

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juillet 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu, juge, et Mme Feusi, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant, représenté par Me Aba Neeman avocat à Montreux,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI ; 87 RAI.

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, travaillait pour l'entreprise C. _____ en tant qu'opérateur de constructions métalliques. Le 29 janvier 2008, il a mis un pied dans un plancher troué et s'est blessé à l'épaule droite en essayant de se retenir. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

Le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a opéré cette épaule le 2 mai 2008. Il a procédé à une décompression sous-acromiale et acromio-claviculaire et a retenu le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs en projection du sous-scapulaire et du sus-épineux (cf. protocole opératoire du 5 mai 2008). En raison de complications de la cicatrice post-opératoire, il a cautérisé la plaie le 30 juin 2008.

Dans l'intervalle, le 28 mai 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Au vu de la persistance des douleurs et d'une impotence fonctionnelle de l'épaule droite, l'assuré a séjourné du 25 novembre au 24 décembre 2008 à la D. _____ (ci-après : la D. _____). Sur le plan somatique, les spécialistes ont fait état d'une incapacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle jusqu'au 24 janvier 2009, à réévaluer par la suite. Au plan psychiatrique, le Dr M. _____, psychiatre, n'a pas retenu de psychopathologie notoire, mais a relevé un sentiment d'insécurité du patient (cf. rapport de consilium psychiatrique du 27 novembre 2008).

Le 17 mars 2009, le Dr J. _____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatique, a procédé à un examen clinique de l'assuré. Ce dernier lui a notamment fait part de douleurs persistantes à l'épaule droite irradiant dans la nuque, de

douleurs rétro-auriculaires gauches avec irradiation dans la nuque, ainsi que de douleurs de l'épaule gauche irradiant dans le bras. Le Dr J. _____ a retenu que toute activité ne demandant pas de gestes au-dessus du niveau des épaules, d'effort, de mouvement répétitif ou en force des membres supérieurs était exigible sans limitation de temps ni de rendement (cf. rapport du 17 mars 2009).

Dans un rapport du 15 mars 2010 à l'OAI, le Dr W. _____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales avec tendinopathie du sus-épineux droit sur status post-réparation par arthrotomie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec acromioplastie et résection de la clavicule distale, compliquée d'une infection post-opératoire profonde traitée par antibiothérapie. Le Dr W. _____ a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité. Il a joint divers rapports médicaux.

Dans un avis médical du 19 juillet 2010, le Dr G. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu qu'un travail n'imposant pas d'activité avec les membres supérieurs au-dessus de la ligne des épaules, ni le port de charges, ni de mouvements répétitifs ou en force avec les membres supérieurs, et ne requérant pas une grande précision avec une vision binoculaire, était exigible à 100 % depuis le mois de mars 2009.

Par projet de décision du 18 août 2010, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2009. Il a expliqué que l'assuré avait présenté une capacité de travail nulle dans toute activité, puis qu'à compter du 17 mars 2009, soit à la date de l'examen par le Dr J. _____, il avait recouvré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. L'assuré a contesté ce projet.

Le 29 septembre 2010, le Dr W. _____ a adressé un rapport à l'OAI, dans lequel il a exposé que l'assuré présentait des douleurs de l'épaule droite post-traumatiques et un conflit sous-acromial de l'épaule gauche. Une imagerie par résonance magnétique de l'épaule gauche

réalisée le 9 juin 2010 avait montré une discrète bursite sous deltoïdienne en relation avec un conflit sous-acromial.

Par décision du 26 octobre 2010, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2009.

Par arrêt du 28 janvier 2013, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par l'assuré à l'encontre de cette décision (CASSO AI 404/10 - 16/2013). Sur le plan psychique, elle a considéré qu'il n'y avait pas lieu de constater une incapacité de travail.

Par arrêt du même jour, la Cour de céans a rejeté le recours de l'assuré contre une décision sur opposition du 25 mars 2011 de la CNA, par laquelle cette dernière lui avait alloué une rente fondée sur un taux d'invalidité de 11 % dès le 1^{er} janvier 2011 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, compte tenu de ses atteintes à l'épaule droite (CASSO AA 47/11 - 3/2013).

B. Le 21 décembre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état de douleurs aux épaules et de troubles psychiques.

Dans un rapport du 8 janvier 2013 à l'OAI, le Dr W._____ a indiqué qu'à la suite de la chronification des scapulalgies bilatérales en 2008, son patient présentait depuis une année environ des troubles psychiques de type anxiété et agoraphobie avec crainte de quitter le domicile, peur de la foule et des grandes surfaces, ce qui le poussait à des conduites d'évitement. Le médecin a expliqué avoir adressé l'assuré au Dr V._____, psychiatre. La situation ne s'était guère améliorée et le patient ne pouvait notamment pas sortir seul, son épouse devant l'accompagner à chaque déplacement. Le Dr W._____ a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité.

Dans un rapport du 13 juin 2013 à l'OAI, le Dr V._____ a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de trouble

de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive sévère (F43.2), de trouble somatoforme avec somatisations (F45), de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8) chez une personne avec probable autre trouble de la personnalité (type psychotique) préexistant (F60.8), de status post-opératoire compliqué de sepsis généralisé suite à des déchirures ligamentaires de l'épaule ayant entraîné une menace vitale en 2008, avec cervico-brachialgies résiduelles. Ces atteintes existaient depuis 2008, excepté s'agissant du trouble de la personnalité, lequel était antérieur. Le Dr V._____ a encore retenu un urticaire chronique depuis 2011 et une agoraphobie depuis 2012. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a fait état d'une énucléation accidentelle d'un œil dans l'enfance et a renvoyé aux rapports du médecin traitant pour le surplus. Le psychiatre a attesté une incapacité de travail totale depuis le 24 mai 2011, date où il avait commencé à suivre l'assuré. Pour l'incapacité antérieure, il y avait lieu de se référer au médecin traitant. Le Dr V._____ a expliqué que l'assuré lui avait été adressé en 2011 dans un contexte de symptomatologie sévère avec idéation suicidaire et retrait régressif à domicile avec symptômes psychotiques (perplexité, mélancolie). Le patient avait été chroniquement aux prises d'angoisses de type psychotique, et était de plus sévèrement déprimé en 2011. La thymie s'était améliorée au bénéfice du traitement antidépresseur, mais avait révélé un fonctionnement psychotique sous-jacent, lequel s'était trouvé décompensé par l'accident subi en 2008 et ses complications post-opératoires. Actuellement, le patient demeurait notamment avec des moments de perplexité fréquents et vivait la majorité du temps reclus à domicile. Il n'avait cependant plus d'idées suicidaires. Le pronostic était défavorable.

Dans un rapport à l'OAI du 27 juin 2013, le Dr W._____ a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de cervico-brachialgies droites, de status post-réparation par arthrotomie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite en 2008, de scapulalgies à gauche sur tendinopathie du sus-épineux compatible avec une déchirure partielle depuis 2010, d'urticaire chronique depuis 2011, ainsi que de troubles anxieux et phobiques avec agoraphobie depuis 2012. Sans effet sur la

capacité de travail, il a notamment retenu le diagnostic de status post-cure de hernie inguinale gauche récidivante suivie d'une syncope vasovagale le 29 avril 2013. Le patient présentait des limitations fonctionnelles aux épaules, était limité en ce qui concernait le port de charges et avait une capacité de résistance restreinte. Il ne pouvait exercer aucune activité. Le Dr W. _____ a notamment joint à son envoi les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 31 janvier 2012 du Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé au Dr R. _____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, proposant d'investiguer si les douleurs aux épaules avaient pour origine un problème autour de la racine de C5 ;
- un rapport du 9 avril 2012 du Dr B. _____, neurologue, retenant qu'il n'y avait aucun argument pour une atteinte radiculaire ou tronculaire sous-jacente pouvant expliquer les scapulalgies de l'assuré ;
- un rapport du 22 mai 2012 du Dr A. _____, spécialiste en allergologie et immunologie, posant le diagnostic d'urticaire chronique et préconisant un traitement médicamenteux avec un sevrage d'ici six à neuf mois ;
- un rapport du 18 juillet 2012 du Dr R. _____ au Dr W. _____, relevant que la situation évoluait bien, avec la réponse du Dr T. _____ qui était rassurante sur le plan du status des deux épaules et celle du Dr B. _____ qui permettait d'exclure une origine cervicale aux douleurs actuelles. Le diagnostic à poser était donc uniquement celui de douleurs séquellaires de sensibilisation du système nerveux. Le traitement à prévoir était essentiellement médicamenteux ;
- un rapport du 2 mai 2013 du Dr P. _____, chirurgien, indiquant que l'assuré avait été opéré d'une hernie inguinale gauche récidivante le

29 avril 2013 (première opération en 1992), avec des suites opératoires simples, de sorte qu'il avait pu rentrer chez lui le lendemain. L'incapacité était totale jusqu'au 10 mai 2013 ;

- un rapport du 7 mai 2013 du Dr DD._____, médecin à l'H._____, posant le diagnostic de syncope vasovagale et expliquant que l'assuré avait été hospitalisé pour un malaise avec perte de connaissance survenu le soir de son retour à domicile, soit le 30 avril 2013. Il avait pu rentrer chez lui deux jours après au vu de la bonne évolution clinique.

Dans un avis médical du 15 novembre 2013, le Dr X._____, médecin au SMR, a relevé que la décision du 26 octobre 2010 de l'OAI prenait déjà en compte les plaintes psychiques de l'assuré, puisque selon le Dr V._____, les diagnostics qu'il retenait existaient déjà lorsque l'assuré avait été examiné en 2009 [recte : 2008] par un psychiatre lors de son séjour à la D._____.

Le 16 avril 2014, l'OAI a demandé à la CNA une copie du dossier de l'assuré.

Par décision du 1^{er} octobre 2014, confirmant un projet du 25 juillet 2014, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à un reclassement et à une rente d'invalidité. Il a retenu que son état de santé ne s'était pas modifié depuis la décision du 26 octobre 2010.

Par arrêt du 30 juin 2015, la Cour de céans a admis le recours formé par l'assuré contre cette décision, l'a annulée et a renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique (CASSO AI 252/14 - 171/2015). Elle a considéré que les éléments relevés par le Dr V._____ rendaient vraisemblable une aggravation importante de l'état de santé psychique de l'assuré dans le courant de l'année 2011. En revanche, sur le plan somatique, l'état de santé ne paraissait pas s'être modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Cet arrêt est entré en force.

Le 8 juin 2016, le Dr W._____ a transmis à l'OAI un rapport établi le 31 mai 2016 par les Drs L._____ et N._____, médecins au Z._____. Ils retenaient le diagnostic de troubles neuro-cognitifs légers, essentiellement attentionnels et exécutifs, probablement d'étiologie thymique. La thymie était légèrement anxieuse, sans toutefois d'éléments de la lignée psychotique. Ils préconisaient la poursuite du suivi psychothérapeutique et relevaient que sur le plan strictement neuropsychologique, la conduite d'un véhicule à moteur était contre-indiquée.

Le 1^{er} mars 2017, l'assuré, par son conseil Me Aba Neeman, a fait parvenir à l'OAI les documents suivants :

- des résultats d'analyses effectuées le 7 septembre 2016 ;
- un rapport du 27 janvier 2017 adressé par le Dr V._____ à Me Neeman, relevant qu'il avait fait état en 2013 d'un diagnostic de trouble de la personnalité psychotique décompensé avec modification durable de la personnalité, lequel n'avait à tort pas été retenu par les médecins du SMR et de la CNA. La clinique actuelle laissait penser que les capacités psychologiques du patient s'amoindrissaient ;
- un rapport à l'OAI du 27 janvier 2017 du Dr V._____, posant les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, d'autre trouble de la personnalité (type psychotique) (F60.8) avec une péjoration progressive depuis au moins 2013, de troubles neuro-cognitifs légers essentiellement attentionnels et exécutifs objectivés en 2016, de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8), de trouble somatoforme avec somatisations (F45) et d'agoraphobie. Les diagnostics n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail étaient ceux d'énucléation accidentelle d'un œil, de status post-opératoire compliqué de sepsis généralisé à la suite de déchirures ligamentaires de l'épaule ayant

entraîné une menace vitale en 2008 avec cervico-brachialgies résiduelles, ainsi que d'urticaire chronique. Pour les autres affections somatiques, le Dr V._____ renvoyait au médecin traitant de l'assuré. Depuis son dernier rapport en 2013, il constatait une évolution défavorable, avec l'amplification des symptômes psychotiques (perplexité et mélancolie). L'incapacité de travail était totale depuis le 24 mai 2011, l'incapacité antérieure étant établie par le médecin traitant.

Faisant suite à l'arrêt du 30 juin 2015 de la Cour de céans, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, confiée au Dr Q._____, psychiatre. Celui-ci s'est entretenu avec l'assuré le 24 août 2017, en présence d'un interprète. Dans un rapport du 26 août 2017, le spécialiste a posé les diagnostics de dysthymie existant depuis 2013 et d'agoraphobie depuis 2012, lesquels n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci était entière dans l'activité habituelle et il n'y avait actuellement aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique, mais il était probable qu'une incapacité de travail ait existé entre 2011 et 2013. Le déconditionnement professionnel, l'âge et les velléités régressives (passivité, déresponsabilisation) de l'assuré avaient été écartés dans la détermination du degré d'incapacité de travail. Le pronostic devait être qualifié d'incertain, voire de défavorable, au vu notamment de la durée des troubles.

Dans un avis médical du 6 septembre 2017, le Dr X._____ s'est rallié aux conclusions du Dr Q._____ et a retenu une incapacité de travail totale du 24 mai 2011 au 31 décembre 2013.

Par projet de décision du 19 septembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière du 1^{er} juin 2013 au 31 mars 2014. Il a expliqué que le droit à la rente ne pouvait prendre naissance qu'à partir du 1^{er} juin 2013, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle il avait fait valoir son droit aux prestations. En outre, il avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le 1^{er} janvier 2014. En présence d'une amélioration

de l'état de santé et de la capacité de gain, le droit à la rente prenait fin à la fin du troisième mois suivant l'amélioration, soit le 31 mars 2014.

Le 19 octobre 2017, l'assuré, par son conseil, a contesté ce projet, en faisant valoir que son état ne s'améliorait pas et qu'il était toujours incapable de travailler. Il s'est notamment fondé sur les rapports des Dr V._____, N._____ et L._____.

Par avis médical du 7 décembre 2017, le Dr X._____ a maintenu ses conclusions. Il a relevé que le Dr Q._____ avait exposé les raisons qui l'avaient amené à s'écarter de l'appréciation du Dr V._____. L'expert avait en outre eu connaissance des documents mentionnés par l'assuré dans son courrier d'opposition. Enfin, celui-ci n'évoquait pas de modification de son état de santé psychique depuis son examen par l'expert.

Dans un courrier du 9 janvier 2018, l'OAI a expliqué à l'assuré que sa contestation n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, en reprenant les points relevés par le Dr X._____.

Par décision du 16 avril 2018, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière limitée à la période du 1^{er} juin 2013 au 31 mars 2014.

C. Par acte du 18 mai 2018, I._____, toujours représenté par Me Neeman, a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, en concluant principalement à sa réforme en ce sens de l'octroi d'une rente entière sans interruption depuis le 1^{er} juin 2013, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour la réalisation d'une nouvelle expertise. Il a fait valoir que plusieurs médecins avaient constaté une péjoration de son état de santé, tant au niveau physique que psychologique. Par ailleurs, le rapport d'expertise du Dr Q._____ mettait en évidence un pronostic incertain et défavorable. Ce spécialiste s'était en outre limité à une appréciation des troubles psychologiques, sans aborder la question des douleurs, lesquelles influençaient forcément son état de santé. L'expertise ne semblait ainsi pas répondre à l'ensemble des

questions de manière crédible et exhaustive. Le Dr Q._____ était le seul médecin à ne l'avoir examiné qu'à une seule reprise et n'avait en outre pas réussi à joindre le Dr V._____ avant d'établir son rapport. Le recourant a fait valoir que les troubles dont il souffrait n'avaient pas cessé après le 31 mars 2014 et qu'ils résistaient aux traitements. En annexe, il a joint :

- une lettre du 23 octobre 2017 adressée par le Dr W._____ à Me Neeman, relevant que l'expertise du Dr Q._____ avait seulement survolé et non commenté les éléments somatiques, ce qui était logique pour une expertise psychiatrique. Le Dr W._____ ne pouvait ainsi donner son avis et recommandait de prendre contact avec le Dr V._____ ;
- un courrier du 5 mars 2018 du Dr V._____ à Me Neeman, indiquant que depuis le 1^{er} janvier 2014, l'assuré avait présenté une persistance d'un état d'humeur abaissé, d'une hypomimie marquée, d'un élan vital très diminué et d'un important pessimisme avec perte d'intérêt pour les domaines qui l'intéressaient. Le patient avait aussi relevé des hallucinations visuelles ponctuelles sous forme d'une araignée, particulièrement lorsqu'il avait mal à la nuque, ce qui n'avait pas été retenu par l'expert. L'état clinique restait superposable à celui décrit dans le rapport qu'il avait adressé à l'OAI en 2017. La thymie s'était améliorée depuis 2013, en raison de l'amendement des idées suicidaires initiales de 2011, mais les symptômes susmentionnés persistaient néanmoins. Ses intolérances aux traitements médicamenteux tentés et son incapacité introspective laissaient a priori le patient dans une incapacité à se rétablir. Le Dr V._____ a maintenu son diagnostic de modification durable de la personnalité, lequel consistait dans la révélation et la fixation symptomatique psychiatrique des traits psychiques psychotiques. Au-delà du débat diagnostic, il lui était toujours apparu que son patient restait en incapacité de travail totale au-delà du 1^{er} janvier 2014 en raison de ses troubles symptomatiques persistants dans la durée, même si cela avait été discuté sur le plan

médico-théorique expertal. Enfin, le Dr Q._____ prétendait ne pas avoir réussi à le joindre alors qu'il n'avait pas eu connaissance d'une telle tentative de sa part. Il aurait pu expliquer à l'expert les points apparaissant imprécis quant aux diagnostics avancés en lien avec la clinique observée.

Dans sa réponse du 18 juin 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse. Il a relevé que l'aspect somatique ne justifiait pas un complément d'instruction, selon l'arrêt du 30 juin 2015 de la Cour de céans. La situation ne paraissait pas s'être modifiée de façon à influencer les droits de l'assuré. Ce point n'avait pas non plus été soulevé valablement au cours de l'instruction complémentaire. Il a joint un avis médical établi le 5 juin par le Dr X._____, selon lequel le Dr V._____ n'avait décrit aucune aggravation notable et durable de l'état de santé de l'assuré depuis l'examen par l'expert en août 2017. Il s'agissait d'une appréciation différente d'une situation similaire.

Par décision du 27 juin 2018, le juge en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 mai 2018, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Aba Neeman.

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. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2013, singulièrement sur son degré d'invalidité dès le 1^{er} avril 2014.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). En revanche, 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). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

4. a) 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 une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient 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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 21 décembre 2012 par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de ce dernier s'est modifié depuis la décision du 26 octobre 2010, confirmée par jugement du 28 janvier 2013, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen complet de son droit à la rente (cf. consid. 3b supra), la décision du 1^{er} octobre 2014 ayant été annulée par la Cour de céans.

a) Sur le plan somatique, le Dr W._____ a retenu, dans son rapport du 27 juin 2013, des scapulalgies, des cervico-brachialgies, un urticaire chronique et un status post-cure de hernie inguinale gauche. Il a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité. Cependant, les douleurs aux épaules et les cervico-brachialgies ne sont pas nouvelles (cf. rapport du 17 mars 2009 du Dr J._____, rapport du 15 mars 2010 du Dr W._____). Elles ont fait l'objet de la première demande de prestations. Les limitations fonctionnelles décrites par le Dr W._____, liées aux épaules, ont déjà été relevées à l'époque (cf. avis médical du 19 juillet 2010 du SMR). Par ailleurs, la cure de hernie s'est bien déroulée et l'incapacité de travail qui en a résulté a duré moins de deux semaines. Pour le surplus, la Cour de céans a considéré, dans son arrêt du 30 juin 2015, que l'état de santé physique du recourant ne s'était pas modifié par rapport à celui qui prévalait au moment de la décision du 26 octobre 2010 de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Le renvoi à l'OAI pour complément d'expertise ne concernait que le plan psychique (cf. CASSO AI 252/14 - 171/2015). Les pièces figurant au dossier ne mettent pas en évidence une éventuelle aggravation survenue depuis cet arrêt. Le recourant, se limitant à mentionner qu'il souffre toujours de cervico-brachialgies, n'indique pas non plus en quoi son état de santé somatique se serait détérioré.

L'incapacité de travail totale dans toute activité attestée par le Dr W._____ n'avait au demeurant déjà pas été suivie à l'époque, pour ce qui concerne la période dès mars 2009 (cf. rapport du 15 mars 2010 du

Dr W._____). En effet, contrairement au médecin généraliste traitant, l'OAI, puis la Cour de céans avaient considéré que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter de mars 2009, correspondant à la date de l'examen du recourant par le Dr J._____ (cf. décision du 26 octobre 2010 de l'OAI confirmée par l'arrêt CASSO AI 404/10 - 16/2013).

Force est ainsi de constater que sur le plan somatique, l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré depuis la décision du 26 octobre 2010 de manière à lui ouvrir le droit à une rente.

b) Au plan psychique, le recourant se fonde principalement sur les rapports du Dr V._____, lequel a attesté une incapacité de travail totale depuis le 24 mai 2011, date du début du suivi psychiatrique.

Toutefois, dans son rapport d'expertise du 26 août 2017, le Dr Q._____ retient qu'il y a certes eu une incapacité de travail probable entre 2011 et 2013, mais que l'assuré a recouvré une capacité de travail entière dans l'activité habituelle au-delà de cette période. Le Dr Q._____ a établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse. En particulier, même s'il n'a pas eu de contact personnel avec le Dr V._____, il a examiné avec soin ses rapports des 13 juin 2013 et 27 janvier 2017. Le Dr Q._____ a en outre pris en compte les plaintes du recourant, lequel a notamment pu s'exprimer lors d'un examen qui s'est déroulé en présence d'un interprète. Enfin, l'expertise contient une description et une appréciation claires de la situation médicale, ainsi que des conclusions bien motivées.

En effet, pour la période passée, le Dr Q._____ n'a pas exclu une incapacité de travail entre 2011 et 2013. Il s'est basé sur le rapport du 13 juin 2013 du Dr V._____, lequel relevait que l'assuré lui avait été adressé en mai 2011 dans un contexte de symptomatologie dépressive sévère avec idéation suicidaire et retrait régressif à domicile. Le Dr Q._____ a cependant observé, sur la base des indications du Dr V._____, que l'état de l'intéressé avait évolué positivement dans le

courant de l'année 2013, avec une amélioration de la thymie. Les idées suicidaires avaient en outre disparu.

Pour la période suivante, le Dr Q._____ explique de manière détaillée les raisons pour lesquelles il ne retient pas certains diagnostics posés par le Dr V._____. En premier lieu, ce dernier faisait état d'un trouble de la personnalité de type psychotique, en affirmant que l'amélioration de la thymie en 2013 avait révélé un fonctionnement psychotique sous-jacent qui s'était trouvé décompensé par l'accident subi en janvier 2008 et les complications subséquentes. Le Dr Q._____ expose pour sa part que le recourant a été capable d'émigrer, de s'intégrer de manière adéquate dans le monde du travail, de s'engager dans une relation à long terme avec son épouse et d'assumer une famille. A l'instar de l'expert, il convient de retenir que l'intéressé a trop bien « fonctionné » pour qu'il soit question d'une personnalité pathologique. En outre, le Dr M._____, lequel a examiné l'assuré en novembre 2008, a lui aussi exclu une psychopathologie notoire. Les Drs N._____ et L._____ n'ont quant à eux pas non plus constaté d'élément de la lignée psychotique (cf. rapport du 31 mai 2016). On observe aussi que la fréquence du suivi psychiatrique de l'intéressé ne correspond pas à un état psychotique pouvant justifier une incapacité de travail à 100 % (cf. rapport du 27 janvier 2017 du Dr V._____, faisant état d'une dernière consultation au 5 septembre 2016, soit près de cinq mois plus tôt). Pour finir, tel que le relève le Dr Q._____, la seule mention par le Dr V._____ d'idées persécutives et d'intrusion ne suffit pas pour conclure à une personnalité psychotique.

L'expert écarte également de manière convaincante le diagnostic de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique posé par le psychiatre traitant. En effet, le Dr Q._____ exclut un syndrome algique intense et constate que le comportement de l'assuré et son mode de relation au monde extérieur sont expliqués par la symptomatologie de la dysthymie et l'agoraphobie, seuls diagnostics qu'il retient. Selon l'expert, ces deux diagnostics n'ont aucun effet sur la capacité de travail, l'agoraphobie ne pouvant être qualifiée de sévère. A

cet égard, il sied de relever que l'assuré sort à nouveau seul de chez lui et est parti en vacances en [...] avec son épouse, en avion, durant l'été 2016. Le Dr Q._____ a encore écarté le diagnostic de trouble somatoforme avec somatisations retenu par le Dr V._____, en expliquant que les douleurs ne pouvaient être qualifiées d'intenses et que les plaintes du recourant n'étaient pas multiples et variables, mais concernaient uniquement ces douleurs.

Le Dr Q._____ a procédé à un examen global, en prenant en considération les différents indicateurs définis par la jurisprudence en matière de troubles psychiques. Il a notamment analysé la personnalité du recourant et les ressources de ce dernier, lequel est très entouré par sa famille, avant de conclure à une pleine capacité de travail. Le seul fait que l'expert a retenu un pronostic incertain, voire défavorable, n'exclut pas une telle capacité. Il a d'ailleurs recommandé, en l'absence d'amélioration de la dysthymie, la prescription d'un autre traitement antidépresseur. Le Dr Q._____ a encore précisé que dans la détermination du degré d'incapacité de travail, il avait écarté l'âge, le déconditionnement professionnel et les velléités régressives de l'assuré, ce qui est correct.

Le recourant ne peut reprocher au Dr Q._____ d'avoir « survolé » les éléments somatiques, puisqu'il n'appartient pas à l'expert psychiatre de se prononcer sur les atteintes physiques. Au demeurant, tel que relevé ci-dessus, les troubles somatiques de l'assuré ne justifient pas l'octroi d'une rente d'invalidité. Enfin, il ne saurait faire grief à l'expert de ne s'être entretenu qu'à une seule reprise avec lui, un tel procédé apparaissant usuel dans le contexte d'une mission d'expertise, tandis que l'opportunité de plusieurs entrevues peut légitimement être laissée à l'appréciation de l'expert (cf. TF 9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3).

En définitive, la Cour de céans considère que l'expertise du Dr Q._____ remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de se rallier à ses conclusions.

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations du Dr Q._____. En particulier, même si les Drs N._____ et L._____ ont constaté des troubles neuro-cognitifs légers dans leur rapport du 31 mai 2016 - lequel a été pris en considération par l'expert, qui a discuté de cette problématique -, ceux-ci n'excluent pas d'emblée l'exercice d'une activité lucrative. Par ailleurs, dans son rapport du 5 mars 2018, le Dr V._____ relève que l'état clinique de son patient reste superposable à celui qu'il a décrit dans son rapport du 27 janvier 2017. L'état de santé de l'assuré ne s'est donc pas péjoré depuis l'examen par le Dr Q._____, lequel s'est déroulé en août 2017. Le rapport du Dr V._____ ne permet pas d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables 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. En particulier, le seul fait que l'expert n'a pas mentionné les hallucinations visuelles ponctuelles de l'assuré sous forme d'une araignée, lors des pics de douleurs à la nuque, ne suffit pas. En réalité, le Dr V._____ fait une appréciation différente d'une même situation clinique. Or, l'expert a expliqué avec précision et de manière convaincante les raisons pour lesquelles il excluait certains diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr V._____.

c) Au vu de ce qui précède, l'OAI était fondé à retenir, sur la base de l'expertise du Dr Q._____, que le recourant a présenté une incapacité de travail totale du 24 mai 2011 au 31 décembre 2013 en raison d'atteintes psychiques, puis une capacité de travail entière. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, tel que requis par l'assuré.

Enfin, c'est à bon droit que l'OAI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2013 au 31 mars 2014. Selon la jurisprudence, si l'invalidité renaît pour des motifs autres que ceux qui ont justifié par le passé l'octroi d'une rente limitée dans le temps et supprimée dans l'intervalle, il s'agit là d'un nouvel événement assuré. Dans ce cas, le versement de la nouvelle rente intervient au plus tôt à l'échéance d'une

période de six mois à compter de la date de la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, laquelle a en l'occurrence été déposée en décembre 2012 (art. 29 al. 1 LAI ; ATF 140 V 2 ; TF 9C_421/2016 du 17 octobre 2016 consid. 3). Par ailleurs, la suppression de la rente à partir du 1^{er} avril 2014, soit trois mois après l'amélioration notable et durable de l'état de santé de l'assuré, est justifiée (cf. art. 88a al. 1 RAI).

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, 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. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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).

Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Aba Neeman (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a communiqué le 3 juin 2019 une liste des opérations totalisant 6,44 heures de travail et 174 fr. de débours. Le temps consacré pour chaque poste mentionné apparaît correct et justifié. S'agissant des débours, il convient toutefois d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]. Le montant de l'indemnité de Me Neeman est donc arrêté à 1'159 fr. 20 concernant ses

honoraires (correspondant à 6,44 heures x 180 fr.), auquel s'ajoute une somme forfaitaire de 57 fr. 95 pour les débours, et la TVA par 93 fr. 70, soit un total de 1'310 fr. 85, arrondi à 1'311 francs.

La rémunération de l'avocat d'office, de même que les frais judiciaires, sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser les montants 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 [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 16 avril 2018 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Aba Neeman, conseil du recourant, est arrêtée à 1'311 fr. (mille trois cent onze francs), débours et TVA compris.
- V. 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 provisoirement à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Aba Neeman (pour l. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :