

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 décembre 2018

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à E.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Originaire du Kosovo, établi en Suisse depuis 1991, K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, a œuvré comme employé d'hôtellerie entre 1991 et 1992 avant de travailler en tant que manœuvre dans le bâtiment dès 1992. Le 7 décembre 1992, il a été victime d'un accident professionnel : alors qu'il portait un sac de ciment sur l'épaule gauche, il a glissé sur la neige se réceptionnant sur le coccyx et la hanche gauche, ce qui a occasionné un syndrome vertébral lombaire traité avec suites simples en trois mois. Au mois d'août 1994, lors d'un port de charge dans le cadre de sa profession, l'assuré a ressenti un craquement au niveau lombaire bas ayant entraîné depuis lors des douleurs lombaires continues, fluctuantes dans leur intensité. Cet épisode a nécessité un arrêt de travail de courte durée et l'intéressé a pu reprendre l'exercice de son activité. En août 1995, sans facteur déclenchant, des irradiations sont apparues dans le membre inférieur gauche descendant jusqu'au pied. L'assuré a été mis à l'arrêt de travail à 100% à compter du 25 août 1995.

Le 20 mai 1996, K.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton du Valais (OAI-VS) qui, au terme d'une instruction médicale et d'une mesure d'observation professionnelle, a accordé à l'assuré, par décisions du 24 mars 1999, une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> août au 30 novembre 1996, puis une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 1996. Le degré d'invalidité étant demeuré sans changement, l'OAI-VS a maintenu le droit de K.\_\_\_\_\_ à une rente entière d'invalidité (communication du 18 juillet 2001).

**b)** Le 16 juillet 2003, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé), désormais compétent en raison du changement de domicile de K.\_\_\_\_\_, a engagé une procédure de révision d'office. Dans ce cadre, la division de réadaptation de l'office

AI a dressé un bilan en date du 1<sup>er</sup> juillet 2004, concluant à la nécessité de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire.

Dans son rapport du 15 avril 2005, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a posé les diagnostics de lombalgies accompagnant des pseudo-sciatalgies gauches chroniques dans un contexte de syndrome douloureux chronique, de petite hernie discale médiane L4-L5 et de sacralisation de L5. Il a conclu à une capacité de travail de 50% dans l'activité exercée dans le secteur de la construction et de 100% dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles (mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis, travaux lourds, ports de charge supérieurs à 15 kg, position statique prolongée) ; le pronostic était réservé au vu de la durée de l'inactivité ainsi que de l'intensité de la symptomatologie douloureuse, élément subjectif en divergence avec les constats objectifs.

Sur le plan psychiatrique, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Clinique C.\_\_\_\_\_, a procédé à l'expertise de K.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 21 novembre 2005, il a diagnostiqué des exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux (notamment économiques) ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant, ces troubles n'annihilant en rien une capacité de travail pleinement exigible.

La Dresse M.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'étant ralliée aux conclusions des experts prénommés et considérant que des mesures professionnelles, certes souhaitables, étaient vouées à l'échec (avis du 10 juillet 2006), l'office AI a informé l'assuré qu'il envisageait de supprimer la rente qui lui était servie (projet de décision du 21 août 2006).

Dans le cadre des objections présentées à l'encontre du projet de décision du 21 août 2006, K.\_\_\_\_\_, afin de faire clarifier la situation quant à la capacité de travail ainsi disputée, a consulté le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 12

février 2007 se fondant sur une analyse du dossier médical complet et dressé ensuite d'un examen clinique, ce médecin a contesté l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ et conclu à des troubles psychiques sévères de la personnalité, relevant de la ligne psychotique, avec traits narcissiques, ainsi que dépressive et anxieuse, lesquels, s'ajoutant au syndrome douloureux chronique, justifiaient l'incapacité de travail totale précédemment retenue.

Compte tenu des conclusions de l'expertise privée réalisée par le Dr R.\_\_\_\_\_, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, confiée au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (avis du 13 mars 2007). Dans son rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2007, l'expert n'a retenu pour seul diagnostic psychiatrique qu'un retard mental léger non incapacitant, l'assuré étant selon lui un simulateur.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'étant rallié aux conclusions des Drs X.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ (avis du 13 novembre 2007), l'office AI a supprimé le droit de K.\_\_\_\_\_ à une rente d'invalidité par décision du 30 janvier 2008, laquelle est entrée en force faute de recours. Par décision du 27 août 2008, l'office AI a également mis fin à l'aide au placement, faute de collaboration active de l'intéressé.

**B.** Le 4 décembre 2014, K.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations que l'office AI a traitée comme une demande de révision (courrier du 5 décembre 2014).

Procédant à l'instruction du cas, l'office AI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assuré.

Dans un rapport du 23 janvier 2015, le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de « lombosciatalgies gauches invalidantes dans le contexte d'une volumineuse hernie discale L4-L5 postéro-médiane et médio-latérale gauche luxée vers le haut,

comprimant L4 et L5 gauche et L5 droite, existant depuis 1995 » ainsi que des « troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen à sévère avec syndrome somatique. » Si l'exigibilité était nulle dans l'activité de maçon, l'incapacité de travail était également totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (port de charges limité à 1 kg, position en porte à faux, position statique debout et assise, position agenouillée et accroupie, rotation du tronc).

Le 1<sup>er</sup> février 2015, le Prof. F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a fait parvenir divers documents à l'office AI, dont une lettre du 25 avril 2014 au Dr L.\_\_\_\_\_, dans laquelle il faisait état d'une réduction/stabilisation de la hernie. Selon le Prof. F.\_\_\_\_\_, l'évolution était bonne. Dans une profession compatible avec les limitations fonctionnelles énoncées (port de charges limité à 20 kg au maximum, position assise continue limitée à 2 h, position debout statique limitée à 2 h, changements de position fréquents souhaitables, porte-à-faux à éviter, rotations bassin/épaules à éviter), la capacité de travail était de 75%.

Le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété son rapport sur formulaire ad hoc destiné à l'office AI le 9 avril 2015. Ayant indiqué qu'il se chargeait du suivi de l'assuré depuis le 26 septembre 2014, il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. D'après ce médecin, la capacité de travail était nulle en toute activité depuis le 26 septembre 2014.

Se prononçant sur les pièces médicales au dossier, le Dr G.\_\_\_\_\_ a considéré qu'aucune d'elles ne rendait plausible une aggravation notable de l'état de santé de K.\_\_\_\_\_ depuis la dernière décision rendue par l'office AI. Il en a déduit que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée telle que décrite dans la décision du 30 janvier 2008 (avis du 29 juillet 2015). Sur cette base, l'office AI a rendu un projet de décision daté du 31 juillet 2015, informant l'assuré qu'il comptait lui refuser le droit à toute prestation d'invalidité.

Dans le délai prolongé par l'office AI, K.\_\_\_\_\_ a présenté, en date du 13 novembre 2015, des objections à l'encontre de ce projet. Critiquant l'exigibilité retenue, il a fait valoir que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'il n'était donc pas admissible de statuer en l'état sur le plan médical. A l'appui de ses allégations, il a produit un rapport du 8 octobre 2015 du Dr L.\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin estimait que sa capacité de travail était nulle en toute activité en raison des limitations décrites.

Le 23 novembre 2015, le Dr G.\_\_\_\_\_ a constaté qu'aucune aggravation notable n'avait été rendue plausible, de sorte qu'il maintenait sa position. Il a confirmé son point de vue par avis du 15 mars 2016.

Le 3 novembre 2016, le gestionnaire de dossier a fait remarquer que, dans son rapport du 1<sup>er</sup> février 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_ avait attesté une baisse de la capacité de travail dans l'activité habituelle, passant à une capacité de travail de 25% (au lieu de 50% en 2008), ainsi qu'une baisse de la capacité de travail de 25% dans toute activité adaptée à l'état de santé de l'assuré, respectant ses limitations fonctionnelles, passant de 100% en 2008 à 75% au jour de l'établissement de son rapport. Le SMR était invité à prendre position sur ce point.

Par avis médical du 16 novembre 2016, le Dr G.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique, afin d'établir l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré dans une activité légère et adaptée depuis 2012.

Mandaté par l'office AI pour procéder à l'expertise de l'assuré sur le plan somatique, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a rendu son rapport en date du 15 mars 2017. Avec répercussion sur la capacité de travail, l'expert a posé le diagnostic de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie (minime discopathie L4-L5 et anomalie transitionnelle L5-S1). Sans répercussion

sur la capacité de travail, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants : syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique (diminution du seuil de tolérance à la douleur), hypertension artérielle et hypercholestérolémie stables sous traitement ainsi qu'une surdité de perception post traumatique de 59,5% à droite depuis 1993. Au vu des lésions lombaires sous-jacentes, la capacité de travail de l'assuré dans l'activité de maçon était de 50% avec une diminution de rendement de 10% en raison de la longue inactivité professionnelle. En revanche, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée « avec diminution des mouvements en porte-à-faux, et le port de charges de plus de 10 kg », sans diminution de rendement.

Le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à l'expertise psychiatrique de K.\_\_\_\_\_. Après avoir rendu compte de l'anamnèse personnelle et médicale de l'assuré, l'expert a fait état de ses constatations sur le plan clinique. Selon lui, son intelligence était à la limite inférieure sans toutefois présenter un retard mental invalidant. Lors de l'entretien, il n'a pas non plus observé de signe de psychose ou de dépression. Il a cependant fait mention d'un état d'anxiété induit par un sentiment de découragement, tout en relevant l'absence de toute hospitalisation en milieu psychiatrique. Si l'expert a exclu l'existence d'une maladie psychique, il a néanmoins observé et décrit des traits de personnalité narcissique (surévaluation des compétences) et paranoïaque (victimisation face aux injustices), ces troubles n'étant toutefois pas handicapants. Il a posé le diagnostic - sans effet sur la capacité de travail - de névrose de compensation en raison d'une position de victimisation et d'un comportement revendicateur. Aux yeux de l'expert, la capacité de travail était réputée entière en toute activité depuis toujours.

Par décision du 12 juin 2017, l'office AI a dénié le droit de K.\_\_\_\_\_ à toute prestation de l'assurance-invalidité, au motif que les pièces médicales versées au dossier ne rendaient pas plausible une aggravation notable de son état de santé depuis la décision du 30 janvier 2008. Dans ces conditions, il a retenu que, si la capacité de travail était de 50% dans l'activité de maçon, elle était totale dans une activité tenant

compte des limitations fonctionnelles énoncées. Une lettre datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

**C.** K.\_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Critiquant les modalités ayant présidé à la désignation des experts Q.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, il a fait valoir qu'ils étaient connus pour leur rigueur dans l'appréciation des cas d'invalidité qui leur étaient soumis. En outre, en ne désignant que deux experts, l'office AI s'évitait de devoir procéder à une attribution du mandat d'expertise par tirage au sort. Or, de l'aveu même du Dr G.\_\_\_\_\_ (avis du 16 novembre 2016), la présence d'une lombosciatalgie gauche invalidante dans le contexte d'une volumineuse hernie discale L4-L5 eût rendu nécessaire l'avis d'un orthopédiste et pas seulement d'un rhumatologue. D'ailleurs, le Prof. F.\_\_\_\_\_, neurochirurgien, avait relevé l'existence d'éléments conduisant à une appréciation beaucoup plus grave de l'invalidité (rapport du 1<sup>er</sup> février 2015). De son côté, le gestionnaire du dossier a fait état de limitations fonctionnelles apparemment plus lourdes que celles retenues dans l'avis du SMR du 13 novembre 2007. De plus, il ressortait du dossier des troubles somatiques d'origine psychogène, l'assuré ayant fait grief à l'office AI de ne pas avoir analysé cet aspect selon les critères jurisprudentiels les plus récents et de ne pas avoir, dans ce contexte, procédé à une évaluation globale et concrète de sa capacité de travail. Qui plus est, l'assuré a déploré que la surdité post-traumatique dont il est atteint n'ait pas fait l'objet d'une évaluation comportant une analyse de l'impact de ce handicap sur sa capacité de travail et de gain. Les contestations quant à sa médication n'avaient pas non plus été levées. Au surplus, des imprécisions entacheraient l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_. A titre de mesure d'instruction, il a ainsi sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre, le panel d'experts étant désigné par tirage au sort ou à la faveur d'une concertation. Pour finir, l'assuré a encore invoqué des irrégularités procédurales concernant plus particulièrement la notification de la décision attaquée.

Par décision du 19 juillet 2017, le magistrat instructeur a accordé à K.\_\_\_\_\_ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 juillet 2017. Il était exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires, de même que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Olivier Carré lui a été désigné.

Dans sa réponse du 17 août 2017, l'office AI a souligné que les arguments avancés par l'assuré quant au choix des experts n'étaient pas pertinents dans la mesure où leurs noms lui avaient été communiqués et qu'il avait renoncé à demander leur récusation lorsqu'il en avait la possibilité. Par ailleurs, l'assuré se méprenait en soutenant que le Dr G.\_\_\_\_\_ avait estimé, dans son avis du 16 novembre 2016, que l'avis d'un orthopédiste était nécessaire. Bien plutôt, il résultait de ce document qu'il avait conclu à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique, sans qu'il ne fût question d'un orthopédiste. Quant aux autres spécialistes que l'assuré entendait mandater, l'office AI s'étonnait qu'il ne les ait pas consultés spontanément s'il l'estimait nécessaire. Ayant rappelé que, sur le plan somatique, les Drs X.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ avaient conclu à une capacité de 50% dans l'activité habituelle alors qu'elle était de 100% dans une profession adaptée, l'office AI a indiqué que, tant le Dr N.\_\_\_\_\_ que le Dr P.\_\_\_\_\_ avaient conclu à une capacité de travail entière sur le plan psychique. Seul le Dr R.\_\_\_\_\_ estimait que sa capacité de travail était nulle. Au vu des pièces médicales au dossier, l'office AI a estimé que de plus amples investigations ne se justifiaient pas et qu'il convenait de retenir que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée qu'il lui incombait de mettre en valeur conformément à son obligation de diminuer le dommage. Il a en conséquence conclu au rejet du recours.

En réplique du 7 novembre 2017, K.\_\_\_\_\_ a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire « nouvelle et indépendante », invoquant la nécessité d'une appréciation globale compte tenu du désaccord existant entre les experts désignés par

l'office AI et le Dr R.\_\_\_\_\_, dont il s'est plu à souligner les compétences. A l'appui de ses allégations, l'assuré a produit divers courriers adressés par ses soins aux Drs L.\_\_\_\_\_, et J.\_\_\_\_\_. A sa demande, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé que le Saroten était un anti-dépresseur susceptible d'être prescrit comme anti-douleur en fonction du ressenti du patient et que, sur le plan somatique, ce dernier présentait une volumineuse hernie discale induisant des douleurs et nécessitant de fréquentes infiltrations. De son côté, le Dr J.\_\_\_\_\_ a récusé toute mauvaise compliance à un traitement médical. L'assuré a déclaré maintenir ses conclusions.

Dupliquant en date du 30 novembre 2017, l'office AI a indiqué que les arguments développés en réplique n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de la décision attaquée, si bien qu'il concluait derechef au rejet du recours.

S'exprimant une ultime fois par pli du 6 avril 2018, l'assuré a demandé à la Cour de céans que son appréciation de l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ tienne compte des irrégularités ayant entaché le déroulement de plusieurs expertises confiées à la Clinique C.\_\_\_\_\_.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**2.** Le litige tient, dans le cadre d'une demande de révision formée par l'assuré à la suite de la décision de suppression de rente du 30 janvier 2008, au refus de l'office AI d'allouer ses prestations en se fondant sur une double expertise rhumatologique (Dr Q. \_\_\_\_\_) et psychiatrique (Dr N. \_\_\_\_\_), réputées probantes, excluant toute atteinte à la santé invalidante dans le cadre d'une activité adaptée à laquelle l'assuré pourrait être renvoyé.

**3. a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au

droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

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

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; TF 8C\_339/2017 du 1<sup>er</sup> février 2018 consid. 3 et les références citées).

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

consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**e)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

**f)** On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des

conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 déjà cité et les références).

**4.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assuré du 4 décembre 2014 et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de suppression de prestations entrée en force - soit la décision du 30 janvier 2008 - et la décision litigieuse du 12 juin 2017, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

On rappellera que la décision du 30 janvier 2008 a été rendue au terme d'une procédure de révision d'office engagée en juillet 2003. Elle se fondait pour l'essentiel sur les conclusions des Drs X.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, une pleine capacité de travail ayant été retenue dans une activité adaptée.

Dans le cadre de sa deuxième demande, le recourant a fait valoir une aggravation de son état de santé tant sur le plan somatique que psychique, soutenant que son incapacité de travail était entière (cf. rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 19 décembre 2014).

**5.** Sur le plan formel, le recourant fait valoir un double grief.

**a)** En premier lieu, il critique les modalités ayant présidé au choix des experts Q.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_.

**aa)** Le 29 novembre 2016, l'office AI a informé le précédent conseil du recourant de son intention de mandater les Drs Q.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ aux fins de procéder à une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique, lui impartissant un délai au 13 décembre 2016 pour formuler « des objections fondées portant sur le genre de l'expertise, la

spécialité prévue, de même que le nom de l'expert ». Il était précisé que, sauf contreproposition, le mandat définitif serait attribué aux experts désignés.

**bb)** Par pli du 6 décembre 2016, le précédent conseil du recourant a uniquement demandé que des questions supplémentaires soient posées aux experts proposés par l'intimé, sans remettre en question les personnes et spécialités envisagés. Dans ces conditions, c'est en vain que le recourant se plaint devant le Tribunal cantonal d'une désignation discrétionnaire et unilatérale. Faute d'avoir émis en temps utile une quelconque critique à l'endroit des médecins auxquels l'office AI se proposait d'attribuer le mandat d'expertise projeté, il ne saurait être suivi lorsqu'il laisse entendre que le choix de l'intimé aurait été dicté par le caractère notoirement rigoureux des appréciations des experts prénommés.

**b)** En second lieu, il se plaint d'irrégularités ayant entaché la notification de la décision entreprise.

Outre que l'on ne voit pas en quoi une notification en courrier prioritaire (A) contreviendrait à la réglementation applicable (cf. art. 44 LPA-VD), le fait que le délai de recours expire de ce fait la veille des fêtes ne saurait entraîner de préjudice pour le recourant.

**6.** La décision entreprise se fonde - dans le cadre de l'examen au long cours d'un cas complexe sur le plan médical, ayant donné lieu à des appréciations divergentes - sur les deux dernières expertises mises en œuvre sur le plan somatique d'une part (Dr Q.\_\_\_\_\_) et psychiatrique d'autre part (Dr N.\_\_\_\_\_) durant les mois qui ont précédé la décision litigieuse, expertises auxquelles l'intimé prête la force probante de départager les avis médicaux divergents qui constituent le dossier.

**a)** Au plan somatique, l'intimé a complété l'instruction pas la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, qui a été réalisée par le Dr Q.\_\_\_\_\_.

**aa)** Dans son rapport du 15 mars 2017, ce spécialiste a posé le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie (minime discopathie L4-L5 et anomalie transitionnelle L5-S1). Après avoir relevé que les lombalgies présentées depuis 1995 étaient devenues chroniques, l'expert a constaté, outre une cristallisation de la symptomatologie, l'apparition de douleurs polyinsertionnelles multiples faisant état d'une nette diminution du seuil de déclenchement de la douleur avec probablement en parallèle un déconditionnement de la musculature profonde entraînant une probable instabilité. Cependant, la trophicité musculaire était conservée et il n'y avait pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique. Aucun trouble sensitivomoteur n'a été mis en évidence. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a souligné que son appréciation rejoignait celle des Drs X.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, datées respectivement de 2005 et 2013, lesquels posaient les mêmes diagnostics. Cela étant, contrairement au Prof. F.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ estimait que la symptomatologie douloureuse ne pouvait être exprimée uniquement à l'aune des processus herniaires, dans la mesure où il n'y avait pas de signe parlant en faveur d'une atteinte irritative ou déficitaire. Quant aux infiltrations effectuées par le Prof. F.\_\_\_\_\_, elles n'avaient apporté aucune amélioration de la symptomatologie douloureuse en raison du caractère chronique des lombalgies présentées.

**bb)** S'agissant de la capacité de travail, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a considéré qu'elle était de 50% dans l'activité de maçon compte tenu des lésions lombaires. En revanche, dans une profession adaptée avec diminution des mouvements en porte-à-faux et excluant le port de charges supérieures à 10 kg, l'exigibilité était totale. Il convenait toutefois de tenir compte d'une diminution de rendement de 10%, en raison de la longue période d'inactivité professionnelle.

**cc)** Aucune pièce médicale au dossier ne justifie de s'écarter des conclusions circonstanciées figurant dans le rapport médical établi par

le Dr Q.\_\_\_\_\_ le 15 mars 2017, lequel remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Fruit d'une analyse approfondie du cas, il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, il contient une appréciation claire de la situation et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions, qui rejoignent par ailleurs celles retenues par le Dr X.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 avril 2005. On relèvera dans ce contexte que, le recourant présentant pour l'essentiel des atteintes affectant le rachis lombaire, il importe peu, contrairement à ce qu'il prétend, que l'expertise ait été réalisée par un médecin spécialiste en rhumatologie plutôt que par un médecin orthopédiste, dès lors que ces spécialités s'intéressent toutes deux au diagnostic et au traitement des maladies de l'appareil locomoteur (TF 9C\_474/2017 du 4 octobre 2017 consid. 4.2 et la référence). Au surplus, le Dr Q.\_\_\_\_\_ - pas plus que le Dr N.\_\_\_\_\_ - n'a fait état de difficultés de communication imputables à la perte auditive affectant le recourant.

**b)** La difficulté de la cause tient à la nature des atteintes sur le plan psychique, soit au diagnostic et à l'hypothétique caractère invalidant des troubles observés.

**aa)** Dans son rapport du 12 avril 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé pour seul diagnostic - sans répercussion sur la capacité de travail - celui de névrose de compensation, motivée par l'attitude revendicatrice du recourant à l'égard de l'assurance-invalidité, à laquelle s'associait une position de victimisation en vue d'obtenir une rente. L'expert a expliqué qu'il s'agissait de symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou un handicap physique mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Ce dernier adoptait une attitude histrionique (recherche de l'attention d'autrui) comprenant parfois aussi des plaintes surajoutées (habituellement non spécifiques) sans substrat somatique. Il réagissait habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou au handicap provoqué par son affection physique, tout en redoutant, parfois à juste titre, une persistance

ou une aggravation de son handicap ou de la douleur. En l'occurrence, l'insatisfaction relative aux résultats du traitement et des investigations ainsi que la déception quant à la qualité des soins médicaux étaient également susceptibles de représenter un facteur déclenchant chez le recourant ; il existait ainsi une motivation claire comme la recherche d'une compensation financière à la suite de l'accident de 1992, après lequel il n'avait plus été en mesure de travailler.

**bb)** Tout en retenant des traits de personnalité narcissiques et paranoïaques, le Dr N.\_\_\_\_\_ n'a pas mis en évidence de limitation fonctionnelle sur le plan psychique. Le recourant ne présentait aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents ou plus anciens. Il n'y avait pas non plus de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages, barrages ou réponses à côté. L'examen n'a pas révélé de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives. L'expert n'a pas davantage constaté d'idées interprétatives et de concernement, simples ou délirantes. Il n'a pas non plus observé d'euphorie, de logorrhée, de fuite dans les idées. Il n'y avait pas de comportement provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur, ni de contact familial avec l'expert. L'assuré ne présentait pas de signes de stress post-traumatique, de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ou de cauchemars. Le Dr N.\_\_\_\_\_ en a déduit que la capacité de travail du recourant était complète sur le plan psychiatrique, rejoignant en cela les Drs P.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_.

**cc)** On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr N.\_\_\_\_\_. Outre que ce spécialiste a pris la mesure de la complexité du cas et de sa mission d'en opérer une synthèse claire, il s'est livré à une anamnèse particulièrement complète et rigoureuse, rendant compte des appréciations multiples et divergentes qui ressortent du dossier. Son examen clinique et ce qu'il en déduit sont clairement exposés, et les différents diagnostics retenus par ses confrères systématiquement discutés. Si le recourant met en exergue les conditions ayant présidé au choix du Dr N.\_\_\_\_\_ pour atténuer la

valeur probante de son expertise, il n'allègue pas que le rapport établi à l'issue de celle-ci contiendrait des omissions significatives ou des erreurs manifestes à même d'en modifier diamétralement les conclusions. Ainsi, on ne voit pas en quoi les imprécisions dans l'anamnèse professionnelle établie par le Dr N.\_\_\_\_\_ auraient influencé les conclusions auxquelles l'expert est parvenu. Le recourant ne fait pas non plus mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés au cours de l'expertise et seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En particulier, il ne tente pas d'établir, au moyen d'une argumentation circonstanciée, les raisons pour lesquelles il estime que la préférence devrait être donnée au point de vue émis par le Dr R.\_\_\_\_\_. De plus, il n'existe pas de contradiction entre l'expertise réalisée par le Dr N.\_\_\_\_\_ et celle réalisée par le Dr D.\_\_\_\_\_, puisque tous deux concluent à une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique. On relèvera pour finir que le Dr J.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, ne s'est pas exprimé sur la teneur du rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ ni n'a communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par ce dernier. A la demande du conseil du recourant, il s'est limité à confirmer que son patient observait scrupuleusement le traitement prescrit et que celui-ci lui convenait.

**dd)** Dès lors, compte tenu de l'absence de pathologie psychiatrique à caractère incapacitant, il n'y a pas lieu d'examiner la situation au regard des principes applicables en matière d'évaluation de la capacité de travail en présence de maladies psychiques (cf. ATF 143 V 409 et 143 V 418).

**c)** A la lumière de l'appréciation convaincante des experts Q.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, il y a lieu de retenir que le recourant ne présente pas, faute de péjoration de son état de santé, respectivement d'atteintes invalidantes, une modification de sa capacité de travail, laquelle demeure entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il s'ensuit que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié de manière notable par rapport à la situation tranchée par la décision de suppression de prestations du 30 janvier 2008, entrée en force.

**7.** Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le sollicite le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipées des preuves ; ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 8C\_139/2016 du 24 octobre 2016 consid. 4.2). Une telle manière de voir ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

**8.** En définitive, en déniait le droit du recourant à une rente d'invalidité, la décision attaquée échappe à la critique. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue le 12 juin 2017.

**9. 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, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

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

**b)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré à compter du 14 juillet 2017 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

Le 13 décembre 2017, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure du 14 juillet à cette date. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 10 heures et 6 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), soit 1'818 fr., auxquels s'ajoutent 100 fr. de débours (art. 3 al. 3 RAJ), ce qui représente un montant total en faveur de Me Carré de 2'071 fr. 45, TVA au taux de 8% par 153 fr. 45 comprise.

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

**I.** Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 12 juin 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, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 2'071 fr. 45 (deux mille septante et un francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Olivier Carré, avocat (pour K. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :