

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 décembre 2018

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Métral et Mme Durussel, juges  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 16 LPGA ; art. 28 et 28a LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** J. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971 et titulaire d'un permis C, était manœuvre dans le bâtiment. Il a également exercé les métiers de maçon et de coffreur.

J. \_\_\_\_\_ a déposé une première demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en 1996.

Dans un rapport du 22 février 1996 adressé à l'OAI, le Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques persistantes avec discopathie L4-L5 modérée et canal lombaire étroit L3-L4-L5.

Selon l'expertise psychiatrique réalisée le 7 avril 1999 dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'une discopathie L4-L5 modérée, d'un canal lombaire congénitalement relativement étroit en L3-L4-L5 et d'une probable dysfonction de la charnière dorso-lombaire à droite. L'incapacité de travail était totale. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2000 relatif à l'aspect rhumatologique, un trouble somatoforme douloureux et des rachialgies chroniques dans le cadre de troubles statiques rachidiens ont été retenus.

Par décision du 5 octobre 2000, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à une rente.

**b)** Après avoir repris une activité dans le domaine du génie civil, J. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI le 8 septembre 2009 en raison de douleurs lombaires. Il a indiqué être en incapacité de travail à 100 % depuis le 5 janvier 2009.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a fait verser à la procédure le dossier constitué par l'assurance perte de gain en cas de maladie de son employeur. Figurait notamment dans ce dossier une expertise pluridisciplinaire établie par la Clinique F. \_\_\_\_\_, posant les diagnostics incapacitants de lombosciatalgie droite sur rachis dégénératif, canal modérément étroit et protrusion discale L4-L5, ainsi qu'une anxiété généralisée. La capacité de travail avait été estimée à un maximum de 50 %, tant pour des raisons somatiques que psychiatriques. Une prise en charge psychiatrique optimale devait permettre une récupération complète de la capacité de travail après trois mois, mais il n'en allait pas de même sur le plan ostéo-articulaire où seule une capacité maximum de 75 % était attendue en cas d'évolution favorable et en tenant compte de la pénibilité du travail (rapport du 23 juin 2009).

Dans un rapport du 28 septembre 2009 adressé à l'OAI, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics incapacitants de lombopyalgies et sciatalgies gauches intermittentes sur canal lombaire étroit depuis 1995 et d'état dépressif réactionnel depuis le printemps 2009. Ce médecin a mentionné que l'assuré avait décompensé son dos au mois de janvier 2009, d'une façon peu claire, sans événement tant existentiel que traumatique déclencheur, avec des douleurs de plus en plus sévères, de type lombopyalgies, lombosciatalgies à gauche, pour lesquels aucun substrat somatique additionnel n'avait pu être mis en évidence. Parallèlement, l'assuré avait déclenché progressivement, inquiet de sa situation somatique, un état dépressif assez sévère, avec idées suicidaires et réaction anxieuse. Pour le Dr Y. \_\_\_\_\_, il était clair que même si un substrat pathologique avait été démontré par la présence du canal lombaire étroit, le ressenti et le vécu douloureux de l'assuré dépassaient largement du cadre de cette anomalie. Une composante somatoforme était donc probable, mais les nombreuses autres interventions effectuées avaient finalement une évolution peu favorable malgré un soutien psychothérapeutique et un traitement d'antidépresseurs. Le pronostic de la situation semblait extrêmement défavorable, au vu d'une incapacité émotionnelle de l'assuré à s'adapter à la nouvelle situation.

A teneur d'un rapport du 5 octobre 2009 du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin praticien auprès du Département de l'appareil locomoteur du Centre W.\_\_\_\_\_, les diagnostics incapacitants étaient des lombopygialgies avec sciatalgies intermittentes dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique associé à un déconditionnement musculaire et psychique sévère, ainsi qu'un état anxio-dépressif réactionnel. L'assuré présentait des douleurs poly-articulaires prédominant dans la région lombaire basse dans le contexte d'importantes appréhensions et une discopathie unique. Le comportement douloureux faisait craindre un mauvais pronostic qu'il fallait essayer de vaincre par une approche physique et psychologique.

Selon un rapport du 22 décembre 2009, Mme D.\_\_\_\_\_, psychothérapeute, a posé les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif réactionnel d'intensité moyenne à sévère avec somatisation depuis début 2009. Elle avait suivi l'assuré depuis le 27 mars 2008 sur délégation du Dr Y.\_\_\_\_\_. Il y avait une lente amélioration de l'humeur, mais la problématique psychologique représentait une entrave majeure et durable à toute amélioration de la situation globale. Le traitement consistait en une thérapie systémique qui aidait à gérer le quotidien.

Dans un avis du 2 février 2010 du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a notamment exposé les éléments suivants :

Une expertise rhumatologique et psychiatrique est effectuée en mai 2009 pour l'assurance perte de gain. Les experts mettent en évidence des lombosciatalgies non déficitaires sur discopathies L4-L5 et L5-S1, accompagnées des 18 points sur 18 pour la fibromyalgie, et de 5 signes de non organicité selon Waddell ; sur le plan psychiatrique, ce tableau douloureux chronique n'est pas accompagné d'une comorbidité significative ; il existe quelques symptômes anxieux, ainsi que des traits de personnalité anxieuse et immature, n'ayant pas valeur de trouble de la personnalité. Les experts s'accordent en consensus sur une CT [capacité de travail] entière dans une activité légère adaptée. Le médecin traitant et la psychologue qui suit l'assuré estiment eux que l'assuré est déprimé, mais dans leurs rapports des 23.10 et 22.12.2009, ils n'amènent aucun élément objectif de status qui confirmerait une aggravation depuis l'expertise de mai 2009 ; ce dossier a été revu avec un psychiatre du SMR.

Le 21 septembre 2010, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a remis un rapport à l'OAI. On en extrait ce qui suit :

Indépendamment des douleurs chroniques qu'il présente, qu'il semble raisonnable d'attribuer à un trouble somatoforme, il va de soi que l'évolution de ce patient du point de vue psychologique est tout à fait dramatique et inquiétante, avec un net état dépressif d'intensité que je qualifierais de sévère, avec idées suicidaires verbalisées, probablement non réalisables. Cet état dépressif est réactionnel à la persistance de ses douleurs mais aussi et surtout à leur impact au niveau familial et financier. Le traitement de l'état psychologique assuré par mes soins et Mme D. \_\_\_\_\_ et ainsi que la prescription d'antidépresseurs, actuellement Citalopram 40 mg/j, n'est malheureusement pas en mesure d'influencer cette situation.

Dans ce sens, il me semble clair qu'à l'heure actuelle, l'incapacité psychique de ce patient de pouvoir gérer la situation qui se manifeste par un état dépressif sévère, indépendamment d'un trouble somatoforme douloureux connu précédemment, nous laissent imaginer que ce patient est au bout de ses ressources personnelles pour assumer sa situation globale. Dans ce sens, je pense qu'il est raisonnable d'imaginer qu'à l'heure actuelle une rente d'invalidité complète devrait être attribuée à ce patient, essentiellement pour raisons psychiatriques.

Je pense clairement qu'il n'y aura pour le moment pas d'autre possibilité de pouvoir soutenir ce patient dans ses difficultés existentielles majeures.

Un rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été rendu le 10 novembre 2010 par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie. Les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail étaient une lombo-pseudo-sciatalgies gauche chroniques, avec troubles dégénératifs débutants, ainsi qu'une ostéophytose au point d'insertion du tendon d'Achille à droite. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient un syndrome douloureux somatoforme persistant, un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, et une utilisation d'alcool. Sous appréciation du cas, les médecins ont notamment indiqué ce qui suit :

L'examen ostéoarticulaire ne met pas en évidence de limitations dans les amplitudes articulaires, hormis celles mises en œuvre par une attitude oppositionnelle et démonstrative. A signaler l'absence

de phénomène inflammatoire clinique décelable. Sur le plan neurologique, aucun trouble objectif n'est reconnu. L'assuré évoque une hypo-/hypersensibilité touchant l'ensemble du membre inférieur G [gauche], sans mise en évidence d'erreur au piquer-toucher, de troubles de la pallesthésie, de troubles du sens positionnel ou de lésions objectives à l'examen EMG [électromyogramme] réalisé au mois de janvier 2009. Le reste de l'examen met en évidence clairement des signes de non-organicité avec la présence de 18/18 points selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie associés à des points contrôles positifs, 5/5 signes selon Waddell et 2/2 selon Kummel en faveur d'un processus non-organique.

Un diagnostic formel de fibromyalgie ne peut pas être retenu en présence de points contrôles positifs et en l'absence des autres critères anamnestiques pour un tel diagnostic.

[...]

Actuellement, l'assuré présente des douleurs somatiques s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non explicables par un processus physiologique ou un trouble physique, dans un contexte de soucis socio-économiques. Cette symptomatologie algique correspond au syndrome douloureux somatoforme persistant diagnostiqué en 1999.

Suite à cette symptomatologie douloureuse, l'assuré a développé un trouble dépressif réactionnel dont l'intensité est actuellement légère.

[...]

S'agissant du trouble algique, nous constatons qu'il n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, le trouble dépressif d'intensité légère sans syndrome somatique n'étant pas incapacitant au sens de l'AI.

Il ne s'agit pas d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, ceci en raison du caractère fluctuant des plaintes de l'assuré, qui lui a permis de travailler pendant qu'il était atteint de ce trouble somatoforme douloureux persistant.

Il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'assuré a des contacts avec sa famille et le monde extérieur, il conduit ses enfants à l'école, il a des amis.

Un état psychique cristallisé n'est pas trouvé.

L'échec de traitement conforme aux règles de l'art n'est pas observé, l'assuré n'ayant jamais été traité par un psychiatre.

En conséquence, l'assuré ne présente pas de pathologie psychiatrique incapacitante au sens de l'AI.

Dans un rapport du 20 septembre 2011, la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de

dépression récurrente, sévère, sans symptomatologie psychotique, trouble anxieux mixte, utilisation de l'alcool nocive pour la santé, hyperphagie associée aux perturbations psychologiques, troubles mixte de la personnalité (traits dépendants et immatures). Elle a relevé que depuis l'expertise de la Clinique F.\_\_\_\_\_, le status psychiatrique de l'assuré avait évolué puisqu'il souffrait d'un trouble dépressif sévère, anamnestiquement depuis plusieurs mois. En présence de ce diagnostic, on ne pouvait mentionner en même temps celui d'anxiété généralisée, mais les critères cliniques pour ce diagnostic-là étaient également présents. Selon la Dresse T.\_\_\_\_\_, si la dépression guérissait un jour, l'anxiété généralisée serait à nouveau au premier plan du tableau psychiatrique. Dans l'état actuel, la seule maladie psychiatrique entraînait une incapacité totale de travail et une hospitalisation en milieu psychiatrique avait eu lieu du 29 août au 5 septembre 2011. La Dresse T.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assuré avait développé depuis de nombreuses années, probablement depuis la fin de l'adolescence, un trouble anxieux invalidant dont les douleurs n'étaient qu'une expression somatique. Le pronostic de la capacité de gain était très pessimiste. Il y avait lieu de compléter les investigations par une expertise psychiatrique.

Selon un avis SMR du 21 février 2012, un complément d'examen psychiatrique devait être mis en œuvre, soit une expertise psychiatrique afin de savoir si l'assuré présentait bien une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique, perdurant malgré un traitement approprié.

Mandaté par l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a rendu son rapport le 13 septembre 2012. Il n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Sous la rubrique « Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail », il a mentionné une dysthymie, un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique et une personnalité passive-dépendante avec éléments d'immaturité. D'un point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de diminution de la capacité de travail de l'assuré dans toute activité adaptée

à ses éventuelles limitations subjectives et objectives. On extrait ce qui suit des conclusions du Dr L. \_\_\_\_\_ :

D'un point de vue **psychopathologique**, nous nous trouvons face à un sujet qui adopte une position passive-agressive, à la collaboration finalement relativement moyenne, marquée surtout par une attitude victimaire, une forte démonstrativité et une tendance manifeste à l'exagération. Cela est démontré en particulier par le comportement de Monsieur J. \_\_\_\_\_ lors de l'expertise, qui boîte alternativement de la jambe gauche, puis de la jambe droite, de manière très atypique, et qui part du cabinet d'un pas beaucoup plus leste, sans paraître grandement limité. A ce titre, il n'est jamais dolent et ne doit pas se lever durant l'entretien.

On retient une symptomatologie dépressive tout au plus sub-clinique, aussi relativement atypique, chez un sujet qui ne paraît guère entravé dans son fonctionnement hors professionnel. Monsieur J. \_\_\_\_\_ investit sa vie de famille, l'éducation de ses enfants, et assume apparemment toutes ses tâches ménagères, ce qui va déjà à l'encontre d'une pathologie psychiatrique incapacitante. On pourrait évoquer tout au plus une **dysthymie**.

Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique. Monsieur J. \_\_\_\_\_ présente une **personnalité avec des éléments probablement d'immaturation et passifs dépendants**, qui ne vaut néanmoins pas pour un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

Monsieur J. \_\_\_\_\_ a été exempt d'une enfance difficile. Les troubles somatoformes apparus en 1995 n'ont plus été "invalidants" lorsque l'assurance invalidité lui a signifié son refus de prestation le 05.10.2000. L'assuré a décidé de travailler dans la construction dès juillet 2003.

[...]

Notre appréciation est corroborée par l'attitude de Monsieur J. \_\_\_\_\_ lors de l'expertise, ainsi que l'analyse de son fonctionnement hors professionnel, indiquent que la symptomatologie anxieuse et dépressive n'est guère incapacitante. De plus, les tendances à la majoration et à l'amplification des symptômes - qui ont été décrites dans tout le dossier médical depuis sa première demande de prestations invalidité - expliquent déjà la différence potentielle d'appréciation entre ses médecins traitants et le médecin expert.

[...]

On peut aussi retenir le diagnostic par exclusion de **trouble douloureux, associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique**.

Se fondant sur l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_, l'OAI a refusé, par décision du 15 mars 2013, tout droit à une rente, ainsi qu'à des mesures

professionnelles dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assuré, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Dans l'intervalle, l'assuré avait repris une activité lucrative, soit un emploi en qualité de chauffeur à 50 % depuis le 27 août 2012.

**c)** Le 29 octobre 2013, l'assuré a subi un accident de la circulation routière. Un véhicule a percuté sa voiture par derrière. Il a été en arrêt de travail total à partir du 5 novembre 2013.

Par courrier du 29 novembre 2013 adressé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), le Dr Y. \_\_\_\_\_ a exposé les éléments suivants :

Pour mémoire, il s'agit d'une situation très inquiétante chez un patient ayant subi une entorse cervicale à priori mineure, mais « une dramatisation » des symptômes et une amplification dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux chronique. J'ai fait un courrier au service médical en date du 22 novembre afin de discuter de l'opportunité d'un traitement à votre clinique de réadaptation de [...].

[...]

Dans ce sens, M. J. \_\_\_\_\_ a décidé d'essayer de reprendre à 50% son activité de chauffeur dès la semaine prochaine tout en continuant de la physiothérapie.

Au vu du caractère atypique de la symptomatologie douloureuse, j'ai décidé également de pratiquer une IRM cervicale afin d'exclure toute lésion somatique significative.

Dans un rapport du 27 janvier 2014, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervico-scapulalgies droites dans le contexte d'un status après une entorse cervicale (le 29 octobre 2013), de protrusion discale C5/C6 et de kinésiophobie. L'assuré présentait des cervicalgies chroniques dans le cadre d'un status après une entorse cervicale de prime abord assez bénigne. Néanmoins les douleurs avaient exacerbé un tableau de douleurs plus diffuses et surtout une appréhension chez l'assuré. Il reconnaissait que son activité professionnelle était très légère (conduite de transport scolaire), deux heures le matin et deux heures l'après-midi,

mais il n'avait pas osé reprendre une telle activité. Les traitements suivis, soit la physiothérapie et l'ostéopathie, n'avaient pas amélioré la situation.

Il ressort de l'évaluation interdisciplinaire du 27 février 2014 effectuée à la Clinique [...] par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, que l'assuré souffrait d'un traumatisme cervical indirect, ainsi que de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, en comorbidité avec des lombalgies chroniques non spécifiques. L'examen des documents d'imagerie, en particulier l'IRM cervicale du 6 décembre 2013, ne révélait pas d'atteinte traumatique du rachis cervical. Les médecins ont mis en avant une autolimitation durant l'évaluation des capacités fonctionnelles, l'assuré ayant mis fin à la tâche avant que l'évaluatrice n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. L'examen psychiatrique était marqué par un discours totalement focalisé sur le ressenti douloureux. On extrait ce qui suit des conclusions du rapport :

Malgré l'absence de signes de séquelles au plan somatique, le pronostic paraît être ici assombri en présence de certains facteurs : un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive qui fait suite à l'accident ; une probable amplification de symptômes favorisée par le caractère anxieux du patient, faisant craindre une nouvelle évolution vers la chronicisation chez ce patient déjà suivi par le passé pour des lombosciatalgies assimilées à un trouble somatoforme ; une douleur encore cotée à un très haut degré d'intensité à plus de trois mois après l'accident ; un score intermed haut, témoignant d'une complexité biopsychosociale importante ; une collaboration insuffisante à l'évaluation des capacités fonctionnelles avec autolimitation.

Du point de vue **thérapeutique**, l'accent se doit d'être porté sur des mesures de réassurance, comme l'ont fait les différents intervenants au cours de la présente évaluation, avec la poursuite de séances de physiothérapie de rééducation active. Du point de vue psychiatrique, une médication antidépressive anxiolytique a déjà été introduite. Il serait nécessaire qu'elle soit réévaluée par le médecin psychiatre, En effet, la prise de deux benzodiazépines ne semble pas optimale. La dose de Cymbalta pourrait être également relevée. Un suivi psychologique axé sur la gestion de l'anxiété et incluant également des techniques de relaxation semble indiqué si on veut éviter cette évolution vers la chronicisation chez un patient dont la mauvaise tolérance aux douleurs et la tendance à la catastrophisation sont autant de facteurs de mauvais pronostic.

Un formulaire de détection précoce a été déposé par l'assuré le 31 mars 2014, auquel l'OAI a répondu par un courrier du 8 avril 2014, en ce sens que le « coup du lapin » subi par l'assuré était considéré comme non incapacitant.

Le 5 mai 2014, l'assuré a chuté d'un arbre alors qu'il en coupait quelques branches.

Par courrier du 4 septembre 2014, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI des éléments suivants :

L'histoire préalable de ce patient vous est bien connue par les différents documents relatifs à son histoire médicale antérieure, avec du point de vue asséculologique une incapacité de travail complète suite à une entorse cervicale le 5 mai 2014 [recte : le 29 octobre 2013].

Une tentative de reprise à 50% avait été effectuée dans les semaines précédentes, mais qui s'est couronnée par une réévaluation pour une incapacité complète au mois de mai.

Par la suite, le patient a subi un grave polytraumatisme avec de nombreuses fractures postales vertébrales au niveau des membres inférieurs, et cela en date du 5 mai 2014.

Le patient vient de sortir de son corset orthopédique, et sa situation médicale globale s'est effectivement péjorée en raison de ces traumatismes surajoutés dont le devenir est à mon avis incertain.

Au vu de ce qui précède, et en fonction de ces complications accidentelles surajoutées, il apparaît évident que la réouverture de son dossier en vue d'une obtention d'une rente me paraît nécessaire, je doute personnellement que le patient puisse recouvrer une quelconque capacité lucrative des suites de ce nouvel accident.

Dans un avis SMR du 28 octobre 2014, il a été retenu que sur la base des éléments médicaux décrits par le Dr Y. \_\_\_\_\_, une aggravation de l'état de santé de l'assuré était plausible, avec une influence sur la capacité de travail.

L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 18 novembre 2014 auprès de l'OAI en se référant à l'accident survenu le 5 mai 2014.

A teneur du rapport du 15 décembre 2014 du Dr Y.\_\_\_\_\_, un traitement conservateur avait été instauré à la suite de l'accident du 5 mai 2014, notamment au moyen d'une physiothérapie intensive. L'incapacité de travail était toujours de 100 % et l'assuré continuait à se plaindre de douleurs cervicales déjà connues, en plus de douleurs thoraco-abdominales persistantes et invalidantes. Aucune mesure thérapeutique ne semblait pouvoir améliorer la symptomatologie douloureuse. Selon le Dr Y.\_\_\_\_\_, il semblait absolument évident que l'assuré présentait un très mauvais pronostic de récupération fonctionnelle et cela d'autant plus, que ses ressources psychiques semblaient certainement diminuée, malgré un traitement antidépresseur (Cymbalta 60 mg). Le Dr Y.\_\_\_\_\_ a conclu que l'ensemble des pathologies, essentiellement avec le nouvel accident, se greffant sur un syndrome douloureux chronique persistant, rendait le pronostic professionnel de l'assuré extrêmement sombre. Il ne pensait pas qu'une éventuelle reprise d'une quelconque activité professionnelle puisse être envisagée en l'état.

Aux termes d'un rapport du 23 avril 2015, le Dr S.\_\_\_\_\_ a fait état d'une situation plutôt stationnaire avec des douleurs persistantes. Il a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle. La capacité de travail dans une activité adaptée devait être définie après un programme de réentraînement de trois semaines.

Dans un rapport du 22 mai 2015, les Drs S.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont retenu les diagnostics principaux de rachialgies chroniques d'origine multifactorielle avec lombosciatalgies gauches chroniques, cervicalgies chroniques avec protrusion discale médiane C5-C6, status post fractures-tassements de D7 à D12 le 5 mai 2014 à la suite de la chute d'un arbre, déconditionnement physique. Un état anxio-dépressif était retenu à titre de diagnostic secondaire. La synthèse du rapport était formulée en ces termes :

Ce séjour de 3 semaines dans notre service s'est avéré que peu bénéfique pour Monsieur J.\_\_\_\_\_.

La prise en charge en physiothérapie s'avère difficile chez un patient qui s'auto-limite beaucoup, qui a des difficultés à intégrer différents types d'exercices, qui présente une participation moyenne. Aucune amélioration n'a été objectivée. Subjectivement le patient mentionne une amélioration de ses capacités physiques. Un programme d'exercices à domicile lui a été fourni. Une poursuite de la prise en charge physiothérapeutique en ambulatoire n'est pas indiquée pour le moment.

En ergothérapie, une prise en charge ayant comme objectif l'enseignement des règles d'hygiène posturale et de positions antalgiques, ainsi que l'augmentation de l'endurance en activité, a été instaurée avec un peu d'amélioration tout au long du séjour chez un patient qui se présente très kinésiophobe avec beaucoup d'appréhension à chaque mouvement. La poursuite de l'ergothérapie en ambulatoire n'est pas indiquée.

Le patient a été vu à 2 reprises par notre Collègue psychologue, dont les évaluations parlent en faveur d'un patient avec un état anxio-dépressif chronique, aux probables troubles de personnalité, qui a besoin d'être bien cadré pour qu'il puisse fonctionner. Néanmoins, le patient refuse ce diagnostic.

Aucun changement n'a été réalisé sur le plan médicamenteux.

Globalement, peu d'amélioration est obtenue après les 3 semaines du séjour. Monsieur J. \_\_\_\_\_ reste très fixé sur la symptomatologie douloureuse et a de la peine à [se] remettre des répercussions de son état psychique sur la douleur chronique. Nous suggérons la poursuite d'un programme d'exercices à domicile. Le résultat de la mini-ECF parle plutôt en faveur de forte auto-limitation de la part du patient, raisons pour laquelle cette évaluation et son interprétation a peu de valeur.

Concernant une activité professionnelle, le patient pourrait théoriquement fonctionner dans un poste de travail léger, qui ne demande pas de tâches multiples, qui n'implique pas le port de charges au-delà de 5 kg, qui permet l'alternance de positions, et qui évite le travail en zone basse ou en zone haute en continu. Etant donné que le patient utilise de la Méthadone comme antalgique, il faudrait également, à notre avis, éviter la conduite automobile pour des raisons professionnelles.

Selon le rapport du 23 juin 2015 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin d'arrondissement de la CNA, l'examen clinique avait mis en évidence une limitation de la mobilité rachidienne et ce, dans toutes les directions, accompagnée d'une autolimitation et de douleurs très importantes verbalisées par l'assuré. Il existait aussi des signes florides de non-organicité. Les deux activités exercées par l'assuré, à savoir chauffeur de transport scolaire et concierge n'étaient plus exigibles en raison des limitations fonctionnelles (besoin

d'alterner les positions, travail régulier en position accroupie ou à genoux ou sur des échelles, les bras au-dessus de l'horizontale, le port de charges de plus de 8 à 10 kg, la station assise prolongée de plus de soixante minutes, la station debout prolongée de plus de soixante minutes, les positions en rotation du tronc maintenues et/ou répétitives). Cependant, dans une activité adaptée, la capacité de travail était complète selon le Dr K.\_\_\_\_\_.

Dans un avis du 9 février 2016, le SMR a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de l'assuré et de 100 % dans une activité adaptée.

Par décision du 6 décembre 2016, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente, ainsi que de mesures professionnelles. Il a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance des positions, pas de travail régulier en position accroupie, à genoux ou sur des échelles, pas de travail les bras au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges de plus de 8 à 10 kg, pas de station assise prolongée de plus de 60 minutes, pas de station debout prolongée de plus de 60 minutes, pas de position en rotation du tronc maintenue et/ou répétitive).

**B.** Par acte du 23 janvier 2017, J.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente invalidité dont le taux devait être fixé à dire de justice ; subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. En substance, l'assuré faisait valoir que le dossier de l'OAI comportait deux avis contradictoires s'agissant de son état psychiatrique. Certains médecins considéraient qu'il souffrait d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un trouble de l'adaptation, alors que d'autres estimaient qu'il souffrait depuis de nombreuses années de troubles à caractère psychiatrique l'invalidant et réduisant sa capacité de travail. L'assuré reprochait à l'OAI de ne pas avoir entrepris de mesures d'instruction à cet égard. Il requérait donc la mise en œuvre d'une

expertise psychiatrique. Selon l'assuré, l'OAI avait en outre fait abstraction à tort d'un abattement dans le calcul du taux d'invalidité alors qu'il présentait de nombreuses limitations tant au plan physique que psychique et qu'il était de nationalité étrangère, éléments qui avaient une influence sur son éventuelle capacité de travail résiduelle et sur un éventuel salaire.

Dans sa réponse du 30 mars 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a indiqué qu'il n'y avait pas lieu d'effectuer d'abattement sur le taux d'invalidité vu les nombreuses activités adaptées que l'assuré pouvait exercer, notamment dans le domaine industriel léger. S'agissant de la nécessité d'une expertise, celle réalisée le 13 septembre 2012 était complète et ne mettait pas en lumière de diagnostic psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail.

Répliquant le 27 juillet 2017, l'assuré a fait valoir que le rapport d'expertise datait de plus de cinq ans et qu'il était par conséquent insuffisant pour statuer sur son cas. Il avait en outre été victime d'un accident le 5 mai 2014, dont les suites n'avaient pas encore été pleinement déterminées. L'assuré a rappelé ses arguments relatifs à la mise en œuvre d'une expertise. Concernant l'abattement du taux d'invalidité, il ne suffisait pas selon l'assuré d'estimer que le nombre d'activités à effectuer était suffisant dans la mesure où d'autres facteurs entraient en ligne de compte en tant que facteur de réduction du revenu, tel que l'âge et la nationalité.

Par duplique du 4 septembre 2017, l'OAI a indiqué que le SMR avait tenu compte des accidents d'octobre 2013 et de mai 2014 dans ses avis, notamment celui du 9 février 2016. S'agissant de l'abattement, l'âge de l'assuré n'était pas susceptible d'influencer négativement le revenu qu'il pouvait réaliser sans atteinte à la santé. Quant à la nationalité de l'assuré, elle ne l'avait pas empêché d'être engagé en Suisse par différents employeurs, au vu des comptes individuels AVS produits.

Le 11 décembre 2017, l'assuré a fait parvenir des déterminations complémentaires. Il a fait état d'une aggravation de sa

situation, avec un grave épisode de tentamen en septembre 2017. Il a réitéré la nécessité de mettre en œuvre une expertise psychiatrique de manière urgente au vu de la péjoration de la situation et de l'absence d'information au dossier quant à sa capacité résiduelle de travail sur le plan psychiatrique. A l'appui de son écriture, il a notamment produit un rapport du 12 décembre 2017 de la Dresse T. \_\_\_\_\_ qui faisait état d'une aggravation notable de l'état de santé de l'assuré aussi bien au plan physique qu'au plan psychiatrique. L'assuré a également remis un rapport du 4 décembre 2017 du Département de psychiatrie du Centre W. \_\_\_\_\_ confirmant la mise en place de différentes mesures à la suite des évènements de septembre 2017.

Se déterminant le 18 janvier 2018, l'OAI a constaté que les pièces produites démontraient une péjoration de l'état de santé de l'assuré à partir du mois de septembre 2017, soit de manière postérieure à la décision du 6 décembre 2016. L'OAI a donc maintenu ses précédentes conclusions.

Par courrier du 23 février 2018, l'assuré a contesté que l'aggravation de son état de santé datait du mois de septembre 2017. Il a exposé que sa demande de mise en œuvre d'une expertise tendait précisément à déterminer l'état psychiatrique avant la prise de décision de l'OAI. L'assuré a remis un courrier du 1<sup>er</sup> février 2018 du Dr Y. \_\_\_\_\_, qui confirmait ses précédents rapports et mentionnait un pronostic dramatique

Dans ses ultimes déterminations du 20 mars 2018, l'OAI a intégralement renvoyé à ses précédentes écritures et confirmé sa position.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

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

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

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

**b)** Il est précisé que, malgré le précédent refus de rente signifié le 15 mars 2013, l'intimé est entré en matière à juste titre sur la nouvelle demande déposée par le recourant, compte tenu de l'accident survenu au mois d'octobre 2013 (traumatisme accélération-décélération de la colonne cervicale avec douleurs cervicales depuis lors) et de la chute survenue le 5 mai 2014 (polytraumatisme avec, en particulier, fractures de cinq vertèbres thoraciques et fractures de côtes).

**3. a)** 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 l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité 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 9C\_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). 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, 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).

**b)** 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 et 113 V 273 consid. 1a). 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).

**c)** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations de l'assuré de novembre 2014 et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force – soit la décision du 15 mars 2013 – et la décision litigieuse du 6 décembre 2016, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**4. 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 (art. 6 LPGGA).

**b)** Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA).

**c)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances

supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 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 ; 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 LPG), 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5. a)** En l'espèce, le recourant présente principalement des rachialgies chroniques (lombosciatalgies gauches chroniques ; cervicalgies chroniques avec protrusion discale médiane C5-C6 ; déconditionnement physique [selon rapports du 27 janvier 2014 du Dr S.\_\_\_\_ ; du 27 février 2014 du Dr B.\_\_\_\_ et de la Dresse P.\_\_\_\_ ; du 22 mai 2015 des Drs S.\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_ notamment]).

**b)** Sur le plan somatique, le tableau clinique est dominé par la symptomatologie douloureuse, sans que celle-ci ne soit corrélée cliniquement à une lésion notable de l'appareil locomoteur, les examens cliniques ayant plutôt mis en évidence l'existence de signes florides de non-organicité (rapports du 10 novembre 2010 des Drs C.\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_ ; du 27 février 2014 du Dr B.\_\_\_\_ et de la Dresse P.\_\_\_\_ ; du 23 juin 2015 du Dr K.\_\_\_\_). Dans le cadre des différentes mesures mises en place afin de permettre au recourant de mieux appréhender ses douleurs, ce dernier a adopté un comportement marqué par une importante auto-limitation, une volonté limitée de participer aux mesures proposées et une kinésiophobie avec beaucoup d'appréhension à chaque mouvement (rapports du 27 février 2014 du Dr B.\_\_\_\_ et de la Dresse P.\_\_\_\_ ; du 22 mai 2015 des Drs S.\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_ ; du 23 juin 2015 du Dr K.\_\_\_\_). Les observations rapportées au dossier dressent un tableau clinique objectif peu cohérent avec l'importance des plaintes alléguées, ce qui laisse grandement à penser que les limitations invoquées seraient dues à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

**c)** Sur le plan psychiatrique, l'intimé n'avait aucun motif, sur la base des éléments dont il disposait, de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Si le diagnostic d'état anxio-dépressif avait été évoqué à plusieurs reprises, sans plus de précision (rapport du 27 février 2014 du Dr B.\_\_\_\_ et de la Dresse P.\_\_\_\_ ; du 22 mai 2015 des Drs S.\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_), et le recourant s'était vu prescrire au cours

de la période litigieuse un traitement de Cymbalta (rapport du 15 décembre 2014 du Dr Y. \_\_\_\_\_), il ne faisait en revanche l'objet d'aucun suivi par un psychiatre ou un psychologue ou psychothérapeute. Les rapports médicaux dont le recourant se prévaut dans son recours (rapports du 7 décembre 2017 du Département de psychiatrie du Centre W. \_\_\_\_\_ et du 12 décembre 2017 de la Dresse T. \_\_\_\_\_) ne lui sont par ailleurs d'aucun secours en l'espèce, puisque ces documents sont clairement postérieurs à la période litigieuse. Au surplus, en tout état de cause, il n'est plus possible de mettre en œuvre une telle expertise, la décompensation psychique survenue au cours du mois de septembre 2017 ne permettant désormais plus de procéder à une appréciation objective de la situation antérieure à cette décompensation.

**d)** Par conséquent, sur le plan médical général, le recourant disposait, au moment où la décision litigieuse a été rendue, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité autorisant l'alternance des positions, sans position régulière accroupie, à genoux ou sur des échelles, sans position des bras au-dessus de l'horizontale, sans port de charge de plus de 8 à 10 kg, sans station assise prolongée de plus de 60 minutes, sans station debout prolongée de plus de 60 minutes, sans position en rotation du tronc maintenue et/ou répétitive).

**e)** Cela étant, le dossier doit être transmis à l'intimé afin qu'il examine si le recourant ne peut pas prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période postérieure à la décision litigieuse, eu égard notamment à la décompensation survenue au cours du mois de septembre 2017.

**6.** Dès lors que le recourant ne remet pas en cause le fait qu'il existe sur le marché du travail des activités exigibles telles que décrites par l'intimé, soit des postes impliquant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision entreprise à cet égard.

**7.** Il reste à examiner le bien-fondé de la comparaison des revenus effectuée par l'OAI.

**a)** A cet égard, il convient de confirmer l'absence d'abattement sur le salaire statistique retenu à titre de salaire d'invalidé, quoi qu'en dise le recourant. En effet, les circonstances du cas d'espèce ne justifient pas de procéder à un abattement sur le salaire statistique. Dans la mesure où le recourant est établi en Suisse depuis de nombreuses années et au bénéfice d'un permis C, il ne saurait subir de désavantage salarial du fait de sa nationalité ou de la nature de son titre de séjour. Les critères de l'âge et des limitations fonctionnelles ne justifient pas non plus d'abattement sur le revenu d'invalidé.

**b)** Dans la mesure où par ailleurs le recourant ne conteste pas les montants retenus pour la comparaison des revenus, il n'y a pas lieu de s'écarter du jugement entrepris. Il s'ensuit qu'en présence d'un préjudice économique très largement inférieur à 40 % (6,13 %), le droit à la rente n'est pas ouvert.

**8. a)** Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 6 décembre 2016 confirmée.

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

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

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 6 décembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il procède conformément aux considérants.
  
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
  
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Flore Primault (pour J. \_\_\_\_\_),
- 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 :