

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 juin 2018

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Dessaux, juge, et Mme Gabellon, assesseure  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** Le 4 février 2015, F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1974 et travaillant dans le domaine de l'isolation thermique, a déposé une demande prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de douleurs chroniques au bassin.

**B.** Le dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : la CNA) a été produit au dossier de l'OAI le 12 février 2015, respectivement le 8 juin 2015. Il contenait notamment les pièces suivantes :

- un compte-rendu d'un entretien du 5 février 2014 entre l'assuré et un collaborateur de la CNA, dans lequel l'assuré expliquait que le 29 juin 2013, il avait perdu l'équilibre alors qu'il essayait les rollers de sa nièce. Il était tombé en arrière, de toute sa hauteur, directement sur les fesses. Il mentionnait également que le 29 novembre 2013, en sortant de chez lui, il avait glissé dans les escaliers et avait chuté en arrière directement sur les fesses.
- un rapport médical du 24 avril 2014 indiquant que le 29 juin 2013, l'assuré avait chuté en rollers et s'était réceptionné sur le coccyx. Une contusion du coccyx était diagnostiquée.
- un rapport d'examen du 1<sup>er</sup> mai 2014 réalisé par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, dans lequel ce dernier déclarait que l'on se trouvait à bientôt une année de douleurs sacro-coccygiennes avec symptomatologie douloureuse semblant totalement invalidante et allant semble-t-il en s'aggravant. Il suggérait une hospitalisation à la H.\_\_\_\_\_ (ci-après : H.\_\_\_\_\_).

- un rapport du 25 juin 2014 du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin praticien, dans lequel il a écrit ceci :

« [...] Il s'agit comme vous le savez d'une coccygodynie chronique suite à une chute il y a plusieurs mois.

Cette coccygodynie semble être en rapport avec une instabilité sacro coccygienne,

Il est globalement réfractaire à l'ensemble des traitements proposés (Physiothérapie, autophysiothérapie, infiltrations, rééducation).

Bien qu'il semble maintenant enclin à l'infiltration sous scanner.

Il refuse la rééducation sous prétexte qu'il doit laisser sa compagne seule (celle-ci ne parlant pas français).

Sur le plan clinique il existe une discrète amélioration des douleurs sous Tramadol, l'Anafranil s'avère, par contre, relativement inefficace (actuellement en sevrage).

Par contre sur le plan thymique il est nettement mieux, il est content que l'on ait (enfin) trouvé le bon diagnostic [...] ».

- Un rapport du 17 février 2015 de la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, dans lequel ce médecin a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de probable instabilité sacro-coccygienne post traumatique. Pour ce médecin, l'activité exercée était encore exigible à 100 % avec possiblement une diminution de rendement en raison de l'inconfort positionnel et des douleurs.
- Un rapport du 17 février 2015 des Drs K.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ de la H.\_\_\_\_\_, aux termes duquel ces médecins ont posé comme diagnostic principal des « thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs lombo-sacrées chroniques ». Les diagnostics supplémentaires étaient une « infiltration de l'articulation sacro-coccygienne » le 20 novembre 2014 et une « chute avec réception sur la région sacro-coccygienne » le 29 novembre 2013. Les comorbidités étaient une obésité et une hypercholestérolémie non-traitée. Les médecins précisaient que s'agissant des antécédents du patient, il existait des lésions axonales diffuses de grade 2 (frontales droites, occipitales droites, sous-corticales, corps calleux postérieur)

et de légers déficits attentionnels et exécutifs compatibles avec les séquelles d'un ancien TCC (anamnèse d'accident de voiture le 09.06.1999 avec probable TCC sévère). Sous la partie « Appréciation et discussion », il était écrit ce qui suit :

« A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont : douleurs dans la région sacro-coccygienne, avec des fois des irradiations dans le bas du dos, présentes surtout en position assise, ou après 15 minutes de marche. Ces douleurs sont cotées entre 5 et 6/10, sont aussi présentes couché sur le dos. Elles réveilleraient occasionnellement la nuit. Le patient déclare aussi des douleurs quand il tousse, ainsi que quand il va à selles.

Il décrit un moral fluctuant et des inquiétudes quant à son avenir professionnel.

[...]

Les examens radiologiques montrent :

***RX sacro-coccygiennes du 29.11.2013*** : il n'est objectivé aucune fracture. Rapports articulaires conservés. Sur les clichés de face aussi, il n'y a aucune lésion osseuse ou articulaire identifiée.

***RX du coccyx en dynamique du 23.01.2014*** : il n'est pas objectivé de luxation ou d'hypermobilité du coccyx.

***RX sacro-coccygiennes dynamiques du 23.01.2015 selon Maigne*** : il n'est pas objectivé de lésion osseuse traumatique. Pas de luxation ou d'instabilité du coccyx.

***IRM cérébrale du 27.01.2015*** : lésions cérébrales cortico-sous corticales et périventriculaires droites, compatibles avec des séquelles de lésions axonales diffuses. Pas d'hémorragie extra-axiale.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : nihil.

Sur le plan psychiatrique : aucun.

Sur le plan neurologique : séquelles compatibles avec un antécédent de TCC sévère dans les suites de l'AVP du 09.06.1999 : lésions diffuses de grade II (frontales droites, occipitales droites, sous-corticales, corps calleux postérieur) (cf. rapports de neurologie, neuropsychologie) avec à l'examen neuropsychologique, de légers déficits attentionnels et exécutifs. A noter qu'après l'accident, le patient a pu reprendre toutes ses activités, notamment la conduite sur de longues distances.

Autre : nihil.

Les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas par les lésions objectives constatées pendant le séjour (il n'y en a aucune qui concerne la région sacro-coccygienne). Des facteurs contextuels et personnels (problèmes financiers de son entreprise, absence de formation certifiante, degré de catastrophisme élevé, score de kinésiophobie élevé) jouent probablement un rôle dans la difficulté exprimée à envisager le retour au travail.

[...]

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme faible.

Des incohérences ont été relevées : discordances entre les plaintes et les données objectives. Au questionnaire PACT, le patient s'estime incapable d'accomplir un niveau d'activité sédentaire ou essentiellement assis, alors qu'aucune limitation n'est observée dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et que la position assise est tenue sans difficulté durant en tout cas 30 minutes au cours des entretiens. Les résultats des tests de préhension au Jamar sont de 0 kg ddc, ce qui n'est pas explicable en l'absence d'atteinte aux membres supérieurs.

Aucune limitation fonctionnelle n'est retenue.

Aucun élément objectif ne peut justifier une incapacité de travail.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs non médicaux).

[...] »

- Un rapport d'examen médical final du 18 mai 2015 réalisé par le Dr M.\_\_\_\_\_, dont la partie « Appréciation » était libellée comme suit :

« Nous nous trouvons à pratiquement 2 ans d'une première chute sur les fesses avec douleurs dans la région sacro-coccygienne ayant motivé un arrêt de travail de pratiquement 2 mois. Nous nous trouvons à pratiquement 1 ½ ans d'une deuxième chute avec réception sur le coccyx.

Depuis, le patient n'a pas retravaillé et se plaint toujours de douleurs dans la région sacro-coccygienne.

Actuellement, il se plaint de constantes douleurs dans la région du coccyx, entre les deux fesses. Il estime que l'intensité de cette douleur de base constante est, sous 2 x 30 mg d'Oxycontin®/jour et traitement homéopathique, de 6/10. Cette symptomatologie douloureuse augmente dès que le patient se mobilise. Le plus dur semble être la nuit, la symptomatologie douloureuse perturbant le sommeil du patient. Il a souvent l'impression que l'une de ses fesses est enflée (ce serait la fesse G qui serait le plus souvent enflée mais la fesse D le serait également de temps en temps). Enfin, la nuit, le patient présente des épisodes de crampes de tout le MIG. Le patient déclare en outre avoir souvent des fourmis au niveau des mains.

Objectivement, le patient présente ce jour un examen clinique dans les limites de la norme en dehors d'une certaine lenteur et d'une certaine réticence à effectuer les gestes demandés durant l'examen clinique, le patient arguant en particulier devoir faire attention à cause des médicaments qu'il prend. Pour le reste, la flexion globale antérieure du tronc est limitée avec une DDS de 30 cm et la palpation de la partie proximale du sillon fessier jusqu'au niveau du coccyx semble être douloureuse.

Suite aux deux chutes sur les fesses en 2013, la région sacro-coccygienne du patient a été investiguée de façon extensive. Aucune lésion structurelle en relation de causalité pour le moins probable avec ces deux chutes n'a été mise en évidence. D'autre part, aucune instabilité sacro-coccygienne ou coccygienne n'a été mise en évidence.

Quoi qu'il en soit, les deux chutes de 2013 n'ayant entraîné aucune lésion structurelle objectivable, ces deux accidents ne peuvent plus déployer le moindre effet. »

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'instabilité sacro-coccygienne post-traumatique. Le diagnostic sans effet sur la capacité de travail était un polytraumatisme en 1999 avec TCC grave. Pour le Dr R.\_\_\_\_\_, l'activité habituelle était encore exigible à 20 %.

Dans un avis médical du 29 juin 2015, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a considéré qu'au vu des éléments du dossier, notamment l'évaluation pluridisciplinaire exhaustive réalisée par la CNA, il n'existait pas en l'état d'atteinte à la santé permettant de justifier des limitations fonctionnelles ou une incapacité de travail durable.

Par projet de décision du 5 août 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande, au motif qu'aucun élément médical objectif n'indiquait que sa capacité de travail était limitée dans son activité indépendante ou toute autre activité. Selon l'OAI, aucune invalidité au sens de l'art. 8 LPGA ne lui était reconnue, de sorte que tout droit aux prestations AI lui était refusé.

Le 5 septembre 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé au projet de décision de l'OAI. En substance, il déclarait souffrir d'une coccygodynie chronique et d'un syndrome dépressif réactionnel. Il estimait que des investigations complémentaires auraient été nécessaires à cet égard pour prendre en compte la dimension psychique. Vu le tableau clinique, il requérait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 6 octobre 2015, l'assuré a complété sa prise de position du 5 septembre 2015. Il a notamment déclaré avoir subi trois accidents avec chute sur le coccyx, une fois en pratiquant du roller, une fois en glissant dans les escaliers et une fois en glissant sur du verglas. Il produisait également diverses pièces, dont les documents suivants :

- Un rapport du 15 septembre 2015 du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux termes duquel il posait le diagnostic d'épisode dépressif moyen et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Sous la partie « Observations », ce médecin déclarait ce qui suit :

« Le patient fait son âge, sur le plan des troubles cognitifs, il y a un constat d'un trouble de la mémoire épisodique et trouble de la mémoire sémantique, surtout au niveau des dates. Il est orienté dans les 4 modes, les symptômes dépressifs observés sont : tristesse, anhédonie, alexithymie, état d'irritabilité et d'agitation. Il y a également la présence d'angoisse et d'anxiété. Il ne présente pas d'idées noires, ni d'idées suicidaires ; son discours n'est pas toujours compréhensif mais clair, à mon avis peut être dû à la langue. Je n'ai pas remarqué de symptômes psychotiques. L'environnement familial du patient augmente l'état psychique actuel de M. F.\_\_\_\_\_ avec les symptômes dépressifs. C'est à dire que l'état de santé de son épouse a tendance à plonger le patient dans une ambiance familiale qui est difficile à gérer émotionnellement. »

- un rapport du 23 septembre 2015 de [...], ostéopathe, qui observait notamment une déviation du coccyx en inclinaison gauche. Elle précisait en outre ce qui suit :

« Suite à votre demande, j'ai reçu Monsieur F. \_\_\_\_\_ en consultation.

Celui-ci décrit des douleurs sacro-coccygiennes importantes depuis plus de deux ans, suite à divers accidents.

Monsieur F. \_\_\_\_\_ est un patient qui ne va pas rester en position assise plus de quelques minutes lors de mon anamnèse et il va se mettre debout. Il va également préférer la position allongée sur le côté à celle allongée sur le dos lors de l'examen clinique.

A la palpation, je trouve une déviation du coccyx en inclinaison gauche.

Malgré la médication (35mg d'Oxycontin 2x par jour), la palpation déclenche, entre autre, des douleurs importantes au niveau des attaches sacrées des muscles grands fessiers, ainsi que des douleurs au niveau des muscles ilio-coccygiens, avec une prédominance à gauche. Lorsque je touche l'articulation sacro-coccygienne, le patient décrit des douleurs à type d'un coup de couteau.

De petites contractions locales du muscle ilio-coccygien gauche sont perceptibles sous les doigts, et sont déclenchées lors de la palpation de ce muscle.

Lors de ma pratique, les patients chez qui je retrouve de telles contractions décrivent des douleurs invalidantes dans la vie de tous les jours, ainsi qu'une perturbation importante du sommeil due aux douleurs. »

Le 8 décembre 2015, l'assuré a produit un rapport du 19 novembre 2015 du Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, donc les conclusions étaient les suivantes :

« L'examen neuropsychologique de ce patient de 41 ans, relativement collaborant mais manifestement incommodé par un vif syndrome algique ne met cliniquement rien de pathologique en évidence. Les douleurs précitées sont telles que le patient ne peut pas rester assis et se concentrer de façon appropriée sur les épreuves psychométriques que nous lui proposons. Devant ce contexte algique classiquement interférant sur l'humeur et le fonctionnement cognitif standard, et devant l'absence de plainte cognitive claire du patient, le testing est aujourd'hui abandonné.



En référence au très bon rapport d'examen neuropsychologique de nos collègues de la SUVA (de surcroît assez récent ; 01.2015), et faisant face manifestement à un patient dont la présentation apparaît semblable, nous concluons cliniquement sur l'absence de déficits cognitifs véritables. Le syndrome algique et la détresse psychologique resteraient ainsi au premier plan dans ce tableau,

Dans ce contexte, nous n'avons pas d'anomalie neurologique organique claire, sous réserve que de petites lésions post-traumatiques cérébrales de 1999 ne soient pas présentes, pour expliquer une partie des plaintes cognitives et d'irritabilités. En tout cas, nous n'avons pas de lésion périphérique neurologique susceptible d'expliquer de façon convaincante les douleurs actuelles des fesses, qui paraissent plutôt locales, au niveau tissulaire.

Dans ce contexte particulier, vu la paucité des anomalies, la demande AI devrait certainement être orientée d'avantage sur l'aspect psychiatrique avec le syndrome somatoforme, et non sur des séquelles neurologiques proprement dites, sauf s'il existe effectivement des cicatrices post-traumatiques cérébrales, ce que je suis incapable d'affirmer à ce stade, en l'absence des résultats d'imageries à ce niveau. »

Dans un avis du 23 février 2016, le SMR a suggéré la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Celle-ci a été réalisée les 9 et 14 septembre et le 3 octobre 2016 auprès du T.\_\_\_\_\_ à [...] (ci-après : le T.\_\_\_\_\_). Dans son rapport du 13 décembre 2016, le T.\_\_\_\_\_, sous la plume des Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a déclaré que l'assuré ne présentait aucun diagnostic ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient des douleurs sacro-coccygiennes chroniques sans substrat organique, une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques, des troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, et un status après laparotomie pour probable hémorragie interne traumatique (accident de la circulation en 1999). Sous la partie « Synthèse et discussion », les experts écrivait ce qui suit :

« *Rappel de l'histoire médicale*

Monsieur F.\_\_\_\_\_ a 42 ans. Originaire du [...], il réside en Suisse depuis l'âge de 10 ans (1986). Il est marié pour la seconde fois et père de 2 enfants mineurs du mariage actuel. Sur le plan professionnel, il a commencé un apprentissage de mécanicien

qu'il n'a pas terminé, ayant, dit-il, une maîtrise alors insuffisante du français — ce qui ne l'a pas empêché de terminer sa scolarité obligatoire. Il a ensuite travaillé dans différents domaines, en dernier lieu dans l'isolation thermique de systèmes de ventilation, domaine dans lequel il a finalement monté sa propre société en 2010.

Monsieur F. \_\_\_\_\_ a été victime, en 1999, d'un accident de la circulation ayant, semble-t-il, entraîné un TCC d'importance considérée moyenne à sévère (possibles lésions axonales diffuses décrites sur l'IRM du 27.01.2015), des fractures de côtes et une vraisemblable hémorragie interne ayant nécessité une opération abdominale ; toutefois l'expertisé, dont le discours est difficilement appréciable, dit ne pas avoir eu de conséquence significative de cet accident.

Monsieur F. \_\_\_\_\_ a par ailleurs fait plusieurs chutes sur les fesses ; la première serait survenue le 29.06.2013, la deuxième le 29.11.2013 et la troisième début 2014. Des douleurs sacro-coccygiennes persistantes, apparues dès la première chute, se sont aggravées lors des chutes successives, devenant handicapantes et incapacitantes selon l'expertisé. Il a donc été examiné par plusieurs médecins, notamment à la H. \_\_\_\_\_. Des examens complémentaires ont été demandés, à savoir des radiographies standards et une IRM qui n'ont pas montré de lésions traumatiques évidentes, bien qu'on ait un certain temps soupçonné une fracture. Un diagnostic d'instabilité sacro-coccygienne a été émis pour la première fois par le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin traitant. Toutefois, des radiographies effectuées à la H. \_\_\_\_\_ le 23.01.2015 n'ont pas montré de modification de la position des pièces sacrées et coccygiennes, que l'expertisé soit assis ou debout ; ceci, joint à l'absence de lésion traumatique claire, permet d'écartier le diagnostic d'instabilité. Malgré tout, ce diagnostic demeure mentionné dans les rapports ultérieurs de plusieurs médecins.

En raison des troubles susmentionnés, de nombreux traitements ont été prescrits - AINS, antalgiques mineurs et majeurs, physiothérapie, infiltrations et même prise en charge psychiatrique — et l'expertisé a été pris en charge à la consultation de la douleur de la clinique Cecil ainsi qu'à la consultation neurologique de Valmont, sans succès.

Monsieur F. \_\_\_\_\_ n'a pas repris le travail, estimant que ses douleurs l'en empêchent. Il ne travaille plus depuis 3 ans. Son entreprise est, dit-il, en *stand-by*. Il mentionne aussi qu'il y a beaucoup de concurrence dans son domaine d'activité. Toujours en raison des douleurs, il ne pourrait pas, à ses dires, effectuer une autre activité ni participer aux tâches ménagères. La SUVA, ne constatant pas de lésion organique ni de gêne fonctionnelle significative, a mis un terme à ses prestations. L'expertisé a donc des difficultés financières.

En février 2015, la Dre D. \_\_\_\_\_, rhumatologue, dans son rapport pour l'AI, conclut qu'une activité est exigible à 100 %, même si elle retient encore une fois le diagnostic d'instabilité sacro-coccygienne.

Selon l'un des premiers rapports médicaux du dossier, le Dr W.\_\_\_\_\_ a demandé, en décembre 2013, à la SUVA de convoquer le patient en raison de contradictions dans ses propos.

En février 2014, le Dr R.\_\_\_\_\_ indique un syndrome anxiodépressif, nettement amélioré depuis la prescription d'Anafranil à 75 mg/jour, sans que l'on sache si l'amélioration concerne les symptômes psychiques ou les douleurs. Un mois plus tard, ce même médecin décrit une amélioration discrète sous Anafranil.

Lors du séjour à la H.\_\_\_\_\_ du 20.01 au 04.02.2015, Monsieur F.\_\_\_\_\_ a été évalué sur le plan psychiatrique. Il n'a pas été retenu d'affection dans ce domaine, mais une certaine particularité du contact lors des entretiens. L'assuré avait alors confié que son entreprise avait perdu beaucoup d'argent en 2014. Il était, lors de l'entretien, légèrement hypomane. Le bilan neuropsychologique pratiqué à la H.\_\_\_\_\_ a montré des résultats déficitaires difficilement interprétables ; des séquelles cognitivo-comportementales d'un TCC en 1999 ne pouvaient pas être exclues, mais leur impact a été estimé limité puisque Monsieur F.\_\_\_\_\_ a alors pu reprendre le travail. L'IRM cérébrale du 27.01.2015 montrait des lésions cérébrales cortico-souscorticales et paraventriculaires droites compatibles avec des séquelles de lésions axonales diffuses. Le Dr [...], neurologue, décrivait un contact particulier, avec perte de distance et recueil anamnestique par moment chaotique. Il indique qu'au vu des légères lésions axonales diffuses, de grade 2, visibles à l'IRM, séquellaires d'un TCC au moins modéré, l'accident a pu aussi contribuer à une modification du caractère et du comportement.

Dans son rapport pour l'AI du 1<sup>er</sup> juin 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_ revient sur le polytraumatisme de 1999 avec TCC grave, et mentionne une participation psychologique aux douleurs. L'activité exercée est estimée possible à 20%, le rendement étant réduit à cause de la médication morphinique.

En septembre 2015, le Dr I.\_\_\_\_\_, psychiatre, indique avoir pris en charge Monsieur [...] le 27.06.2015. Il retient le diagnostic d'épisode dépressif moyen et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). L'état de santé de l'épouse avait tendance à plonger le patient dans une ambiance familiale difficile émotionnellement.

Dans son rapport du 19.11.2015, le Prof. P.\_\_\_\_\_, neurologue, relève « absence d'anomalie neurologique organique claire, sous réserve de la présence de petites lésions post-traumatiques cérébrales susceptibles d'expliquer une partie des plaintes cognitives et l'irritabilité ».

En janvier 2016, le Dr I.\_\_\_\_\_, psychiatre, mentionne toujours l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) ; il indique que son patient peut envisager la prescription d'un antidépresseur, mais que la compliance thérapeutique n'est pas garantie.

Finalement, en février 2016, le Prof. P.\_\_\_\_\_ écrit que le bilan neuropsychologique détaillé ne met rien de pathologique en

évidence sur l'ensemble des tests psychométriques, et qu'il n'y a aucune lésion traumatique en rapport avec l'accident de 1999.

Par ailleurs, Monsieur F.\_\_\_\_\_ signale des valeurs de tension artérielle parfois élevées, mais son médecin traitant n'a pas instauré de traitement. Il n'a pas non plus prescrit d'hypolipémiant, alors que l'expertisé affirme présenter une hypercholestérolémie. Il a sinon présenté une lithiase rénale et une pneumonie en 2009.

### Situation actuelle et conclusions

Sur le plan neurologique, Monsieur F.\_\_\_\_\_ exprime les mêmes plaintes que lors de l'apparition des troubles, soit des douleurs coccygiennes qu'il qualifie, lors de l'anamnèse neurologique, de constantes (alors qu'il parle de coups de poignard lors de l'anamnèse rhumatologique), sans troubles sensitivomoteurs évidents bien qu'il signale quelques troubles sensitifs au membre inférieur gauche. Spontanément et à la demande, Monsieur F.\_\_\_\_\_ ne mentionne pas d'altération de la force musculaire ni de troubles sphinctériens. Il fait part de crampes occasionnelles aux membres inférieurs, pour lesquelles il prend du Magnésium.

Les traitements comportent actuellement Saroten, Magnésium sachets, Seresta, Lexotanil et Oxycontin. Il n'y a plus de traitement physique en cours.

Sur le plan de l'activité personnelle, il semble que la situation ait conduit Monsieur F.\_\_\_\_\_ dans un état plus ou moins végétatif, ne participant pas à l'activité ménagère et n'ayant aucun hobby.

En résumé, chez un expertisé partiellement collaborant, clairement majorant et démonstratif, l'examen neurologique est caractérisé essentiellement par une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur gauche, débutant au niveau de l'abdomen inférieur. On observe en outre une manoeuvre de Lasègue bloquée dès 30° ddc, des douleurs immédiates à la tentative de mobilisation du rachis lombaire et un status dominé par des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire des quatre membres, rendant une appréciation exacte de la force impossible. A cela s'ajoutent des troubles de la coordination et une altération de la sensibilité superficielle et profonde des quatre membres ainsi qu'une certaine instabilité en station pieds joints et à la marche un pied devant l'autre. Ces troubles neurologiques n'ont clairement aucun substrat somatique potentiel ; l'examen est aussi dominé par une variabilité des réponses et des comportements et par des incohérences au status.

Sur la base des éléments susmentionnés, l'examen neurologique doit être considéré comme ne démontrant pas d'anomalie significative du système nerveux central et périphérique, notamment pas d'éléments pour une atteinte des paires sacrées et du nerf pudendal, ni pour une atteinte du système nerveux central que pourraient suggérer certaines des constatations cliniques.

Nous avons revu les documents radiologiques à disposition. Les CT-scans cérébraux sont sans anomalie significative, mais l'IRM

cérébrale du 27.01.2015 n'était pas à notre disposition. D'après le compte-rendu du Dr [...], radiologue, et l'avis du Dr [...], neurologue à la H.\_\_\_\_\_, elle aurait mis en évidence de légères lésions axonales diffuses. Toutefois, Monsieur F.\_\_\_\_\_ a pu reprendre son activité à la suite de l'accident de 1999, et même fonder son entreprise.

S'agissant du coccyx, du sacrum et du bassin, les documents à disposition ne démontrent pas clairement d'atteinte osseuse, en tous les cas pas d'atteinte neurologique consécutive.

Ainsi, sur le plan neurologique, force est de constater que les plaintes formulées par Monsieur F.\_\_\_\_\_ et les anomalies mises en évidence au status ne correspondent pas à une origine somatique, tant post-traumatique que malade. Dans ces conditions, nous ne retenons aucune incapacité de travail significative sur le plan neurologique. Nous n'avons pas non plus de proposition thérapeutique à formuler.

Sur le plan de la médecine interne, il n'y a pas de pathologie à retenir.

Sur le plan rhumatologique, Monsieur F.\_\_\_\_\_ se plaint toujours de douleurs de la région sacro-coccygienne, inchangées depuis 2003 malgré les diverses approches thérapeutiques. Du point de vue objectif, on note un comportement majorant les plaintes lors de l'anamnèse et l'examen clinique. Il n'y a pas de lésion ostéo-articulaire sur les multiples investigations radiologiques effectuées. Comme discuté ci-dessus, on ne peut pas retenir le diagnostic d'instabilité sacro-coccygienne. Il n'y a pas non plus de restriction de la mobilité, de trouble dégénératif significatif, ni d'autre élément somatique à même de diminuer de façon significative les capacités fonctionnelles.

En conclusion, Monsieur F.\_\_\_\_\_ se plaint de douleurs sacro-coccygiennes sans substrat organique pouvant justifier des limitations fonctionnelles. Il n'y a donc pas de pathologie somatique susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail.

Sur le plan psychique, sur la base de l'anamnèse recueillie et de nos constatations objectives, nous estimons que la présentation clinique actuelle ne correspond pas à un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Certes, il existe des plaintes d'allure somatique ne pouvant pas être expliquées par un trouble somatique identifiable. Toutefois, nous n'avons pas constaté de sentiment de détresse amenant le sujet à demander des consultations et des investigations répétées. On relève que Monsieur F.\_\_\_\_\_ n'était pas preneur à la prise en charge à la H.\_\_\_\_\_. Il est compilant à l'Oxycontin, mais pas à l'Amitriptyline.

Plusieurs examinateurs ont relevé le décalage entre les plaintes et les constatations objectives. Il existe un défaut de collaboration, une majoration des symptômes et une attitude démonstrative rapportés par différents intervenants. Ces éléments correspondent à une *majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques* (F68.0).

On fait l'hypothèse que les plaintes somatiques surviennent dans un contexte de difficultés économiques existant déjà en 2014.

La structure de personnalité pose question ; Monsieur F. \_\_\_\_\_ a un contact particulier, ce qui a été fréquemment relevé. On a même parlé d'attitude hypomane à la H. \_\_\_\_\_. L'expertisé est directif et n'hésite pas à communiquer son ennui à participer aux entretiens d'évaluation. Il n'hésite pas non plus à questionner l'examineur sur la pertinence de son travail. Il se montre autoritaire avec l'ami qui l'a conduit. Il y a probablement une structure narcissique.

Des lésions axonales diffuses sont décrites à l'IRM. Les tests neuropsychologiques sont difficilement interprétables en raison d'un défaut d'effort.

Toutefois, depuis l'accident de 1999, Monsieur F. \_\_\_\_\_ a refait sa vie sur le plan sentimental, il a eu deux enfants, il a travaillé comme indépendant et a finalement créé sa propre société. Ces éléments parlent contre une atteinte organique sévère. Les difficultés de sa société sont, de l'avis même de Monsieur F. \_\_\_\_\_, dues à une concurrence accrue dans son domaine ; elles ne découlent pas d'une altération dans la prise de décision, comme on pourrait le voir en cas de lésion organique frontale.

Nous n'avons pas trouvé d'élément suggérant un épisode dépressif : Monsieur F. \_\_\_\_\_ n'est ni ralenti, ni fatigué, mais parfois triste avec une capacité réduite à éprouver du plaisir. L'appréciation des symptômes est rendue très difficile par le manque de collaboration. Nous retiendrons un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22).

Il n'y a aucune pathologie psychiatrique susceptible de retentir durablement sur la capacité de travail, tout au plus une incapacité transitoire, de quelques mois, au printemps de l'année 2014. Il est ensuite relevé, le 25.06.2014, que l'état de Monsieur F. \_\_\_\_\_ s'est globalement beaucoup amélioré. On peut donc considérer qu'il y a eu une incapacité de travail d'environ quatre à six mois lors du premier semestre de 2014, et plus depuis. »

Les médecins du T. \_\_\_\_\_ répondaient en outre comme suit aux questions posées par l'OAI :

« [...]

2. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Aucune limitation fonctionnelle n'est objectivée au terme du présent bilan.

3. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

3.1 Comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Il n'y a pas de répercussion sur l'activité exercée jusqu'ici.

3.2 *Description précise de la capacité résiduelle de travail*

La capacité résiduelle de travail est complète (plein temps avec un rendement de 100%), ceci depuis l'apparition des troubles.

3.3 *L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?*

Oui, à plein temps.

3.4 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?*

Non.

3.5 *Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail ? A quel taux ?*

Pas d'incapacité de travail durable pour raison physique, tout au plus quelques semaines après les chutes en 2013 et 2014.

Sur le plan psychique, il a pu y avoir une incapacité de travail transitoire de 3 à 6 mois au premier semestre 2014.

3.6 *Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

La capacité de travail est sinon demeurée entière.

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

Oui, mais la question est sans objet vu que la capacité de travail est complète dans l'activité exercée préalablement.

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

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles ni de critères médicaux spécifiques à retenir pour une autre activité professionnelle.

4.2 *Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?*

A plein temps.

4.3 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?*

Non.

4.4 *Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?*

Depuis 2013, date de l'apparition des troubles.

4.5 *Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?*

Question sans objet. »

Dans un avis médical du 16 janvier 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise du T.\_\_\_\_\_.

Par décision du 19 janvier 2017, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, considérant que ce dernier ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

**C.** Par acte du 24 février 2017, F.\_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 19 janvier 2017, concluant à l'annulation de celle-ci et à la constatation de son droit à des prestations de rente d'invalidité, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise et plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI. A l'appui de son écriture, le recourant invoque que même si elles semblent difficilement objectivables aux yeux des experts consultés, ses douleurs existent. En outre, il reproche aux experts de ne pas avoir mis en œuvre d'IRM cérébrale telle que suggérée par le Dr P.\_\_\_\_\_ et soutient que le rapport du T.\_\_\_\_\_ est insuffisant et n'approfondit pas toutes les questions soulevées. S'agissant de la fibromyalgie, le recourant soutient que la jurisprudence n'a pas été suivie à cet égard. Il ajoute qu'il y a, à tout le moins, une dimension psychique qui a été manifestement sous-évaluée dans les avis émis par la H.\_\_\_\_\_ et par le T.\_\_\_\_\_. Le recourant produit enfin diverses pièces, dont les documents suivants :

- un courrier du 13 septembre 2015 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé à son conseil et dans lequel ce médecin déclare qu'il ne pose pas de diagnostic spécifique en rapport avec les traumatismes subis. Il précise qu'« il peut, parfois,



persister dans ce genre de traumatisme des douleurs, d'évolution et d'intensité imprévisibles ». Il suggère que l'assuré développe la part administrative de son travail, précisant que celle-ci, effectuée en position debout, pour un investissement modeste (table haute pour ordinateur) autoriserait la reprise d'une activité adaptée à ses douleurs.

- un courrier du 11 décembre 2015 du Dr P.\_\_\_\_\_ au conseil du recourant, dans lequel ce médecin déclare qu'il ne peut confirmer l'existence d'une atteinte organique cérébrale chez ce patient. Selon lui, ni l'examen neurologique, ni l'examen neuropsychologique ne vont dans ce sens et les examens cérébraux d'imagerie ne sont pas évocateurs non plus. Le Dr P.\_\_\_\_\_ ajoute : « au vu de votre demande, on pourrait néanmoins organiser prochainement une nouvelle IRM cérébrale avec séquence de diffusion et surtout tractographie [...] ».

Dans sa réponse du 28 mars 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il considère notamment que l'expertise du T.\_\_\_\_\_ ne manque pas d'imagerie, expliquant que le dossier radiologique de l'assuré a été soumis aux experts et que ceux-ci l'auraient complété au cas où la documentation leur paraissait insuffisante.

Dans sa réplique du 24 mai 2017, le recourant a notamment déclaré qu'il prenait du Saroten, qui traite les douleurs chroniques réfractaires et que la posologie a été augmentée. Il ajoute qu'une prescription d'Oxycontin est avérée par une attestation de pharmacie et qu'il s'agit d'un médicament également prescrit en cas de douleurs prolongées modérées à fortes, la posologie ayant aussi été augmentée. Le recourant mentionne également que la prescription de Quétiapine s'administre dans les cas de schizophrénie et d'épisodes maniaques et dépressifs des troubles bipolaires. De surcroît, le recourant produit notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 18 janvier 2016 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, indiquant notamment que le recourant a augmenté sa posologie d'Oxycontin et qu'un traitement de Saroten a été instauré ;
  
- un courrier du 27 février 2017 de [...], masseuse, adressée au conseil du recourant, dans lequel elle explique qu'elle n'a rien pu faire pour les douleurs handicapantes de l'assuré liées à la partie du sacrum et du coccyx. Elle précise que l'intéressé a du mal à se déplacer et qu'il souffre de manière profonde de cette partie du corps.
  
- un rapport du 9 mai 2017 du Dr I.\_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier pose les diagnostics d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de personnalité émotionnellement labile, type borderline. Le Dr I.\_\_\_\_\_ écrit notamment ce qui suit :

« **Evolution status et observations**

Le patient présente sur le plan des troubles cognitifs une perturbation de la mémoire épisodique et un trouble de la mémoire sémantique, surtout au niveau des dates ainsi qu'une perturbation de la concentration. En effet, le patient doit fournir d'efforts considérables pour, par exemple, se rappeler de ce qu'il aura mangé la veille. Les symptômes dépressifs observés sont les suivants : tristesse, diminution de l'activité, réduction de l'énergie, perte de plaisir et de l'intérêt, un manque de motivation ainsi qu'une perturbation du sommeil. M. F.\_\_\_\_\_ présente des difficultés à l'endormissement. Il y a également une forte diminution de l'estime de soi et des idées de dévalorisation, observées et décrites par le patient. Ces derniers aspects mèneraient le patient à un isolement social plus conséquent. M. F.\_\_\_\_\_ a tendance à passer ses journées chez lui, alité, en sortant le moins possible.

Au niveau de sa personnalité, le patient présente quelques fragilités en lien avec l'abandon et son enfance. L'image de soi et de ses projets sont perturbés amenant à une sorte de sentiment chronique de vide intérieur. Des idées noires et d'importantes ruminations envahissent le patient. M. F.\_\_\_\_\_ manifeste des difficultés au niveau relationnel et une marginalisation financière avec rupture professionnelle est observée. En ce qui concerne l'environnement familial du patient il n'y a pas de changements ni d'évolution à ce sujet. Le patient a mentionné depuis quelques semaines avoir des hallucinations auditives puis plus récemment visuelles. La présence d'angoisses et d'anxiété sont toujours présentes et d'avantages

conséquentes. Le patient ne présente pas d'idées noires ni d'idées suicidaires.

Sur le plan physique, M. F.\_\_\_\_\_ se plaint constamment de douleurs dorsales plus ou moins persistantes et intenses.

### **Discussion**

Pour ce qui est du suivi thérapeutique, M. F.\_\_\_\_\_ se rend une fois par mois à ses consultations. Toutefois, nous n'observons pas d'améliorations sur le plan de la santé psychique du patient. Il est dans une chronicité de la situation où le pronostic n'est pas favorable. En effet, M. F.\_\_\_\_\_ est dans la plainte psychosomatique permanente ce qui est une entrave à l'évolution thérapeutique. C'est pour cela que la suite de la thérapie est remise en question. Nous envisageons le placement de M. F.\_\_\_\_\_ dans une organisation institutionnelle comme par exemple l'hôpital de jour au [...] où ses plaintes pourraient être plus soutenues par une équipe pluridisciplinaire médicale qui à notre avis est plus adéquat à sa situation psychosociale. »

Dans sa duplique du 15 juin 2017, l'OAI a confirmé ses conclusions. Elle déclare en particulier que la prescription de médicaments ne renseigne pas sur la compliance au traitement indiqué par le médecin et que la médication du recourant a été prise en considération dans l'évaluation de la situation de l'intéressé. S'agissant du trouble dépressif, l'intimé est d'avis que quand bien même un tel état dépressif devait être reconnu, celui-ci ne pourrait être considéré comme invalidant au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière. L'OAI ajoute que les experts n'ont constaté aucune pathologie psychiatrique susceptible de retentir durablement sur la capacité de travail du recourant et que le psychiatre traitant ne discute pas les diagnostics posés par les experts.

**D.** Par ailleurs, le recourant a déposé une demande d'assistance judiciaire pour la présente procédure.

Le 28 février 2017, 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 Olivier Carré.

## **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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

**c)** En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Est litigieux dans le cas d'espèce le droit de F. \_\_\_\_\_ à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier le droit à une rente d'invalidité.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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

**b)** A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

**c)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**d)** Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves développée dans le cadre de la jurisprudence relative aux syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281) à l'ensemble des maladies psychiatriques (TF 8C\_130/2017 et 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 destinés à publication aux ATF). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à cette procédure lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas. Elle est superflue lorsqu'une incapacité de travail peut être niée de manière motivée et compréhensible sur la base de rapports médicaux probants émanant de spécialistes, et que d'éventuelles appréciations médicales contradictoires peuvent être écartées faute de qualifications médicales suffisantes de leurs auteurs ou pour d'autres motifs (TF 8C\_130/2017 consid. 7.1 et 8C\_841/2016 consid. 4.5.3).

**4. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – 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 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit.; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

**d)** En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).



**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**b)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

**6. a)** En l'espèce, F.\_\_\_\_\_ conteste les conclusions des médecins du T.\_\_\_\_\_. Se fondant notamment sur les avis des Drs N.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, le recourant déclare que même si elles semblent difficilement objectivables aux yeux des experts, ses douleurs existent. En outre, sur le plan somatique, il reproche aux experts de ne pas avoir mis en œuvre d'IRM cérébrale telle que suggérée par le Dr P.\_\_\_\_\_ et soutient que le rapport du H.\_\_\_\_\_ est insuffisant et n'approfondit pas toutes les questions soulevées. Sur le plan psychique, il considère que la question de la fibromyalgie aurait dû faire l'objet d'un examen conformément la récente jurisprudence du Tribunal fédéral en la

matière. Il déclare également que la dimension psychique a été manifestement sous-évaluée par les experts.

**b)** Toutefois, contrairement à ce que prétend le recourant, l'appréciation des médecins du T.\_\_\_\_\_ ne prête pas le flanc à la critique. En effet, dans le cadre de cette expertise pluridisciplinaire, comprenant un volet rhumatologique, neurologique et psychiatrique, la situation du recourant a fait l'objet d'une étude fouillée. Les experts se sont en particulier prononcés sur l'imagerie relative à la région sacro-coccygienne, expliquant que celle-ci n'avait pas montré de lésion traumatique évidente, bien que l'on ait un certain temps soupçonné une fracture. Ils écartent en outre le diagnostic d'instabilité sacro-coccygienne posé notamment par le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, dans la mesure où les radiographies effectuées à la H.\_\_\_\_\_ n'ont pas montré de modification des pièces sacrées et coccygiennes, que l'intéressé soit assis ou debout. Ceci, ajouté à l'absence de lésion traumatique claire, permet d'écartier le diagnostic d'instabilité sacro-coccygienne.

Pour ce qui est de l'imagerie cérébrale, on ne voit pas en quoi le courrier du 11 décembre 2015 adressé à l'avocat du recourant par le Dr P.\_\_\_\_\_ serait de nature à mettre en doute les conclusions bien motivées des experts du T.\_\_\_\_\_. Ceux-ci considèrent que les CT-scans cérébraux sont sans anomalie significative. Quant à l'IRM cérébrale, qui aurait mis en évidence de légères lésions axonales diffuses, les experts observent que le recourant a pu reprendre son activité à la suite de l'accident de 1999 et qu'il a même pu fonder son entreprise. Ils en concluent dès lors que les plaintes formulées par le recourant n'ont pas d'origine somatique. Or le Dr P.\_\_\_\_\_ rejoint en réalité l'opinion des experts, puisqu'il déclare ne pas pouvoir confirmer l'existence d'une atteinte organique cérébrale chez F.\_\_\_\_\_, précisant que ni l'examen neurologique, ni l'examen neuropsychologique ne vont dans ce sens, et que les examens cérébraux d'imagerie ne sont pas non plus évocateurs. Par ailleurs, dans son courrier du 11 décembre 2015, Dr P.\_\_\_\_\_ ne se prononce nullement sur le rapport d'expertise, en particulier sur les prétendues lacunes de celui-ci, et n'explique pas non plus en quoi une

nouvelle IRM serait susceptible de modifier les conclusions des experts. Ainsi, le simple fait qu'un nouvel examen soit proposé ne permet pas encore de conclure que l'imagerie cérébrale sur laquelle se sont fondés les médecins du T.\_\_\_\_\_ serait insuffisante et que par conséquent les conclusions de ces derniers seraient lacunaires.

**c)** Sur le plan psychique, s'agissant tout d'abord du trouble somatoforme douloureux invoqué par le recourant, on relèvera que ce diagnostic est écarté de façon convaincante par les experts du T.\_\_\_\_\_. Ces derniers expliquent en effet que la présentation clinique du recourant ne correspond pas à un syndrome douloureux somatoforme persistant. Certes, il existe des plaintes d'allure somatique ne pouvant pas être expliquées par un trouble somatique identifiable. Toutefois, les experts ne constatent pas de sentiment de détresse amenant le sujet à demander des consultations et des investigations répétées. Ce dernier n'était d'ailleurs pas preneur de la prise en charge à la H.\_\_\_\_\_. A cela s'ajoutent un décalage entre les plaintes de l'intéressé et les constatations objectives, un défaut de collaboration, une majoration des symptômes et une attitude démonstrative rapportée par différents intervenants. On relèvera par ailleurs que le recourant ne semble pas avoir immédiatement parlé de la troisième chute, qui serait survenue au début de l'année 2014, et que le Dr W.\_\_\_\_\_ aurait demandé à la CNA, en décembre 2013, de convoquer ce patient en raison de contradictions dans ses propos. Dans ce contexte, les experts posent le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et non de trouble somatoforme douloureux. Dans la mesure où le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est écarté de façon convaincante par les experts, il n'y a pas lieu d'examiner la situation sous l'angle de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et autres syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. ATF 141 V 281).

Par ailleurs, les experts expliquent qu'ils n'ont pas trouvé d'élément suggérant un épisode dépressif : le recourant n'est ni ralenti, ni fatigué, mais parfois triste avec une capacité réduite à éprouver du plaisir. Toutefois, l'appréciation des symptômes est rendue très difficile par le

manque de collaboration du recourant. Ils retiennent finalement un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte, anxieuse et dépressive. Cette appréciation du volet psychique, claire et bien motivée, emporte la conviction du Tribunal. Contrairement à ce qu'invoque le recourant, le rapport du 9 mai 2017 de son psychiatre traitant, le Dr I.\_\_\_\_\_, ne permet pas de s'en écarter. Ce dernier ne se prononce en effet nullement sur les conclusions des médecins du T.\_\_\_\_\_, se contentant de substituer son appréciation à celle des experts, ce qui n'est toutefois pas suffisant pour mettre celle-ci en doute. Par ailleurs, on rappellera que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b et réf. cit.). Ainsi, dans le cas où la situation sur le plan psychique du recourant se serait détériorée, il appartiendra à l'intéressé de déposer une nouvelle demande auprès de l'intimé.

**d)** Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que la situation médicale du recourant, tant sur le plan somatique que psychique, a fait l'objet d'une étude circonstanciée par les experts du T.\_\_\_\_\_. Le rapport de ces médecins a été établi sur la base d'un dossier complet, leurs conclusions sont claires et bien motivées, et quoi qu'en dise le recourant, elles ne sont remises en doute par aucun des médecins intervenus dans le cadre de cette affaire.

**7.** Le dossier étant complet, permettant ainsi au tribunal de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. supra consid. 5b). En particulier, il ne se justifie pas de mettre en œuvre une expertise judiciaire, celle-ci n'étant pas susceptible de modifier l'appréciation de la Cour de céans s'agissant des atteintes à la santé du recourant et de leur influence sur sa capacité de travail.

En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**8. a)** La procédure est onéreuse. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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.

**b)** 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 ; art. 61 let. g LPGA).

**c)** 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, par décision du 12 février 2018, la juge instructrice a fixé l'indemnité d'office de Me Carré pour la période du 24 février 2017 au 31 décembre 2017 à 1'211 fr. 10, TVA comprise.

Le 30 mai 2018, Me Carré a informé le tribunal que ses opérations pour l'année 2018 se montaient à une heure. C'est ainsi un montant de 180 fr. (une heure x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus la TVA à 7.7 % d'un montant de 13 fr. 85. Me Carré ne faisant pas valoir de débours, l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 193 fr. 85.

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 [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 19 janvier 2017 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 Olivier Carré est arrêtée à 193 fr. 85 (cent nonante trois francs et huitante-cinq centimes), TVA et débours compris, en sus de celle déjà arrêtée par décision du 12 février 2018.
- 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 Olivier Carré (pour F. \_\_\_\_\_),
- 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 :