitant les efforts contraignants pour la nuque [avec des flexions antérieures du tronc et l'élévation des membres supérieurs]).

aa) Il n'y a pas lieu de s'écarter du contenu de cette expertise, lequel rejoint d'ailleurs les conclusions de l'examen clinique rhumatologique réalisé par le docteur E._____. Celle-ci remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. *supra* consid. 3e). Les conclusions rendues par les docteurs L._____ et M._____ - dont l'impartialité et l'objectivité ne sont pas remises en cause par le recourant - résultent d'une analyse complète de la situation médicale, tant objective que subjective, reposant sur une anamnèse complète contenant notamment une description précise et exhaustive des plaintes et du quotidien. Les examens auxquels il a été procédé ont mis en évidence que les douleurs n'étaient pas associées à un quelconque déficit neurologique. Si les documents radiologiques confirmaient l'existence de troubles dégénératifs, ceux-ci étaient toutefois minimes et banals au regard de l'âge du recourant et ne pouvaient expliquer l'importance de la symptomatologie. Les experts s'accordaient à estimer qu'il n'y avait pas d'argument objectif pour expliquer la résistance à tous les traitements proposés et justifier des limitations fonctionnelles significatives. A leur avis, des facteurs non médicaux pouvaient entrer en ligne de compte, notamment les croyances du recourant et ses représentations concernant la gravité de la situation.

bb) Les rapports médicaux produits par le recourant au cours de la procédure ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation des experts judiciaires. S'il est vrai que les docteurs S._____, C._____ et B._____ s'accordent pour affirmer que l'activité de concierge n'est plus exigible, force est de constater que leurs conclusions respectives reposent principalement sur les plaintes du recourant ainsi que sur les résultats d'une IRM cervicale réalisée au mois de mars 2014. Dans son rapport du 19 mars 2015, le docteur E._____ a souligné, après avoir complété les documents d'imagerie disponibles avec un CT-Scan cervical, que les troubles dégénératifs cervicaux étaient objectivement minimes et qu'un constat radiologique, quel qu'il soit, ne pouvait justifier à lui seul une incapacité de travail. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation

médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

cc) Contrairement à ce que requiert le recourant dans ses déterminations prises à la suite de l'établissement de l'expertise judiciaire, il ne se justifie pas dans le cas d'espèce de compléter l'instruction au moyen d'une expertise psychiatrique, afin d'établir l'existence ou non d'une affection relevant des troubles somatoformes, dès lors que les conditions posées par la jurisprudence (ATF 141 V 281) pour apprécier le caractère invalidant d'un trouble psychosomatique ne semblent à l'évidence pas être remplies. Si l'expertise judiciaire n'a, il est vrai, pas mis en évidence de discordances entre les plaintes et le comportement du recourant ni entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités de sa vie quotidienne, le docteur L. _____ a néanmoins souligné que le recourant ne souffrait d'aucun isolement social ni de perte d'intégration dans tous les domaines de la vie et qu'il disposait encore de passablement de ressources. Il ressort ainsi de l'anamnèse que le recourant dispose d'un quotidien bien structuré et que ses douleurs ne l'empêchent pas de vaquer régulièrement à diverses activités en dehors de son domicile (promenades ; accompagnement de sa fille à l'école ; rencontres avec des connaissances). D'ailleurs, les médecins traitants du recourant ont indiqué, dans les derniers rapports qu'ils ont établis (rapports des docteurs C. _____ du 8 mars 2016, S. _____ du 17 mars 2016 et B. _____ du 30 mars 2016), que leur patient était parfaitement en mesure de reprendre, moyennant une diminution de rendement engendrée par les difficultés de mobilisation de la tête, l'exercice d'une activité lucrative. A la lecture du dossier, il n'apparaît pas que le recourant présente des facteurs d'affaiblissement potentiels de ses ressources, tels que des symptômes psychiques associés (dépression, anxiété), la

présence de conflits émotionnels non résolus ou encore l'existence de problèmes psychosociaux, dont l'existence pourraient alors justifier la mise en œuvre d'un complément d'instruction sur le plan psychiatrique. Au contraire, il convient de mettre en exergue qu'aucun des médecins consultés au cours de la procédure n'a suggéré en l'espèce de compléter les investigations médicales au moyen d'une évaluation psychiatrique. Comme le relève l'expertise judiciaire, l'ampleur de la symptomatologie douloureuse semble avoir pour origine la représentation biaisée que le recourant se fait de la gravité de ses problèmes, laquelle serait entretenue par les discours des médecins traitants qui insistent sur les troubles dégénératifs rachidiens alors que ceux-ci sont objectivement très modestes.

5. a) Force est de constater que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans toute activité, singulièrement dans son activité habituelle de concierge. Dans la mesure où la situation n'a pas notablement évolué depuis les précédentes décisions rendues par l'office intimé les 7 et 29 octobre 2008, c'est par conséquent à juste titre que celui-ci a rejeté la nouvelle demande de prestations du recourant.

b) Dans la mesure où la situation est demeurée inchangée, le recourant ne saurait par ailleurs prétendre à l'allocation de mesures d'ordre professionnel.

6. a) Partant, les recours, mal fondés, doivent être rejetés et les décisions attaquées confirmées.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui

succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Le recourant bénéficie également, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Christine Graa (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Par courrier du 18 avril 2018, Me Graa a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. Celui-ci comporte toutefois un certain nombre d'opérations qui ne justifient pas une rémunération ou qui apparaissent excessives compte tenu des circonstances. Ainsi ne se justifie-t-il pas de prendre en compte les différentes démarches entreprises par Me Graa afin d'obtenir de l'office intimé qu'il rende une décision en matière de mesures d'ordre professionnel, dès lors que ces démarches ne relèvent pas de la procédure de recours devant la Cour de céans. De même, la durée consacrée aux échanges de courriels entre le recourant et sa représentante apparaît manifestement excessive et doit être réduite, dès lors qu'il s'agit, pour un très grand nombre d'entre eux, d'avis de transmission ou de « mémos » qui ne sauraient être pris en compte à titre d'activité déployée par l'avocat, s'agissant de travail de secrétariat.

Partant, pour la période du 22 janvier 2016 au 31 décembre 2017, l'indemnité de Me Graa, au tarif horaire de 180 fr., doit être fixée à 3'240 fr. (18 h x 180 fr.), montant auquel s'ajoutent les débours par 100 fr., ainsi que la TVA de 8 % sur le tout par 267 fr. 20, soit 3'607 fr. 20 au total.

Pour la période du 1^{er} janvier au 18 avril 2018, l'indemnité de Me Graa doit être fixée à 900 fr. (5 h x 180 fr.), montant auquel s'ajoutent les débours par 20 fr., ainsi que la TVA de 7.7 % par 70 fr. 85, soit une indemnité de 990 fr. 85 pour cette période.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 4'598 fr. 05 (3'607 fr. 20 + 990 fr. 85).

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** Les décisions rendues les 2 décembre 2015 et 21 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Christine Graa est arrêtée à 4'598 fr. 05 (quatre mille cinq cent nonante-huit francs et cinq centimes), TVA et débours compris.

- V.** Le recourant est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Christine Graa (pour le recourant),
- 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 :