

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 janvier 2020

Composition : M. NEU, président
Mmes Silva et Gabellon, assesseures
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 28 al. 1 let. b et c LAI

E n f a i t :

A. a) G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été embauché, du 1^{er} septembre 2006 au 31 octobre 2008, comme manœuvre (aide-coffreur non qualifié) pour le compte de la société B. _____ Sàrl, à [...]. Le 2 mars 2007, il a été victime d'un accident sur la voie publique, alors qu'il circulait au volant d'une camionnette sur l'autoroute. Il a présenté une incapacité totale de travail depuis lors. Après la prise en charge du cas, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a mis fin à ses prestations avec effet au 24 juillet 2007, les troubles subsistant au-delà de cette date n'étant plus en lien avec l'accident assuré (décision du 23 octobre 2007 confirmée sur opposition le 13 mai 2008 [pièce 24]). De son côté, l'assureur perte de gain R. _____ a cessé le versement des indemnités journalières au 6 décembre 2007, une capacité de travail entière étant imputée à l'assuré depuis l'arrêt des prestations servies par la CNA (décision du 4 avril 2008 [pièce 6]). Suivi par le Centre Social Régional (CSR) d'[,], l'assuré est bénéficiaire du Revenu d'Insertion (RI) depuis le 8 octobre 2007.

b) Le 27 mai 2008, il a été annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce. Une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente) a été formulée le 10 juillet 2008.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, après avoir pris connaissance des dossiers médicaux de l'assuré constitués par la CNA (pièce 24) et par R. _____ (pièce 29), l'OAI a obtenu les renseignements médicaux de son médecin traitant (rapport du 26 octobre 2008 de la Dre C. _____, spécialiste en médecine interne générale [pièce 33]).

Se fondant sur l'avis du SMR ([service médical régional de l'assurance-invalidité] ; rapport du 18 décembre 2008 du Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie), l'OAI a, par décision du 6 mars 2009, rejeté la

demande de prestations de l'assuré, estimant que, suite à l'accident de mars 2007, une capacité de travail entière avait été recouvrée dans toute activité dès le 24 juillet 2007. Cette décision n'a pas été contestée.

B. a) Le 19 février 2013, G._____ a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant un « problème avec le bras gauche, perte de la force et de la mobilité. Vertiges, troubles de la vue » depuis l'accident de mars 2007.

A l'invitation de l'OAI, l'assuré a produit divers avis médicaux (rapports des 31 mars [Dre C._____ ; pièce 51] et 15 avril 2013 [Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ; pièce 52]) sur lesquels le SMR a eu l'occasion de se déterminer (avis du 13 août 2013 du Dr Q._____).

Par projet de décision du 24 septembre 2013, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière substantielle depuis la dernière décision entrée en force.

Les 18 octobre 2013 et 8 janvier 2014, l'assuré a signifié son désaccord avec ce projet. Invoquant une « aggravation de son état de santé » en raison « de troubles somatoformes douloureux / comorbidité, qui revêtent un caractère invalidant », il estimait avoir droit à une rente entière à compter du 15 (recte : 19) février 2013. Se référant au rapport du 15 avril 2013 du Dr F._____, il a joint un « Questionnaire concernant les troubles somatoformes persistants » complété le 7 janvier 2014 par ce psychiatre (pièce 68).

b) Entrant en matière sur la demande de prestations (avis SMR du 28 janvier 2014), l'OAI a confié une expertise psychiatrique au W._____ (W._____), à [...] ([...]). Les Drs J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et V._____, médecin-assistant, ont établi leur rapport le 3 juillet 2014. Ils ont posé les diagnostics, avec effet sur la

capacité de travail, d'épisode dépressif sévère avec caractéristiques mélancoliques (F32.2) depuis au moins janvier 2009 et de trouble symptôme neurologique persistant avec présence de facteurs psychologiques ou trouble dissociatif mixte (F44.7) depuis mars 2007. Ils ont retenu une incapacité de travail totale dans toute activité depuis l'accident de mars 2007. Ils ont confirmé leurs conclusions aux termes d'un complément d'expertise du 18 août 2014.

Poursuivant l'instruction, l'OAI a confié à la D. _____ (D. _____) Centre d'[...] du CHUV, à [...], le soin de procéder à une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, rhumatologique, neurologique et psychiatrique), effectuée par les Drs A. _____, spécialiste en médecine interne générale, M. _____, spécialiste en neurologie, N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X. _____, spécialiste en rhumatologie. Se fondant sur leurs propres examens cliniques ainsi que sur l'analyse du dossier médical constitué les experts ont rendu leur rapport le 30 août 2016. Celui-ci résume les pièces médicales et administratives versées au dossier, procède d'une anamnèse psychosociale et professionnelle, relate l'évolution des troubles somatiques et psychopathologiques de l'assuré, décrit sa vie quotidienne et sociale, rapporte ses plaintes et rend compte du status clinique ainsi que des examens complémentaires pratiqués. Les experts ont retenu, sur la base de leur analyse, les diagnostics suivants :

“Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- Séquelles de lésions tendineuses des fléchisseurs des 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main droite post traumatiques (S66.8).

Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- Trouble dissociatif mixte (F44.7)
- Dysthymie”

Dans le corps de leur ouvrage, les experts ont notamment relevé que la « charpente musculaire et le relief sont préservés ». Au status, ils n'ont pas observé d'amyotrophie focale visible et ont constaté un périmètre des bras, avant-bras, poignets et des mains symétrique, pas de limitations fonctionnelle lors de la mobilisation passive tant des articulations rhizoméliques que périphériques. Il n'y avait pas de

dystrophie cutanée, ni d'asymétrie de la pilosité. L'expert neurologue a indiqué, pour sa part, que « la trophicité musculaire paraît conservée ».

Au titre de leurs conclusions, les experts ont notamment retenu les éléments suivants :

“Du point de vue rhumatologique, nous notons la présence de séquelles de probables lésions des tendons fléchisseurs de la main droite (plaie par arme blanche en 1980) avec cicatrice palmaire sur le tiers distal de l'avant-bras et sur les 4^{ème} et 5^{ème} rayons palmaires de la main droite avec défaut d'extension du majeur et de l'annulaire de cette main. Ces séquelles justifient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux de force nécessitant une préhension de la main droite, pas de travaux nécessitant une extension complète des doigts de la main droite. A noter que l'activité habituelle reste adaptée, les séquelles tendineuses existant depuis 1980 et n'ayant pas empêché l'expertisé de conduire son camion jusqu'alors. Concernant l'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche, il n'est pas objectivé d'anomalie clinique de l'appareil locomoteur pouvant expliquer la symptomatologie. Le bilan radiologique à disposition met en évidence des troubles dégénératifs de C5-C6 en rapport avec une évolution naturelle. En conclusion, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'expertisé est complète dans son activité antérieure.

Du point de vue neurologique, l'examen clinique chez un expertisé qui se montre peu collaborant et majorant de façon évidente ses plaintes est caractérisé à l'hémicorps gauche et surtout au membre supérieur gauche. L'ENMG [électroneuromyogramme] du membre supérieur gauche n'objective pas d'anomalie significative de même que l'EEG [électroencéphalographie]. La relecture des documents radiologiques permet d'observer un kyste temporo-insulaire droit banal. Les imageries du rachis cervical montrent de discrets troubles statiques et dégénératifs pluri-étagés sans compression neurologique. En conclusion, nous confirmons les appréciations médicales précédentes de tableau clinique peu cohérent et atypique sans substrat somatique. Nous réitérons donc le diagnostic de troubles sensitivomoteurs hémicorporels gauches à prédominance brachiale sans substrat somatique démontrable. Ce diagnostic n'engendre aucune limitation fonctionnelle ni d'incapacité de travail.

A l'examen psychiatrique, les plaintes de l'expertisé apparaissent d'emblée inductibles, surévaluées et incohérentes. Les signes d'une dépression sévère sont affichés de façon caricaturale avec un visage fermé, un discours laconique, une passivité et une dramatisation émotionnelle significative. Cependant, il n'est pas observé d'anxiété, d'inhibition majeure, pas d'idée de dévalorisation, pas d'idée de ruine, pas d'amaigrissement quantifiable, l'expertisé n'a pas d'idée noire. L'évaluation cognitive est rendue difficile par le manque de collaboration et des réponses particulièrement incohérentes. Le score de dépression sur l'échelle MADRS est de 17/60 et correspond au diagnostic non incapacitant de dysthymie. Nous rejoignons donc l'avis du Dr H. _____ qui de 2011 à 2012 n'objectivait pas de

symptôme dépressif franc. En revanche, nous nous distançons des conclusions des experts les Dr[s] V._____ et J._____ qui retenaient en 2014 le diagnostic d'état dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques évoluant depuis 2009. Les faibles performances cognitives de Monsieur G._____ constatées à certains moments du status, qui pourraient faire évoquer ce diagnostic, manquent suffisamment de cohérence pour ne pas être crédibles. Par ailleurs, nous ne retrouvons aucun élément clinique pouvant suggérer une mélancolie. L'expertisé n'a pas d'idée suicidaire et il n'est pas délirant, caractéristiques normalement associées à la mélancolie. A notre avis, la suggestibilité de Monsieur G._____ n'a pas été suffisamment prise en compte par les experts précédents. Par ailleurs, il faut noter que nos constatations s'effectuent alors que Monsieur G._____ n'a plus de suivi ni traitement psychiatrique depuis plusieurs mois. Nous retenons également le diagnostic de trouble dissociatif sur la symptomatologie fonctionnelle de l'hémicorps gauche. Concernant l'étude des nouveaux critères d'analyse des affections psychosomatiques, les limitations décrites dans la vie quotidienne par l'expertisé, en l'absence de pathologie psychiatrique et somatique incapacitante, sont à mettre sur le compte du déconditionnement de Monsieur G._____. La désinsertion sociale fait suite à ce déconditionnement et au surinvestissement dans sa symptomatologie psychique et physique. L'expertisé n'utilise pas ses ressources. Concernant la participation au traitement, Monsieur G._____ n'a actuellement plus de prise en charge psychiatrique. Les rapports du CHUV concernant la prise en charge neuropsychiatrique de 2011 signalent l'absence de volonté réelle de se reconditionner avec un défaitisme injustifié. Au vu du profil psychique de l'expertisé avec une faible motivation et une sous-exploitation de ses ressources, les mesures de réadaptation semblent vouées à l'échec pour des raisons non-médicales. L'étude des limitations fonctionnelles par le biais du mini-CIF-TAPP est limitée par la sous-évaluation de ses capacités par l'expertisé et les incohérences des plaintes, mais nous retenons tout au plus l'existence de faibles compétences spécifiques et d'une nette sous-utilisation des ressources cognitives et cela en l'absence de toute pathologie psychiatrique incapacitante. Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas d'argument probant pour ne pas considérer la capacité de travail de l'expertisé comme entière.

En conclusion et après discussion collégiale, la capacité de travail de Monsieur G._____ est estimée entière depuis 2009 dans son activité habituelle."

Après avoir requis le point de vue du SMR (avis du 20 septembre 2016 du Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et gériatrie), l'OAI a, par projet de décision du 13 janvier 2017, informé l'assuré de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations. Selon ses constatations, les renseignements médicaux recueillis ne faisaient pas état d'une atteinte à la santé incapacitante au

sens de l'assurance-invalidité ; il n'existait aucun élément objectif attestant que la capacité de travail de l'intéressé fût limitée.

Les 16 février et 24 mars 2017, l'assuré, par son assurance de protection juridique, a fait part de ses objections sur le préavis précité. Il maintenait avoir droit à une rente entière à compter du 19 février 2013 au vu de l'aggravation de son état de santé depuis la décision précédente du 6 mars 2009. Il a sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. L'OAI a enregistré au dossier les pièces médicales suivantes :

- réponses du 13 mars 2017 du Dr F._____ à un questionnaire adressé par le conseil de l'assuré. Ce psychiatre disait partager plutôt l'avis des experts du W._____, estimant que les répercussions de l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) excluaient l'exercice d'une activité professionnelle, ceci « au moins depuis juin 2008 » ;

- courrier du 23 mars 2017 au conseil de l'assuré, dans lequel les experts J._____ et V._____ ont répondu comme suit aux questions posées :

"1) L'expertise réalisée par les Drs X._____, A._____, N._____, se fonde-t-elle sur des examens médicaux complets ?

En ce qui concerne le volet psychiatrique de cette expertise réalisée par le Dr N._____, on est surpris de l'absence d'évaluation du bénéfice d'un traitement pharmacologique régulièrement pris ; notamment l'expert ne se prononce pas sur le traitement actuel, son éventuel changement depuis 2014 et ne propose pas non plus de dosage plasmatique afin de s'assurer de la compliance du patient, élément trahissant souvent un manque d'engagement du patient dans la thérapie et pouvant éventuellement confirmer les éléments caractéristiques soulevés par les experts dans leur contre-expertise. Ainsi, on ignore si M. G._____ a changé de traitement entre 2014 et aujourd'hui.

2) Prend-elle en considération l'ensemble des plaintes exprimées par celui-ci?

L'expertise du Dr N._____ invalide la plupart des plaintes de M. G._____ au motif d'un manque de cohérence interne, mais s'abstient de tirer les conséquences qui s'imposent, soit une incapacité authentique à se prendre en charge de manière autonome depuis l'accident. En effet, la passivité relevée par les

experts est comprise dans sa dimension caractérielle et ne semble pas tenir compte d'une notion clinique bien éprouvée de « belle indifférence », souvent associée au syndrome de conversion et ne permettant généralement pas d'en déduire un impact fonctionnel moindre, bien au contraire.

Par ailleurs, la confusion des réponses de M. G._____ est à certains moments utilisée pour démontrer son manque d'authenticité bien que l'expert s'appuie à d'autres endroits sur ces mêmes réponses, semblant alors ne plus douter de leur fiabilité. Ce faisant, l'expert semble choisir les réponses qu'il considère authentiques ou non selon le propos qu'il entend défendre, manquant ainsi lui-même de cohérence.

3) *Est-elle exhaustive quant aux problèmes de santé rencontrés par celui-ci ?*

Lors de nos entretiens avec l'expertisé, nous étions frappés par la pauvreté de son niveau de français et nous sommes surpris que l'expertise du Dr N._____ puisse affirmer l'absence d'atteinte cognitive en l'absence d'un bilan complet adapté à la langue maternelle du patient. L'expert se focalise sur un manque de cohérence interne des plaintes, en se gardant d'évoquer qu'un tableau inhomogène de déficits cognitifs est fréquemment retrouvé dans les troubles de conversion sans que cela ne s'avère pathognomonique d'un manque d'authenticité ni d'un véritable retentissement quant à la capacité de travail. En effet, le retentissement fonctionnel semble être uniquement extrapolé par l'expert sur la base d'incohérences qu'il soulève dans la présentation clinique, mais n'est jamais évalué par se.

4) *Fait-elle une étude fouillée de tous les points litigieux ?*

Le principal point litigieux que l'expertise relève est la contradiction entre le bilan psychiatrique réalisé lors du suivi multidisciplinaire de M. G._____ entre 2010 et 2012 au CHUV et notre appréciation de 2014. S'appuyant sur le rapport du Dr H._____, le SMR conclut à une incohérence, les Dr[s] V._____ et J._____ ayant retenu une dépression sévère depuis 2009. Ainsi, l'absence d'éléments en faveur d'une dépression durant ce suivi ne permet pas d'expliquer l'état cristallisé que nous avons pu constater en 2014 lors de notre expertise. Les intervenants du CHUV retiennent également l'absence d'amélioration de la symptomatologie en dépit d'essais pharmacologiques multiples et l'absence de preuve d'une mauvais[e] compliance de la part de M. G._____. L'hypothèse selon laquelle le suivi multidisciplinaire dont bénéficiait M. G._____ entre 2010 et 2012 ait pu être responsable, de par le cadre contenant qu'il offrait, de l'absence d'une symptomatologie dépressive marquée n'est pas proposée par l'expert. Notre évaluation de 2014, appuyée par des mesures psychométriques retenant une dépression sévère, ne nous apparaît pas incompatible avec une amélioration en 2016, d'autant plus que le Dr N._____ ne se prononce pas sur la prise d'un traitement sur cette période. Par ailleurs, relevons que l'évaluation faite par le CHUV était également en contradiction avec l'évaluation d'autres médecins ayant vu le patient compatibles avec son trouble de conversion dont la prise en charge en milieu somatique au CHUV était de

nature à le rassurer sur l'importance accordée à ses plaintes, un élément important dans les troubles de conversion, susceptible d'expliquer un tableau clinique où les éléments dépressifs auraient été moins marqués.

De manière générale, il ne nous semble pas utile devant des appréciations divergentes, de les opposer pour n'en choisir qu'une, mais plutôt de les interpréter dans leur globalité, ce que ne fait pas le Dr N._____.

Si les volets neurologique et rhumatologique de l'expertise ne retiennent pas de perturbations systématisées, cela ne saurait être un argument pour affirmer l'inauthenticité des plaintes, puisque telle est la définition d'un trouble de conversion.

5) *Partagez-vous les conclusions de l'expert N._____ et, si non, pourquoi ?*

En l'état, nous ne saurions partager les conclusions de l'expert N._____ qui sous-entend que son évaluation de 2016 étant différente de la nôtre de 2014, l'entièreté du tableau clinique depuis 2007 devrait être comprise à l'aune de son évaluation neuf ans plus tard. Nous maintenons notre appréciation de 2014, sans toutefois préjuger d'une amélioration entre ce moment et l'expertise du Dr N._____, réitérant qu'au moment de notre évaluation, le patient souffrait bel et bien d'une dépression sévère avec un retentissement majeur sur les activités de la vie quotidienne et la vie sociale, et d'un trouble de conversion avec plégie du membre supérieur handicapante. Si le Dr N._____ considère que l'évaluation de nos confrères du CHUV, qui ont suivi M. G._____ entre 2010 et 2012 et qui ne retiennent pas de dépression ni d'anxiété cliniquement caractérisée, fait foi, comment comprendre dans le même temps les certificats médicaux d'incapacité de travail de 100% durant cette même période par le Centre médical d[...] ? Relevons que les rapports du CHUV n'étaient pas joints au dossier AI initial et que c'est de notre propre initiative, soit des Drs V._____ et J._____, que ceux-ci ont pu être consultés et intégrés dans le tableau clinique général. Ainsi, M. G._____ serait en incapacité de travail pour ses médecins du Centre médical d[...] et pour nos confrères du CHUV, tout en nécessitant une prise en charge multidisciplinaire durant deux ans, ne souffrirait pas de dépression mais ne s'améliorerait pas cliniquement suffisamment non plus pour contredire les certificats médicaux d'incapacité totale. C'est pourtant uniquement l'appréciation du Dr H._____ qui semble faire foi aux yeux du Dr N._____, appréciation post hoc et pour ainsi dire par défaut puisqu'à aucun moment, le Dr H._____ n'a attesté que M. G._____ avait une capacité de travail de 100%. Dans son expertise, le Dr N._____ s'attache à relever les éléments d'incohérence qui permettent de soulever la confusion, mais ne prend à aucun moment le temps d'une appréciation globale du cas qui tienne compte de toutes les appréciations différentes et divergentes sans simplement trier celles qui lui donnent raison des autres, qui seraient donc de fait erronées. Selon nous, chaque thérapeute a jugé en son âme et conscience la situation de M. G._____ et il ne s'agit pas ici de savoir qui a raison ou tort, mais quel tableau clinique peut se caractériser par des appréciations si divergentes et le trouble de conversion

nous apparaît correspondre particulièrement à ce tableau clinique.”

Après avoir obtenu les déterminations du SMR du 23 avril 2017 (pièce 125) et celles du juriste de son office du 14 août 2017 (pièce 126), l'OAI a, par décision du 6 septembre 2017, entériné le refus de prestations, avec une motivation identique à celle de son projet du 13 janvier 2017. Une lettre d'accompagnement du même jour répondait aux objections soulevées en se référant aux deux avis précités.

C. G._____, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, a déféré cette décision de refus à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 10 octobre 2017, concluant à son annulation en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2009 et pour une durée indéterminée. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En substance, il a fait grief à l'intimé de s'être livré à une constatation inexacte et incomplète des faits en s'écartant des conclusions des experts du W._____, et de son psychiatre traitant (Dr F._____), lequel faisait état d'une aggravation de son état de santé psychique depuis la dernière décision du 6 mars 2009. Il a soutenu présenter une incapacité de travail totale dans toute activité.

Dans sa réponse du 13 décembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Le 22 décembre 2017, en réplique, le conseil du recourant a implicitement maintenu ses précédentes conclusions tout en réitérant sa requête d'une expertise judiciaire, « laquelle aura pour but de se déterminer sur l'état de M. G._____ eu égard aux critères jurisprudentiels posés par l'ATF 141 V 281 ».

Par avis du 10 janvier 2018, les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger. Elles n'ont pas procédé plus avant.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder cette prestation, ceci dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, déposée le 19 février 2013.

3. a) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Lorsque la rente a été refusée 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]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

c) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

d) aa) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques

assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

bb) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît

clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la

même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

e) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur

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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 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, 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 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. **a)** En l'espèce, à la suite du précédent refus de rente signifié le 6 mars 2009, l'intimé est entré en matière, à juste titre, sur la nouvelle demande déposée le 19 février 2013 par le recourant, compte tenu de la problématique somatoforme rendue plausible. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse du 6 septembre 2017, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

L'intimé a refusé ses prestations, singulièrement d'allouer une rente d'invalidité, au motif que le recourant bénéficie toujours d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée, telle celle habituelle de manœuvre.

Le recourant conteste quant à lui disposer d'une telle capacité de travail. Ce faisant, il critique le caractère probant de l'expertise effectuée en 2016 par le Dr N. _____ de la D. _____ qui, à ses yeux, ne satisfait pas aux standards requis par la jurisprudence en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de

troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. D'autre part, il oppose à ce spécialiste les avis divergents des experts du W._____ et de son psychiatre traitant.

b) Au moment de la décision du 6 mars 2009, le SMR (rapport du 18 décembre 2008 du Dr Q._____ [pièce 36]) n'a pas retenu d'atteinte principale à la santé, mais uniquement comme pathologies/diagnostics associés ne relevant pas de l'assurance-invalidité un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive en rémission partielle et un trouble somatoforme indifférencié avec hystérisation secondaire. Sur la base des éléments versés au dossier (pièces 24 et 29 notamment), le SMR a constaté une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le 24 juillet 2007.

c) Produit dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la D._____ (pièce 112) retient, au plan psychique, sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble dissociatif mixte (F44.7) ainsi qu'une dysthymie (F34.1).

Ayant fait l'objet d'un consilium, le rapport d'expertise psychiatrique établi par le Dr N._____ rend compte d'une anamnèse complète (personnelle, professionnelle, médicale) et soignée. Il se fonde sur un examen clinique effectué le 28 juin 2016 ainsi que sur une évaluation des symptômes dépressifs effectuée au moyen du questionnaire MADRS le même jour. Particulièrement convainquante, la motivation quant aux diagnostics retenus de même que les explications fournies quant à la divergence de positions entre l'expert et les médecins ayant examiné le recourant font l'objet de considérations approfondies et minutieuses. Il en va de même s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de ce dernier.

d) Afin de conférer pleine valeur probante au rapport d'expertise du 30 août 2016 de la D._____, il convient encore de s'assurer que l'expert N._____ a dégagé une appréciation concluante de

la capacité de travail du recourant à la lumière des indicateurs déterminants posés par la jurisprudence.

aa) En premier lieu, on observe que les diagnostics ont été établis *de lege artis* par l'expert, en référence à la codification internationale, soit la classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10). En outre, sous l'intitulé « Discussion », l'expert expose avec clarté en quoi son analyse diffère de celle de ses confrères et les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu d'autres pathologies.

bb) Quant au volet du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, l'expert N. _____ examine les éléments pertinents qui l'ont conduit à poser les diagnostics de trouble dissociatif mixte et de dysthymie. Il a retenu ce qui suit :

“L'évaluation actuelle nous met face à un expertisé qui adopte rapidement une attitude peu cohérente.

En effet, bien qu'il réussisse sans difficulté à organiser son discours, avec une mimique plaintive et fermée, l'expertisé échoue de façon caricaturale et peu crédible à de nombreuses questions qui tentent d'évaluer ses capacités cognitives. Il est peu plausible de rencontrer un expertisé incapable de situer le mois de l'entretien, alors que, sur d'autres plans il livre une anamnèse personnelle tout à fait cohérente. Il en est de même pour les épreuves de mémorisation. L'expertisé se dit incapable de répéter 3 mots (de façon immédiate), bien que ceux-ci lui soient répétés à plusieurs reprises. Cette attitude est particulièrement incohérente : un sujet qui souffrirait d'une démence grave obtiendrait de meilleurs résultats à cette épreuve.

L'hypothèse qui tiendrait à relier ces faibles performances cognitives à un état dépressif majeur, tel que postulé par les Drs V. _____ et J. _____, ne résiste pas de l'appréciation de nombreuses incohérences. L'expertisé n'affiche pas le ralentissement psychomoteur sévère des dépressions sévères. Initialement, lorsqu'il est interrogé sur son atteinte à la santé, l'expertisé mentionne uniquement des plaintes somatiques, qui restent donc, selon cette logique, au premier plan des diagnostics. Ce n'est que sur questions ciblées et de façon particulièrement inductible que l'expertisé répond par l'affirmative à de nombreuses questions, sans pouvoir toutefois préciser sa pensée. Cette attitude relève d'une nette tendance à la majoration des plaintes.

On ne retrouve par ailleurs aucunement les caractéristiques mélancoliques retenues lors de l'expertise de 2014. A ce sujet, les états mélancoliques sont associés à des symptômes spécifiques, qui n'apparaissent pas de façon probante dans le rapport d'expertise de

2014. En effet, les experts se contentent de décrire les critères généraux des épisodes dépressifs d'intensité moyenne ou sévère. Les états mélancoliques sont caractérisés par des idées délirantes ou des troubles des perceptions congruents à l'humeur. Or, ces éléments n'apparaissent aucunement lors de l'expertise psychiatrique précédente. A l'heure actuelle, l'expertisé manifeste des plaintes, à nouveau inductibles, qui paraissent nettement surévaluées et incohérentes, ce qui remet en question l'authenticité du tableau clinique dépressif. Il s'agit d'éventuels troubles perceptifs peu spécifiques, l'expertisé estimant « qu'il a parfois l'impression d'entendre ses enfants ». Dans les dépressions mélancoliques, il s'agit la plupart du temps de voix accusatrices, qui critiquent les faits et gestes de la personne ou qui le poussent à adopter des comportements suicidaires. Or, l'expertisé n'évoque aucune idée noire ou suicidaire. Par ailleurs, lors de l'entretien psychiatrique, il ne manifeste aucune attitude d'écoute compatible avec d'éventuels symptômes psychotiques. Le fait de décrire d'éventuels troubles des perceptions visuelles (une nouvelle fois de façon inductible) renforce le caractère peu authentique de la dépression. Ces troubles visuels ne sont pas caractéristiques des dépressions sévères à caractéristiques psychotiques.

Il en est de même pour les troubles de l'appétit, qui sont de leur côté peu objectivables, avec une perte pondérale que l'expertisé n'est pas en mesure de chiffrer.

Les troubles du sommeil s'inscrivent dans la même logique. Ils ne sont pas associés à des cauchemars qui mettraient en scène son accident ou d'autres thématiques de mort.

Face à un tableau clinique aussi incohérent, les plaintes de l'assuré doivent être considérées avec beaucoup de réserves. Les échelles psychométriques sont susceptibles d'être nettement majorées par des facteurs motivationnels. A mon avis, dans l'expertise de 2014, il n'en est pas suffisamment tenu compte. Si l'on tente de pondérer les plaintes de l'expertisé, avec les éléments discordants de l'observation clinique, une échelle de dépression MADRS donne actuellement un score de 17 points sur 60, compatible avec une symptomatologie dépressive très modeste, de l'ordre de la dysthymie. Ce diagnostic sera retenu face à un expertisé qui décrit bien des périodes de quelques jours ou de quelques semaines pendant lesquels il se sent bien, mais la plupart du temps, souvent pendant plusieurs mois consécutifs, il se sent fatigué et déprimé. Tout lui coûte et rien ne lui est agréable. Il rumine et se plaint, dort mal, perd confiance en lui, mais reste capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Les plaintes de l'expertisé rentrent donc dans la description de la dysthymie selon la CIM-10. Il s'agit d'une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité est insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Par ailleurs, il faut relever que ce diagnostic s'impose face à un expertisé qui ne suit pas de façon assidue un traitement psychiatrique et psychotrope (selon ses propos, son psychiatre « ne l'aurait plus appelé depuis plusieurs mois », raison de l'interruption du suivi). L'expertisé ne dispose donc plus d'une médication thymoléptique. Malgré cette absence de suivi et de médication, la dépression sévère affichée de façon caricaturale

par l'assuré reste peu cohérente, teintée de comportements de majoration.

On doit par conséquent mettre en doute le fait que les troubles psychiques de l'assuré puissent avoir été incapacitants par le passé, alors qu'il était supposé disposer d'une médication antidépressive.

Par conséquent, au vu de ce qui précède, mon avis rejoint celui formulé en 2012 par mes confrères au CHUV, qui notaient l'absence d'une symptomatologie anxio-dépressive significative. A mon avis, les autres avis qui figurent dans le dossier ne prennent pas suffisamment en compte la suggestibilité de l'expertisé et sa tendance à se fixer dans une attitude d'opposition et de revendication, qui peut en imposer pour une dépression sévère, alors qu'il s'agit avant tout d'une fixation pathologique dans la passivité et un statut de malade.

C'est dans ce contexte que peuvent également être interprétées les autres plaintes d'allure neurologique de l'expertisé. Le diagnostic de trouble dissociatif ne mérite pas, à mon avis, d'être remis en question face à des symptômes de perte partielle ou complète des fonctions normales sensitives et motrices, sans substrat anatomique démontré, dans le contexte d'un expertisé qui a de toute évidence mal surmonté l'atteinte narcissique constituée par son accident, sans qu'une symptomatologie précise d'état de stress post-traumatique n'ait jamais été retenue de façon pertinente (une telle symptomatologie est en outre absente à l'heure actuelle).

La question est donc de savoir, à la lueur des nouveaux critères d'analyse des affections psychosomatiques, si les troubles allégués par l'expertisé sont incapacitants ou ne le sont pas.

En ce qui concerne la catégorie degré de gravités fonctionnelles et le complexe atteinte à la santé, l'expression des éléments pertinents pour départager les diagnostics ont été discutés plus haut. En particulier, il faut rappeler ici la présentation discordante de l'expertisé, qui ne permet pas de valider de façon cohérente une pathologie thymique grave. Il existe donc chez l'assuré, en ce qui concerne ses plaintes psychiques, des processus d'amplification des plaintes, avec fixation dans un statut d'invalidé, avec des symptômes exprimés de façon démonstrative et peu cohérente sur le plan psychiatrique. Dans ce sens, les limitations importantes dans le quotidien alléguées par l'expertisé découlent directement de ce processus de déconditionnement, sans qu'une pathologie psychiatrique grave en soit responsable. La pathologie thymique, avancée par certains thérapeutes ou experts dans le dossier, n'apparaît pas de façon immédiate dans les plaintes de l'assuré, qui insiste bien sur l'importance des limitations ressenties sur le plan physique. Dans ce sens, on ne peut considérer qu'une pathologie de l'humeur est associée de façon prépondérante aux plaintes somatiques de l'assuré."

L'expert a également décrit le traitement thérapeutique et la réadaptation suivis par le recourant :

“En ce qui concerne le succès du traitement ou la résistance à cet égard, on constate un expertisé désinséré d'une prise en charge psychiatrique, qui ne dispose pas d'une médication thymoleptique, alors que sur le plan dépressif, seuls certains symptômes modestes, compatibles avec une dysthymie, sont observés. Par ailleurs, une observance fluctuante au traitement est bien relevée dans la prise en charge neurologique et psychiatrique du CHUV, qui correspond aux tendances de l'expertisé à s'enfermer dans son déconditionnement, sans réelle volonté d'exploiter ses ressources résiduelles.

Au sujet du succès de la réadaptation ou de la résistance à cet égard, le profil psychique de l'expertisé va dans le sens d'une faible motivation et d'une sous-exploitation de ses ressources, tel que cela apparaissait déjà lors de l'évaluation neuropsychologique réalisée à la SUVA, qui décrivait des incohérences marquées, ce qui reste d'actualité. On doit donc conclure au fait que l'expertisé va très rapidement mettre « les pieds au mur » pour toute démarche visant à regagner le circuit économique, sans qu'une atteinte psychiatrique grave n'en soit responsable.

La question des comorbidités a également été amplement discutée plus haut. Il faut encore relever ici que les plaintes somatiques de l'assuré sont nettement prépondérantes par rapport à un éventuel trouble thymique, dont l'importance mérite d'être relativisée.”

De même, l'expert N. _____ a dressé en ces termes un tableau de la structure de la personnalité du recourant :

“Au sujet de la personnalité de l'assuré, on ne peut relever aucun signe psychopathologique précoce ni aucun trouble psychique qui serait apparu durant l'adolescence qui se serait poursuivi à l'âge adulte dans les secteurs affectif, social, professionnel et associatif. Par ailleurs, l'expertisé décrit une scolarité correcte, avec de bons résultats, scolarité qui a été suivie du gymnase et même de deux années d'études supérieures, ce qui dénote de ressources intellectuelles que l'expertisé sous-exploite de façon évidente. Au sujet de l'exposition antérieure à d'éventuels traumatismes, on ne peut pas exclure certains événements qui se seraient produits durant la guerre. Mais ici également, il reste difficile de se faire une représentation précise des événements subis par l'expertisé, qui adopte un discours flou et fluctuant. Il précise en outre que la période passée au service militaire se serait bien déroulée. En Suisse, l'expertisé ne signale aucun conflit émotionnel dans le cadre sentimental. Ses relations professionnelles auraient toujours été équilibrées. De fait, la personnalité, considérée dans son ensemble, dispose de ressources pour répondre aux exigences habituelles de la vie professionnelle et sociale.”

Quant au contexte social, l'expert a mis en évidence ce qui suit :

“Au sujet du complexe contexte social, on constate un expertisé qui s'inscrit depuis plusieurs années dans le déconditionnement, ce qui génère une baisse de l'insertion socioprofessionnelle. L'expertisé surinvestit sa symptomatologie psychique et physique. Sur le plan médico-théorique, l'expertisé dispose de plus de ressources que ce qu'il veut bien montrer et on ne peut conclure que son trouble psychique génère, à lui seul, la désinsertion sociale.”

cc) Concernant le critère de la cohérence, particulièrement pertinent dans les cas de troubles psychiques afin de parvenir à une appréciation globale des limitations fonctionnelles, l'expert a mentionné les éléments suivants :

“Au sujet de la cohérence, pour les mêmes raisons, on ne peut conclure à une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables à la vie. Encore une fois, bien qu'il ne ferait plus rien sur le plan amical, social et relationnel, cette attitude résulte d'une chronification dans une attitude victimaire, apparue suite à son accident. On sent que l'expertisé s'est habitué à vivre de façon dépendante de son entourage, en sous-exploitant nettement ses ressources personnelles.

Enfin, vu certains éléments qui décrivent une faible adhésion aux prises en charge thérapeutiques, chez un expertisé qui s'enferme très rapidement dans le défaitisme et le sentiment « que personne ne peut l'aider », le poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation doit nettement être relativisé.

Si l'on estime ensuite l'équilibre entre les ressources et les limitations fonctionnelles par le biais d'un instrument comme le mini-CIF-TAPP, l'expertisé dispose théoriquement de capacités cognitives qui lui permettraient de s'adapter à des règles et routines autres que celles de sa vie régressée à domicile. Ses plaintes cognitives sont caricaturales et incohérentes. L'expertisé dispose de capacités résiduelles à planifier et structurer les tâches. Au vu de sa vie associative, professionnelle et relationnelle avant son accident, l'expertisé dispose d'une personnalité flexible, qui lui permet de s'adapter à la nouveauté. Par contre, on doit tenir compte de faibles compétences spécifiques. La capacité de jugement et de prise de décision se heurte également à une nette sous-utilisation des ressources cognitives par l'assuré, ce qui ne découle pas d'une pathologie psychiatrique grave. Sa capacité d'endurance est également bien plus importante que ce que décrit l'assuré. Les capacités d'affirmation sont, sur le plan médico-théorique, plus élevées que celles alléguées par l'assuré. Il en est de même concernant le sens du contact envers les tiers et la capacité d'évoluer au sein d'un groupe. Les relations proches sont par ailleurs préservées. Il est difficile de se positionner sur les activités spontanées de l'expertisé, qui a tendance à donner une vision majorée de ses déficits. L'hygiène et les soins corporels, de même que les capacités de déplacement, ne posent pas problème.

Au final, en tenant compte de ces indicateurs, je ne retiens pas d'argument probant pour évoquer, comme le font d'autres thérapeutes ou experts, une pathologie psychiatrique grave qui justifierait une baisse de la capacité de travail. Le pronostic et l'éventuel retour de l'expertisé sur le marché du travail dépendront, dans cette situation, principalement de facteurs motivationnels et socioculturels, qui s'écartent d'une atteinte médicale stricte."

e) Au vu de ce qui précède, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par l'expert N._____ sur la capacité de travail du recourant emportent la conviction. Elles se fondent sur une grille d'indicateurs pertinents dans le cas d'espèce, en accord avec la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière.

f) Cela étant, dans leur courrier médical du 23 mars 2017 établi à l'intention du conseil du recourant, les Drs J._____ et V._____ mettent en doute le caractère probant de l'expertise de leur confrère psychiatre de la D._____. Les médecins du W._____ avaient rendu leur rapport le 3 juillet 2014, concluant à un épisode dépressif sévère avec caractéristiques mélancoliques présent depuis au moins janvier 2009 et à un trouble neurologique fonctionnel persistant depuis l'accident du 2 mars 2007 ; cela justifiait, selon ces médecins, une incapacité de travail totale en toute activité depuis cet accident. Les Drs J._____ et V._____ n'ont cependant pas fourni d'indications sur les ressources de l'assuré, sur la cohérence ou le traitement. Ainsi, leur expertise ne peut être examinée à l'aune des indicateurs en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281). Par ailleurs, dans leur dernier courrier, les Drs J._____ et V._____ ne se fondent sur aucun nouvel examen clinique, procédant en définitive d'un simple second avis différent. Quant aux réponses du 13 mars 2017 du psychiatre traitant (Dr F._____) au conseil du recourant, elles ne comportent pas de réelle motivation quant à sa prise de position différenciée, laquelle semble plutôt empreinte d'empathie.

g) Partant, le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la D._____ du 30 août 2016 - dont les observations et les conclusions relevant de la médecine interne, de la rhumatologie et de la neurologie

n'ont à juste titre pas été remises en cause – satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. D'excellente facture, fruit d'un travail méticuleux et coordonné, il comporte une anamnèse complète et fouillée de la situation de l'assuré, une discussion claire et motivée des diagnostics retenus, et des conclusions médicales étayées et convaincantes. Celles-ci seront donc suivies. Ainsi, en l'absence d'atteintes incapacitantes aux plans de médecine interne, neurologique, rhumatologique et psychique depuis la dernière décision entrée en force du 6 mars 2009, le recourant est réputé conserver une capacité de travail entière dans toute activité. Ceci exclut le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.

5. Au vu des considérants qui précèdent et en application du principe de l'appréciation anticipée des preuves, il y a lieu d'admettre que l'administration de preuves supplémentaires – en particulier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire sur le plan psychique telle que requise – ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent et s'avère par conséquent superflue (cf. ATF 144 II 427 consid. 3.1.3, 140 I 285 consid. 6.3.1, 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, et 119 V 335 consid. 3c avec la référence).

6. a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de G. _____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA (pour G._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :