

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 janvier 2020

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Métral et Mme Durussel, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Ozgerhan Tolunay, à Bevaix (NE),

et

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

---

**Art. 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 8 al. 1, 17 al. 1 et 28 al. 1 - 2 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé le 22 novembre 2002 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à l'octroi d'une rente. Ouvrier dans la construction, l'assuré a travaillé comme aide-monteur du 1<sup>er</sup> octobre 2000 au 17 novembre 2002 pour la société A.\_\_\_\_\_ SA, à [...]. Le 28 mai 2001, il a été victime d'un accident de travail ; il a reçu une barre d'acier sur la région cervicale, entraînant une fracture des apophyses épineuses de C7 et D1. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Dans un rapport médical établi le 5 janvier 2003, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de ce dernier de status après contusion cervicale avec fracture de l'apophyse C7 et D1, ainsi que de syndrome douloureux somatoforme. Ce praticien a indiqué que l'intéressé présentait depuis l'accident un syndrome douloureux important, avec blocage complet de la région cervicale et irradiations douloureuses (avec contractures musculaires) dans les membres supérieurs et le long du rachis, et que les approches thérapeutiques multiples entreprises n'avaient pas amélioré la situation jusqu'alors. Il a précisé que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 28 mai 2001 (jour de l'accident) dans quelque activité que ce soit, et estimé le pronostic défavorable à court et moyen terme. A son sens, il convenait de procéder à une évaluation psychiatrique ; il était fait mention à cet égard que l'intéressé était suivi par les psychothérapeutes d'E.\_\_\_\_\_. Etaient annexés à ce rapport plusieurs documents, notamment :

- Un rapport médical établi le 29 novembre 2001 par la Dre N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, chef de clinique adjoint du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande ; s'agissant du bilan

radiologique, cette médecin a indiqué que l'on constatait toujours une fracture de l'apophyse épineuse de T1 (et non pas C7 comme mentionné dans diverses pièces du dossier) sans phénomène de déplacement secondaire, ainsi qu'une discopathie débutante C6-C7. Elle a en outre précisé que la symptomatologie douloureuse avait pris l'allure d'un syndrome douloureux chronique somatoforme, et que la prise en charge à la Clinique romande de réadaptation de la CNA (ci-après : CRR) lui semblait une excellente idée afin d'aider l'assuré à reprendre confiance dans sa capacité physique, même si un retour dans son ancienne activité professionnelle lui paraissait illusoire ;

- un consilium psychiatrique effectué le 8 janvier 2002 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin-associé au Service psychosomatique de la CRR, ayant donné lieu à un rapport du 10 janvier suivant ; ayant posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un traitement antidépresseur et anxiolytique avait été instauré, avec un effet subjectif satisfaisant, et que les possibilités thérapeutiques étaient restreintes en particulier en raison des limitations liées à l'usage de la langue française (l'intéressé s'exprimant "*en français rudimentaire*") ;

- un rapport final établi le 14 février 2002 par les Drs M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en médecine du sport, et L.\_\_\_\_\_, respectivement médecin-associé et médecin-assistant du Service de réadaptation générale de la CRR ; ces praticiens ont retenu le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1), et les diagnostics secondaires de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), de cervico-dorsalgies (M 54.2; M 51.9), de fracture de l'apophyse épineuse de C7 et de D1 (S 12.7) et de discopathie C6-C7 (M 50.3). Ils ont relevé que le bilan radiologique complété par un CT-Scan avait permis d'élucider clairement l'existence des deux fractures (C7 et D1), mais montrait que les deux épineuses en cause étaient actuellement consolidées avec l'épineuse respectivement sous-jacente, sans qu'il y ait de pseudarthrose. Ils ont en outre indiqué ce qui suit: "*Sur le plan thérapeutique, malgré une physiothérapie intensive de mobilisation,*

*d'essais de relaxation, de rééducation en piscine, nous sommes en face d'un échec avec un manque de collaboration de la part du patient. En effet, nous avons pu constater à de nombreuses reprises des auto-limitations dans la mobilité. D'autre part, durant le séjour, le fait d'effectuer des exercices de physiothérapie a exacerbé des plaintes peu systématisées et non objectivables. Dans ce contexte, nous avons décidé que le traitement à la Clinique n'apportait pas de bénéfice au patient. Sur le plan professionnel, les fractures étant à considérer comme consolidées, une reprise de travail théorique à 50 % devrait pouvoir être exigée d'un point de vue somatique, lorsque la co-morbidité psychiatrique, justifiant actuellement une incapacité complète pour les prochaines 3-4 semaines, aura significativement évolué" ;*

- une décision rendue le 5 décembre 2002 par la CNA, mettant un terme aux prestations de l'assurance-accidents avec effet au 17 novembre 2002, au motif que les troubles actuels de l'intéressé ne pouvaient plus s'expliquer, organiquement, comme étant des séquelles de l'accident dont il avait été victime.

Interpellée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), la Dre N. \_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport médical le 7 janvier 2003, posant les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de cervico-dorsalgies persistantes post-traumatiques (accident du 28 mai 2001) avec fracture du mur antérieur de C6 non déplacée, fracture de l'apophyse épineuse de C7 et D1, de discopathie C6-C7 et de syndrome douloureux somatoforme probable. La Dre N. \_\_\_\_\_ a précisé qu'elle n'était pas en mesure de donner des renseignements sur l'évolution, l'état de santé actuel et la capacité de travail de l'intéressé, ne l'ayant pas réexaminé depuis le 11 décembre 2001.

Les Drs K. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, respectivement psychiatre et pédopsychiatre FMH et psychologue au sein d'E. \_\_\_\_\_, ont établi un rapport médical le 8 juin 2004, retenant les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.5) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), tous deux ayant des répercussions sur la capacité

de travail de l'assuré, estimée nulle dans n'importe quelle activité. A cet égard, ils ont précisé ce qui suit: "*Malgré quelques éléments favorables mis en place par le patient afin de soulager ses douleurs - piscine, bains thermaux, sensation de bénéfice de la chaleur - l'évolution est de mauvaise qualité et l'on assiste à une chronification des troubles. L'état psychique de Monsieur W.\_\_\_\_\_ évoque un syndrome douloureux somatoforme persistant, caractérisé par une sensation de douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse survenant dans un contexte précaire. Au vu de la durée et de la nature des troubles, ainsi que de cette mauvaise évolution, le pronostic est défavorable, avec l'impression qu'il est illusoire de penser que ce patient puisse un jour reprendre une activité professionnelle quelconque*".

Mandatés à cet effet par l'OAI, les Drs F.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, respectivement directeur médical et médecin assistante du Secteur psychiatrique [...] des [...], ont réalisé une expertise psychiatrique de l'assuré faisant l'objet d'un rapport du 10 mai 2005. Sont posés les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Ces experts ont observé un ralentissement psychomoteur modéré, une asthénie, des affects émoussés, une thymie triste avec des sentiments d'inutilité, de culpabilité, des idées de mort occasionnelles, sans idées de suicide ; ils ont en outre relevé des difficultés d'adaptation et d'intégration, mises en évidence par les difficultés de communication en langue française de l'intéressé et son manque de réseau social. Ils ont estimé que sa capacité de travail était de 25 %, quelle que soit l'activité, le pronostic restant réservé tant sur le plan social que professionnel. La reprise d'une activité ou une réinsertion professionnelle leur semblait très difficile en raison de la problématique psychique, de la faible capacité d'adaptation, de la courte scolarisation et des ressources psychiques et sociales limitées.

Dans un rapport établi le 28 juin 2005, le Dr C.\_\_\_\_\_, du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), a indiqué qu'à teneur de la jurisprudence fédérale récente, un épisode dépressif moyen faisait partie

intégrante du trouble somatoforme douloureux, et que l'on ne pouvait dès lors considérer qu'il s'agissait d'une comorbidité psychiatrique significative ; l'expertise précitée ne rapportant aucune perturbation de l'environnement psycho-social, le Dr C.\_\_\_\_\_ a conclu que le trouble somatoforme présenté par l'assuré n'était pas une maladie invalidante au sens de l'assurance-invalidité, et qu'ensuite de l'incapacité de travail totale du 28 mai 2001 au 17 novembre 2002, justifiée par les séquelles de l'accident, sa capacité de travail était complète. Par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2005, l'OAI a octroyé à l'intéressé une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> mai 2002 au 28 février 2003, indiquant que sa capacité de travail était entière dès le 17 novembre 2002.

**B.** Le 3 octobre 2006, W.\_\_\_\_\_ a déposé une seconde demande de prestations AI, tendant à l'octroi d'une rente. A l'appui de sa nouvelle demande, il a produit un certificat médical établi le 6 décembre 2006 par le Dr P.\_\_\_\_\_ qui attestait une incapacité de travail totale depuis le 28 mai 2001. Par projet de décision du 18 décembre 2006, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que l'intéressé ne faisait valoir ni fait nouveau ni aggravation de son état de santé. L'assuré a contesté ce projet de décision et produit un nouveau certificat médical du Dr P.\_\_\_\_\_, à teneur duquel il souffrait depuis son accident de douleurs importantes, cervico-dorsales, avec irradiation scapulo-brachiale bilatérale et lombaire malgré une prise en charge continue avec un traitement antalgique, l'empêchant d'effectuer même les tâches légères de la vie quotidienne et rendant une réinsertion professionnelle impossible ; l'expertise psychiatrique avait permis d'expliquer cette évolution défavorable par le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme.

Le Professeur G.\_\_\_\_\_ et la Dre I.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en neurologie, du Service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), ont établi un rapport médical le 26 janvier 2007. Ils ont indiqué qu'il n'y avait pas de déficit neurologique objectif au status clinique, et confirmé le diagnostic de syndrome douloureux

somatoforme, soit de polyinsertionite gave. Ils ont en outre mentionné que le patient était très oppositionnel à toutes les épreuves demandées.

Par décision du 2 avril 2007, l'OAI a confirmé son projet de décision du 18 décembre 2006, en ce sens qu'il refusait d'entrer en matière sur la demande de prestations faute de fait nouveau susceptible de modifier sa position. La décision du 2 avril 2007 a été confirmée par jugement du 16 mai 2008 du Tribunal des assurances (TASS AI 158/07 - 247/2008).

**C.** Le 4 décembre 2009, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

Après être entré en matière sur la demande déposée et avoir recueilli les renseignements médicaux usuels (rapport du 12 juillet 2010 de la Dre S.\_\_\_\_\_, médecin-psychiatre, concluant à une incapacité de travail totale ; rapport du 23 novembre 2010 de la Dre Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, signalant notamment une baisse de l'acuité visuelle de l'œil droit), l'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a établi son rapport le 4 mars 2011. Sur la base d'un examen clinique (en présence d'une interprète turc / français), de prises de contact téléphonique avec les médecins traitants et l'étude du dossier médical mis à disposition, l'expert a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique - F32.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il considère que le trouble dépressif apparu après les douleurs, n'a pas le caractère de gravité nécessaire pour le considérer comme une pathologie propre. Passant en revue les facteurs de gravité du trouble somatoforme, l'expert conclut que ces derniers ne sont pas réunis ; il ne retient pas d'incapacité de travail à cet égard. Après avoir requis le point de vue du SMR (avis du 22 mars 2011 du DrC.\_\_\_\_\_), l'OAI a, par décision du 30 mai 2011, rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que dans le cadre de l'instruction de sa demande du 4 décembre 2009 l'état de santé de l'intéressé ne s'était pas modifié de manière à

ouvrir le droit à des prestations de l'AI. Cette décision n'a pas été contestée.

**D.** Le 17 mars 2017, W.\_\_\_\_\_, assisté de son conseil Ozgerhan Tolunay, a déposé une quatrième demande de prestations de l'assurance-invalidité. A l'appui de sa nouvelle démarche, il a produit plusieurs documents, notamment :

- Un rapport de la Dre Z.\_\_\_\_\_ du 16 juin 2016 dont il ressort en substance que les performances visuelles de l'assuré sont abaissées du côté droit « de manière importante, de loin comme de près », en raison de lésions maculaires séquellaires consécutives à plusieurs épisodes de chorioretinopathie séreuse centrale. L'intéressé conserve toutefois une acuité visuelle gauche « tout à fait bonne » ;

- un rapport du 16 novembre 2016 comportant l'étude du dossier de l'assuré, un examen clinique et la réalisation d'une imagerie complémentaire, dans lequel le DrD.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi que de la colonne vertébrale, a notamment retenu les éléments suivants :

“Le diagnostic au rachis cervical s'énonce en deux parties.

D'une part, au 28.05.01, le diagnostic de fracture de CLAY SHOVELER de type direct est retenu en C7 et TH1. Il s'agit de fracture des apophyses épineuses de C7 et TH1. Il est de type direct en raison de l'application directe de la force vulnérante au niveau du rachis cervical. Au 31.03.10, la pseudarthrose de la fracture de l'apophyse épineuse de C7 est établie. Le fragment pseudarthrose est situé, libre, dans la musculature rachidienne cervicale. Le fragment fracturé de l'apophyse épineuse de TH1 est accolé à la partie postérieure et supérieure de l'arc neural de TH1, encastré sous l'apophyse épineuse de C7.

D'autre part, on rappelle, qu'au jour de l'accident (28.05.01), existait une maladie discale en C6/C7. La symptomatologie clinique et l'imagerie par radiographie, comme par résonance magnétique, montrent bien l'aggravation de cette lésion discale. Il convient de préciser le mécanisme d'aggravation de cette maladie discale. On pourrait, en effet, s'en étonner car apparaissant chez une personne au repos complet depuis l'accident. En fait, il faut rappeler deux éléments. Le premier est la perte de la fonction des ligaments surépineux et interépineux en raison de l'arrachement de leurs insertions osseuses lors du traumatisme. De plus, élément clef du mécanisme, est la présence de l'encastrement du fragment de

l'apophyse épineuse entre C7 et TH1 (relevé dès l'imagerie effectuée à la Clinique Romande de Rééducation en 2002). Les mouvements de flexion et d'extension du rachis cervical sont donc profondément modifiés par la présence de ce butoir. Les lésions du disque C6/C7 sont donc aggravées indirectement par le mécanisme traumatique.

Le diagnostic au rachis lombaire s'énonce en deux parties.

Il existe, d'une part, une maladie discale dégénérative L4/L5 avec zygarthrose.

D'autre part, il s'y associe une apophysomégalie transverse bilatérale de L5 à prédominance droite de type Castellvi II b entraînant un conflit sacré avec les douleurs dans le cadre d'un syndrome de Bertolotti.

Soit en résumé :

- Status après traumatisme direct du rachis cervical et de l'occipital le 28.05.01 par une masse métallique
- Fracture de CLAY SHOVELER de type direct des apophyses épineuses de C7 et TH1, le 28.05.01
- Pseudarthrose du fragment d'apophyse épineuse de C7, libre dans la musculature, diagnostic posé à l'imagerie le 31.03.10
- Consolidation en position vicieuse du fragment fracturé de l'apophyse épineuse de TH1, accolé à partie postérieure et supérieure de l'arc neural de TH1, encastré sous l'apophyse épineuse de C7, diagnostic posé à l'imagerie le 10.01.02
- Aggravation de la lésion discale de C6/C7 par modification du jeu articulaire rachidien postérieur en raison de l'encastrement du fragment fracturé de l'apophyse épineuse de Th1 sous l'apophyse épineuse de C7, diagnostic posé à l'imagerie du 02.10.02
- Maladie discale dégénérative L4/L5 avec zygarthrose, diagnostic posé à l'imagerie du 21.06.16
- Apophysomégalie transverse bilatérale de L5 à prédominance droite de type Castellvi II b entraînant un conflit sacré avec les douleurs dans le cadre d'un syndrome de Bertolotti diagnostic posé à l'imagerie du 21.06.16” ;

- un rapport du 23 janvier 2017 établi par la Dre S. \_\_\_\_\_ ; posant les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F32.2) et de syndrome douloureux somatoforme (F45.4), cette médecin a constaté une totale incapacité de travail de l'assuré.

Après avoir soumis ces pièces à son médecin-conseil (avis du 20 juin 2017 du Dr V. \_\_\_\_\_), l'OAI est entré en matière sur cette quatrième demande afin d'examiner l'évolution de l'état de santé somatique de l'assuré. Le 29 août 2017, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a pratiqué un examen rhumatologique de l'assuré (en présence d'une traductrice de langue turque) dans les locaux du SMR à [...]. Sur la base de ses constatations cliniques et l'étude du dossier médical à disposition, ce spécialiste a établi son rapport le 25 septembre 2017. Il a retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de cervicalgies chroniques dans le cadre d'une cervicarthrose C6-C7 (M54.2) et de lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une discarthrose L4-L5, d'un conflit entre une méga-apophysaire transverse L5 et le sacrum. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant et un status post-fracture de l'apophyse épineuse de C7 et de D1. Au moment d'apprécier la situation, le Dr B. \_\_\_\_\_ a émis les considérations suivantes (rapport d'examen clinique rhumatologique du 25 septembre 2017 p. 9 s.) :

#### “APPRÉCIATION DU CAS

L'assuré signale des douleurs persistantes de la nuque depuis un accident survenu en 2001 à l'origine d'une fracture de l'apophyse épineuse de C7 et D1. Il indique que les traitements effectués lors de l'hospitalisation à la CRR en 2002 ont provoqué une extension des douleurs au niveau de toute la colonne vertébrale. Les douleurs ont persisté. Le fond douloureux est à 7,5/10 et augmente à 10/10 en fonction de la météo (pluie, nuages). L'assuré a parfois des crampes et des blocages au-dessous de la clavicule droite depuis cette hospitalisation à la CRR. La nuit, il se réveille au moins à 5 reprises en raison des douleurs dans tout le dos. Il affirme que la marche est limitée à 10 minutes, le port de charges à 10 kilos. La position assise est bien supportée s'il n'est pas appuyé contre le dossier. Il ignore combien de temps il peut rester debout.

A l'examen clinique, l'assuré présente une boiterie intermittente du côté droit. Les marches sur la pointe des pieds et des talons sont hésitantes, mais réussies. La boiterie s'accroît lors de la marche sur la pointe des pieds. L'assuré signale des douleurs lombaires. L'accroupissement est profond. L'appui monopodal est tenu ddc [des deux côtés]. La position assise est bien tolérée. La mobilité spontanée est libre. Il n'y a pas de mesures de protection articulaire. Durant l'entretien, l'assuré n'a aucune difficulté à tourner ou à fléchir la tête.

Il signale des douleurs à la palpation de toute la région cervicale et de la face postérieure du tronc jusqu'à la jonction lombosacrée. La région glutéale est indolore. Lors de l'évaluation de la mobilité du rachis, l'assuré limite fortement les amplitudes articulaires par des contrepulsions. Les amplitudes maximales ne sont pas évaluables. Il n'y a pas de radiculopathie irritative ni déficitaire. L'hyposensibilité tactile diffuse du bras droit ne correspond pas à un trajet radiculaire ni tronculaire. Les signes comportementaux de Waddel sont à 4/5. L'assuré limite également les amplitudes articulaires des épaules, alléguant des douleurs localisées à la partie supérieure du muscle trapèze ddc, les amplitudes articulaires des hanches alléguant des douleurs médiolombaires. Pour les autres articulations périphériques, l'examen est sp [sans particularité].

Les radiographies de la colonne cervicale du 28.05.2001 montrent une discopathie C6-C7, les apophyses épineuses de C7 et D1 ne sont pas visibles sur ces clichés. Une fracture déplacée de l'apophyse épineuse de C7 et de D1 est objectivée sur le CT-Scan cérébral et cervical du 28.01.2001. Le CT-Scan de la jonction cervico-dorsale du 11.01.2002 montre une aggravation de la discopathie C6-C7, les fractures de l'apophyse épineuse de C7 et de D1 sont déplacées vers le bas et présentent des ponts osseux avec les épineuses sous-jacentes. Les radiographies de la colonne cervicale du 04.09.2013 montrent une aggravation de l'atteinte dégénérative avec augmentation du pincement intersomatique et de l'ostéophytose en C6-C7. Une uncarthrose prédomine en C6-C7. Il y a également une atteinte dégénérative postérieure au niveau C6-C7 et C7-D1.

Les radiographies de la colonne lombaire du 21.06.2016 montrent une discarthrose L4-L5, une apophysomégalie transverse latérale de L5 à l'origine d'un conflit avec le sacrum.

Les bilans radiologiques objectivent une aggravation de l'atteinte dégénérative cervicale, prédominante en C6-C7. A cela s'ajoute une discarthrose L4-L5, des signes radiologiques de conflit entre l'apophyse transverse L5 et le sacrum ddc. Au vu de la sévérité de l'atteinte dégénérative cervicale et lombaire également constatée par le Dr D. \_\_\_\_\_ (cf rapport du 16.11.2016), des limitations fonctionnelles sont justifiées.

Concernant l'atteinte oculaire mentionnée par Maître Tolunay dans la lettre du 17.03.2017, nous constatons qu'avec ses lunettes, l'assuré parvient à recopier sans difficulté le nom de son médecin traitant dont il ne connaît pas l'orthographe. L'atteinte oculaire est actuellement bien compensée par le port de lunettes.

Les autolimitations de l'assuré ne s'expliquent que partiellement par l'atteinte dégénérative cervicale et lombaire. En effet, on constate que la boiterie est intermittente. Les amplitudes articulaires du rachis sont nettement supérieures lors des mobilisations spontanées que lors de l'examen clinique. Lors de l'examen du rachis, des épaules, des hanches, l'assuré s'autolimité, rendant impossible l'évaluation des amplitudes maximales. Des autolimitations, un comportement démonstratif et oppositionnel ont été constatés par plusieurs médecins. Lors de l'hospitalisation à la CRR, le Dr M. \_\_\_\_\_ et le Dr L. \_\_\_\_\_ constatent de multiples autolimitations rendant l'examen très aléatoire (cf rapport du 14.02.2002). Le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin[-]conseil de la SUVA, relève aussi un examen clinique dominé par une autolimitation considérable, de grandes

démonstrations et des signes de non-organicité (cf rapport du 19.03.2002). Les Dr [...], Dr [...] et Dr G.\_\_\_\_\_, indiquent qu'à l'examen clinique, le patient est très démonstratif, oppositionnel de sorte que la force ne peut qu'être difficilement évaluée (cf rapport du 06.09.2002). Le professeur G.\_\_\_\_\_ et le Dr I.\_\_\_\_\_ relèvent toujours un patient très oppositionnel à tout test proposé (cf rapport du 26.01.2007). Le Dr O.\_\_\_\_\_ mentionne aussi un oppositionisme au niveau de tous les mouvements (cf rapport du 15.05.2017). Le neurologue propose d'effectuer une IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale si aucun examen n'a été pratiqué. Le CT-Scan cérébral du 28.05.2001, l'angio-CT cérébral du 31.03.2010 n'ont pas montré d'anomalie au niveau cérébral.

La participation lors de l'évaluation de la force est faible, en contradiction avec l'aisance qu'a l'assuré à monter et à descendre un étage d'escaliers. La diminution de la sensibilité indiquée par l'assuré au niveau du bras droit est de distribution atypique. La préservation de la sensibilité fine évoque un trouble fonctionnel et non pas une atteinte neurologique.

Il n'est donc pas possible d'expliquer le comportement douloureux de l'assuré uniquement par les atteintes somatiques. Dans le rapport du 14.09.2001, le Dr [...] ne trouvait pas non plus de causes organiques qui puissent expliquer la situation. Dans le rapport du 29.11.2001, le Dr N.\_\_\_\_\_ n'avait pas non plus d'explication pour une partie de la symptomatologie douloureuse. Lors de l'hospitalisation à la CRR en 2002, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu (cf rapport du 14.02.2002). Dans le rapport d'expertise psychiatrique du 04.03.2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_ confirme la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les douleurs diffuses présentées actuellement par l'assuré s'expliquent donc en grande partie par ce syndrome douloureux. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne l'avait toutefois pas considéré comme incapacitant. En effet, des facteurs externes ont un rôle prépondérant. Durant l'hospitalisation à la CRR, les médecins relèvent déjà à cette époque un manque de collaboration (cf rapport du 14.02.2002). Dans le rapport d'expertise psychiatrique du 04.03.2001 [recte : 2011], le Dr Q.\_\_\_\_\_ mentionne que l'assuré ne manifeste aucune intention de réintégrer le monde ordinaire du travail, sachant qu'il se vit comme totalement invalide. La situation n'a pas changé actuellement. L'assuré se voit incapable de travailler et réclame une rente AI qu'il aurait dû obtenir, selon lui, depuis de nombreuses années.

Compte tenu du manque de collaboration, il est difficile d'évaluer les ressources physiques de l'assuré. Il déclare passer de nombreuses heures durant la journée assis à regarder la télévision. La bonne tolérance de la position assise est confirmée lors de l'examen de ce jour.

Sur le plan professionnel, la discartrhose C6-C7 qui s'est aggravée au cours des années, la discartrhose L4-L5 diagnostiquée en 2016 ne permettent plus à l'assuré d'exercer son ancienne activité d'aide-monteur. En effet, il s'agit d'une activité trop contraignante pour la colonne cervicale et la colonne lombaire, avec des ports de charges et des postures en porte-à-faux. Il y a lieu de s'aligner sur l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ qui indique que dans l'activité habituelle, la capacité

de travail est nulle. C'est le 21.06.2016, que des investigations radiologiques ont mis en évidence l'atteinte dégénérative lombaire. On conclut que c'est à partir de cette époque que les douleurs lombaires sont devenues suffisamment importantes pour que des investigations radiologiques soient effectuées. A partir de ce moment, le cumul de l'atteinte dégénérative cervicale et lombaire ne permet plus à l'assuré d'exercer son ancienne activité.

Dans une activité adaptée, se déroulant principalement en position assise, sans port de charges au-delà de 10 kilos, sans posture en porte-à-faux, se déroulant à hauteur de table, la capacité de travail reste entière. Une fois la période de convalescence passée après la fracture des apophyses épineuses de C7 et D1, l'assuré retrouve une pleine capacité de travail. Dans le rapport d'examen SMR du 28.06.2005, il est indiqué que l'assuré a retrouvé une pleine capacité de travail à partir du 18.11.2002. On conclut qu'à partir de cette date, l'assuré n'a plus d'incapacité de travail durable dans une activité adaptée.

Si les douleurs ne s'expliquent que par la discarthrose C6-C7 et L4-L5, un traitement chirurgical pourrait être proposé afin de réaliser une spondylodèse. Toutefois, le tableau algique s'explique que partiellement par l'atteinte dégénérative. Compte tenu du syndrome douloureux somatoforme persistant, des facteurs externes comme un manque de motivation, une intervention chirurgicale a peu de chance de diminuer les douleurs alléguées par l'assuré."

En guise de conclusion, le Dr B. \_\_\_\_\_ a estimé que si la capacité de travail était nulle dès juin 2016 dans l'activité habituelle d'aide-monteur au motif de l'atteinte dégénérative avec une discarthrose en C5-C6 (recte : C6-C7) et L4-L5, la capacité de travail de l'intéressé était toutefois entière, depuis le 18 novembre 2002, dans une activité adaptée « à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ».

Entre-temps, l'OAI avait enregistré au dossier plusieurs documents médicaux, à savoir :

- un rapport du 31 mai 2001 d'examens radiographiques du thorax (face), de la colonne cervicale (face / profil), de l'épaule et de la clavicule gauche (face) effectués le 28 mai 2001 ;
- un rapport du 26 mars 2010 relatif à un CT cervico-cérébral réalisé le même jour au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, consécutif à une chute de l'assuré dans la salle de bains ; les

conclusions de ce document étaient : « pas d'AVC, pas d'hématome sous-dural, pas d'athérosclérose ni de dissection vasculaire » ;

- un rapport du 4 septembre 2013 d'imagerie de la colonne cervicale (face / profil) réalisée par la Dre O.O.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, chef de clinique adjoint du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, dont on extrait ce qui suit :

“Indications

Cervicalgies. Etat dépressif.

Description

Atteinte dégénérative pluri-étagée avec discarthrose prédominant en C6-C7 avec pincement discal et becs ostéophytaires antérieurs. Alignement vertébral conservé, pas de rétrécissement du canal cervical.

Une calcification dans les parties molles cervicales postérieures. Pas de fracture ni tassement cervical.

Uncarthrose C3-C4.” ;

- un rapport du 15 mai 2017 du Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, électroencéphalographie, électroneuromyographie et sonographie cérébro vasculaire. Indiquant un examen neurologique de même qu'un électroencéphalogramme (EEG) sans particularités, ce médecin s'interrogeait quant à un complément de bilan par IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale au vu de la notion de chute avec traumatisme du rachis en 2001 ;

- un rapport du 27 juillet 2017 adressé à l'OAI par la Dre U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, dont on extrait ce qui suit :

“Le[s] diagnosti[c]s et la médication actuelle de Monsieur W.\_\_\_\_\_

Diagnostics :

Problèmes :

ATCD [antécédents] :

Diabète de type II débutant sans traitement 06/17

Hémochromatose : saignées commencé 10/15, ferritine à 106 (03/16)  
Hémosiderose (09/15): ferritine et sat de la transferrine élevés  
Calculs rénaux gauche de 5 mm avec pose de sonde double J 10/15  
Hypercholestérolémie : risque AGLA 8,7%, LDL 3.1 sous ttt [traitement]  
- Syndrome douloureux chronique sévère, somatoforme persistant  
- Syndrome dépressif sévère  
10/09 Amblyopie D (cataracte, chorioretinopathie séreuse)  
- Tabagisme chronique  
Fracture apophyse épineuses C7 et d10 en 2001 (accident de travail)  
Baisse de la vue à 15% OD [œil droit]

Opérations :  
Tonsillectomie

Allergies :  
pas connues

Médicaments :  
SAROTEN 50 mg, 2x/j (1-0-1-0)  
CELEBREY 200 mg, 1x/j (1-0-0-0)  
TEMESTA 1 mg, 0x/j (0-0-0-0) en réserve  
LACRYCON gel opht 20 fl dose 0., 2x/j (1-0-1-0)  
DAFALGAN 1g, 3x/j (1-1-1-0)  
SIMVASTATIN 20 mg, 1x/j (0-0-1-0)  
LUVIT D3 4000 IE/ml, 4 ml 1j/sem.  
MYDOCALM 150 mg, 3x/j (1-1-1-0)''

Après avoir soumis le cas à un de ses spécialistes en réinsertion professionnelle (« REA - Rapport final » du 16 avril 2018), l'OAI a, par projet de décision du 24 avril 2018, fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations. Ses constatations étaient les suivantes :

“Pour des raisons de santé vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 21 juin 2016.

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 21 juin 2017, votre capacité de travail était toujours restreinte et le droit à la rente était théoriquement ouvert.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations. Vous avez déposé votre demande de prestations le 22 [recte : 17] mars 2017, la rente pourrait donc être octroyée au plus tôt dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017.

Selon les éléments médicaux portés au dossier et après examen minutieux de ces derniers, force est de constater que votre capacité de travail est nulle dans votre activité habituelle. Toutefois, depuis le 18 novembre 2002, on vous reconnaît une pleine capacité de travail

dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activités légères, assises et/ou avec alternance des positions ne reposant pas sur l'assimilation rapide de données en incluant une base importante d'actions routinières et planifiables.

Dans votre situation, étant donné que vous n'avez pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 67'485.18 à 100%, en 2017.

Par ailleurs, vos limitations fonctionnelles justifient d'appliquer un abattement de 10% sur le salaire statistique précité. Votre revenu d'invalidité est donc de CHF 60'736.66.

Par conséquent, pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 67'485.18, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 67'485.15
Revenu avec atteinte à la santé	<u>CHF 60'736.66</u>
Perte de revenu	CHF 6'748.52
Degré d'invalidité	CHF 10%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci existe si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessite pas de formation particulière, le manque à gagner durable est encore de 20% au moins, ce qui n'est pas votre cas au vu des indications qui précèdent.

Toutefois, vous pourriez mettre en valeur votre capacité résiduelle de travail dans des activités adaptées qui respectent vos limitations fonctionnelles, dans le commerce en général (magasinier/gestion des stocks) ou dans le commerce de détail (réparations de petits appareils/articles domestiques, vendeur de billets) et des activités simples sans qualification spéciale de bureau et d'administration (distribution de courrier interne, commissionnaire) ; dans le domaine industriel léger tel que montage ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement léger, surveillance de machines en milieu industriel ou opérateur sur machines en milieu industriel). De ce fait, une aide au placement vous a été octroyée par communication du 19 avril 2018."

A l'appui de ses observations du 23 mai 2018 sur ce projet de décision, estimant que son état de santé lui ouvrait le droit à la rente, l'assuré a remis à l'OAI un certificat du 15 mai 2018 de la Dre

U.\_\_\_\_\_ - dont la teneur est identique au rapport du 27 juillet 2017, avec les précisions que l'intéressé était suivi régulièrement (à une fréquence mensuelle) et qu'il « souffr[ait] beaucoup de ses douleurs chroniques, il [était] toujours déprimé et il [avait] une forte baisse de la vue » - et demandé, le cas échéant, une « expertise neutre pour déterminer [son] invalidité ». Estimant que l'assuré mettait en échec la mesure d'aide au placement ouverte le 20 avril 2018, l'OAI y a mis fin le 1<sup>er</sup> juin 2018.

Après avoir soumis le dossier de l'assuré au SMR (« Compte rendu de la permanence SMR » établi le 28 mai 2018), l'OAI a, par décision du 25 juin 2018, entériné le refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, avec une motivation identique à celle de son préavis du 24 avril 2018. Une lettre d'accompagnement du 22 juin 2018 de cet office informait l'assuré que la contestation élevée n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position reposant « sur une instruction complète sur le plan médical et économique » et étant « conforme en tous points aux dispositions légales ».

**E. a)** Par acte déposé le 27 août 2018 (timbre postal), W.\_\_\_\_\_, représenté par Ozgerhan Tolunay, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens que l'OAI est tenu de lui verser « les prestations légales à partir du 21 juin 2017 compte tenu d'une invalidité entière » ou subsidiairement, de surseoir à statuer en la présente affaire dans l'attente du jugement du tribunal sur le recours interjeté contre une décision sur opposition du 28 septembre 2017 de la CNA (cause AA 147/17). Qualifiant la décision attaquée d'erronée, lacunaire et lapidaire, le recourant oppose en particulier l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ ainsi que ceux des Dres Z.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ aux observations du SMR, soutenant présenter une incapacité de travail « dépassant largement le taux de 40% ». Il critique également l'évaluation de sa capacité de gain, en particulier l'abattement de 10 % sur le salaire statistique pris en compte pour la détermination de son revenu d'invalidé, réduction qu'il estime être de 50 %.

**b)** Par décision du 6 septembre 2018 de la juge instructrice, le recourant s'est vu accorder, à sa requête, le bénéfice de l'assistance judiciaire dans la mesure de l'exonération d'avances et des frais judiciaires avec effet au 24 août 2018.

**c)** Par arrêt du 25 septembre 2018 (CASSO AA 147/17 - 113/2018), la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision sur opposition rendue le 28 septembre 2017 par la CNA en lui renvoyant l'affaire pour complément d'instruction dans le sens des considérants - soit la mise en œuvre d'une expertise orthopédique conformément à l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) - et nouvelle décision. Ce dénouement s'expliquait par des motifs propres au droit de l'assurance-accidents (à savoir, l'examen du lien de causalité des atteintes persistantes avec l'accident de 2001, respectivement la question de rechutes ou séquelles tardives de cet événement).

**d)** Dans sa réponse du 5 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse, estimant que les arguments avancés ne sauraient être retenus. L'intimé a par ailleurs produit son dossier.

**e)** Au terme d'un second échange d'écritures des 7 et 23 janvier 2019, les parties ont chacune maintenu leur position. De son côté, le recourant insiste sur l'importance de connaître l'issue de l'instruction mise en œuvre par la CNA avant de statuer sur son cas, étant précisé que ses affections cervicales et lombaires sont « les causes principales d'invalidité ».

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

**1. a)** La LPGA 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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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.** La contestation porte en l'espèce sur le droit du recourant à des prestations (rente et/ou mesures professionnelles) de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder ces prestations. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations (la quatrième), déposée le 17 mars 2017.

En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la dernière demande de prestations déposée par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si son état de santé s'est modifié depuis la décision de refus du 30 mai 2011 entrée en force, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance.

**3. a) aa)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

**bb)** 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

**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 comme en l'espèce, 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)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA.

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).

**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 LPGA), 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).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4.** En l'espèce, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Il fait valoir, pour sa part, que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une péjoration de son état de santé justifiant désormais l'octroi en sa faveur de prestations (rente et mesures professionnelles) dès le 21 juin 2017.

**5. a)** Une première demande du 22 novembre 2002 a fait l'objet d'une décision reconnaissant au recourant le droit à une rente entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> mai 2002 (un an à compter de l'accident du 28 mai 2001) au 28 février 2003 (trois mois après la récupération d'une exigibilité complète). Au moment de cette décision, le SMR (rapport d'examen du 28 juin 2005 du Dr C. \_\_\_\_\_) a évalué le cas comme il suit :

“Cet assuré turc de 43 ans, ouvrier dans la construction, présente un trouble somatoforme douloureux persistant qui s'est développé dans les suites d'un accident de travail.

Le 28.5.2001, il reçoit une barre d'acier sur [a] région cervicale, entraînant une fracture des apophyses épineuses de C7 et D1.

Le cas a été pris en charge par la SUVA. Au terme d'un séjour à la CRR, on a constaté une guérison complète des fractures, avec des plaintes évoquant un trouble somatoforme douloureux chronique. L'examen clinique est dominé par une auto-limitation considérable, de grandes démonstrations, et des signes de non organicité. La SUVA a mis un terme à ses prestations le 17.11.2002 considérant que la capacité de travail était intacte au plan organique.

L'assuré a été pris en charge par le psychiatre d'E. \_\_\_\_\_] qui retient le diagnostic de TSD et trouble anxieux et dépressif mixte justifiant une IT [incapacité de travail] totale.

L'expertise psychiatrique de la Dresse X. \_\_\_\_\_ évoque un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et un TSD, avec une IT de 75%.

Pour ma part, je relève que la récente jurisprudence du TFA [Tribunal fédéral des assurances] considère qu'un épisode dépressif moyen fait partie intégrante du trouble somatoforme douloureux, et qu'il ne saurait en être séparé. A ce titre, on ne peut pas considérer qu'il s'agit d'une comorbidité psychiatrique significative.

L'expert ne rapporte aucune perturbation de l'environnement psycho-social. L'assuré vit en bonne harmonie avec sa femme et ses quatre filles.

On doit donc conclure que le TSD de cet assuré n'est pas une maladie invalidante au sens de l'AI.

L'IT de travail totale est justifiée du 28.5.2001 au 17.11.2002 pour les séquelles de l'accident. Au-delà, la capacité de travail est complète.”

Par jugement du 16 mai 2008, le Tribunal des assurances (TASS) a rejeté le recours déposé par l'assuré contre une décision de non-entrée en matière du 2 avril 2007, en retenant notamment que les pièces médicales produites à l'appui de la nouvelle demande de prestations déposée le 3 octobre 2006 n'établissaient aucune aggravation de l'état de santé depuis la décision initiale d'octroi de prestations AI limitées (TASS AI 158/07 - 247/2008 du 16 mai 2008, consid. 4).

Dans le cadre de la troisième demande de prestations déposée le 4 décembre 2009 diverses pièces médicales ont été requises (rapport de la Dre S. \_\_\_\_\_ du 12 juillet 2010 concluant à une incapacité de travail totale ; rapport de la Dre Z. \_\_\_\_\_ du 23 novembre 2010 signalant notamment une baisse de l'acuité visuelle de l'œil droit), puis à la lecture du rapport de l'expertise psychiatrique confiée par l'OAI au Dr Q. \_\_\_\_\_, le SMR a retenu ce qui suit (avis du 22 mars 2011 du Dr C. \_\_\_\_\_) :

“L'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_, par ailleurs fort bien documentée et particulièrement explicite, retient le trouble dépressif majeur, état actuel moyen chronique (F32.1) et le syndrome douloureux persistant (F45.4).

L'expert considère que le trouble dépressif, apparu après les douleurs, n'a pas le caractère de gravité nécessaire pour le considérer comme une pathologie propre. Passant en revue les facteurs de gravité du trouble somatoforme, l'expert conclut que ces derniers ne sont pas réunis ; il ne retient pas d'incapacité de travail à cet égard.

Cette expertise est particulièrement probante. Nous n'avons pas de raison de nous écarter de ses conclusions.

Nous maintenons donc qu'il n'y pas de maladie invalidante au sens de l'Al."

Par décision du 30 mai 2011, après être entré en matière, l'OAI a estimé que les problèmes de santé psychiques apparus après les douleurs - à savoir, un trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique) et un syndrome douloureux somatoforme persistant retenus par l'expert Q.\_\_\_\_\_ en février / mars 2011 - ne modifieraient pas l'évaluation de la situation ; au-delà de l'incapacité de travail totale du jour de l'accident (le 28 mai 2011) au 17 novembre 2002 en raison des séquelles de cet événement, la capacité de travail de l'assuré était complète.

**b)** A l'appui de sa nouvelle demande du 17 mars 2017, l'assuré a produit des rapports des divers médecins consultés. Ainsi, dans un rapport du 16 juin 2016, la Dre Z.\_\_\_\_\_, ophtalmologue, a fait savoir que les performances visuelles de l'intéressé étaient abaissées du côté droit « de manière importante, de loin comme de près » en raison de lésions maculaires séquellaires consécutives à plusieurs épisodes de chorioretinopathie séreuse centrale, mais avec toutefois une acuité visuelle gauche « tout à fait bonne ». De son côté, à l'issue de son analyse du 16 novembre 2016 comportant l'étude du dossier, un examen clinique et la réalisation d'une imagerie complémentaire, le Dr D.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, a objectivé une aggravation (péjoration) de l'état de santé. Posant les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F32.2) et de syndrome douloureux somatoforme (F45.4), la Dresse S.\_\_\_\_\_, psychiatre, a, quant à elle, constaté une totale incapacité de travail de l'assuré (rapport du 23 janvier 2017). Après avoir recueilli diverses autres pièces médicales dans l'intervalle (notamment un rapport du 15 mai 2017 du Dr O.\_\_\_\_\_, neurologue, mentionnant des examens sans particularités et un rapport du 27 juillet 2017 de la Dre U.\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant, reprenant les constatations des différents spécialistes consultés, avec la mention des traitements), l'OAI a confié, à son service médical, la réalisation d'un examen

rhumatologique de l'assuré. Aux termes de son rapport du 25 septembre 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du SMR, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques dans le cadre d'une cervicarthrose C6-C7 (M54.2) et de lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une discarthrose L4-L5, d'un conflit entre une méga-apophysaire transverse L5 et le sacrum. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant et un status post-fracture de l'apophyse épineuse de C7 et de D1. Aux termes de son examen, le Dr B.\_\_\_\_\_ a constaté que si la capacité de travail était nulle depuis le 21 juin 2016 dans l'activité habituelle d'aide-monteur, elle était toutefois entière, depuis le 18 novembre 2002, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, principalement en position assise, sans port de charges au-delà de dix kilos, sans posture en porte-à-faux et à hauteur de table « à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation » (rapport d'examen clinique rhumatologique du 25 septembre 2017 pp. 11-12).

**c)** A suivre le recourant, la décision litigieuse s'avérerait erronée, lacunaire, lapidaire et insuffisamment motivée. L'OAI n'aurait à tort pas tenu compte de l'aggravation de l'état de santé de l'intéressé attestée par ses médecins, notamment l'expertise privée du Dr D.\_\_\_\_\_. A titre subsidiaire, le recourant plaide que la Cour de céans doit surseoir à statuer en la cause dans l'attente de l'expertise de la CNA (cause AA 147/17).

**aa)** Sur le plan somatique (rhumatologique et ophtalmique), il est intéressant de noter que, si le Dr D.\_\_\_\_\_ relève une incapacité de travail dans l'activité habituelle de manœuvre, respectivement d'aide-soudeur, il reste muet s'agissant de l'exigibilité dans des activités adaptées (cf. l'« analyse de dossier médico-asséculo-logique » du 16 novembre 2016 p. 13). Il convient également de relever que le trouble visuel, déjà connu lors de la précédente décision du 30 mai 2011, entraîne certes une forte diminution de l'acuité de l'œil droit mais que cette acuité

reste tout à fait bonne à l'œil gauche au vu du rapport de la Dre Z.\_\_\_\_\_.

L'arrêt rendu le 25 septembre 2018 par la Cour de céans (CASSO AA 147/17 - 113/2018), admettant le recours et annulant la décision sur opposition rendue le 28 septembre 2017 par la CNA en lui renvoyant l'affaire pour complément d'instruction, montre qu'il traite principalement de problématiques spécifiques au droit de l'assurance-accidents, à savoir le lien de causalité avec l'accident de 2001, respectivement la question de rechutes ou séquelles tardives. En effet, la Cour a considéré que la CNA n'était pas fondée à refuser de prester en invoquant uniquement le long délai entre la date de l'accident de mai 2001 et la demande de prise en charge du 16 février 2017 sans instruction complémentaire malgré l'aggravation de l'état de santé du recourant. Suivant le considérant 4 de l'arrêt, l'état de santé du recourant s'étant objectivement péjoré depuis l'accident comme le reconnaissent les deux spécialistes (à savoir, le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 novembre 2016 relatif à l'analyse de dossier médico-asséculo-logique et le médecin de la Division Médecine des assurances de la CNA dans son rapport du 12 juin 2017), la cause est renvoyée à la CNA pour mise en œuvre d'une expertise quant à la réalisation d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 28 mai 2001 et l'aggravation de l'état de santé et, cas échéant, déterminer si la situation n'est pas stabilisée.

Contrairement à l'assureur-accidents, et dans la mesure où le DrD.\_\_\_\_\_ ne se déterminait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée, l'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique le 29 août 2017 au SMR à la suite de l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ du 20 juin 2017. Après avoir examiné l'assuré et dûment analysé les pièces versées au dossier, le médecin-examineur B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a confirmé l'existence d'une aggravation de la situation à partir du mois de juin 2016 avec, dès lors, cumul de l'atteinte dégénérative cervicale et lombaire empêchant l'exercice de l'ancienne activité physiquement trop contraignante. En page 11 du rapport du 25 septembre 2017 relatif à l'examen clinique rhumatologique, il est écrit

qu'« il y a lieu de s'aligner sur l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_ qui indique que dans l'activité habituelle, la capacité de travail est nulle » ; le médecin-examineur du SMR confirme l'incapacité totale dans une activité physiquement lourde, mais retient par contre une exigibilité entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques listées. Concernant l'atteinte visuelle, selon les indications figurant en page 10 du rapport d'examen au SMR, il convient de relever que l'assuré était parvenu à recopier sans difficulté le nom de son médecin-traitant dont il ne connaissait pas l'orthographe, démontrant ainsi que son atteinte oculaire est bien compensée par le port de lunettes.

Il n'existe en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées du médecin-examineur B. \_\_\_\_\_, étant souligné que le rapport d'examen clinique rhumatologique du 25 septembre 2017 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3f supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse circonstanciée du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation par un spécialiste expérimenté dans son domaine et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions. Celles-ci peuvent donc être suivies.

On observera en particulier que l'appréciation du médecin-examineur B. \_\_\_\_\_ ne diverge pas de celle du Dr D. \_\_\_\_\_ dès lors que ce médecin-expert privé ne s'est pas prononcé sur l'exigibilité dans une activité adaptée, se limitant à déclarer que l'état de santé n'était pas stabilisé. De son côté, outre le bref rapport du 15 mai 2018 de la Dre U. \_\_\_\_\_ remis à l'appui de ses observations du 23 mai 2018 qui ne contient pas d'arguments nouveaux pour étayer un diagnostic, ni de description (cf. « Compte rendu de la permanence SMR » établi le 28 mai 2018), le recourant ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'examen

rhumatologique au SMR ni ne produit aucune pièce suffisamment pertinente de nature à mettre en doute le bien-fondé des conclusions de l'examen clinique rhumatologique du 29 août 2017 ou de surseoir à statuer dans l'attente de l'expertise de la CNA dans la cause AA 147/17.

**bb)** Au plan psychique et psychosomatique, sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin-examineur B.\_\_\_\_\_ a confirmé la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les douleurs diffuses de l'assuré s'expliquaient en grande partie par ce syndrome douloureux, avec des facteurs externes jouant un rôle prépondérant. En effet, durant l'hospitalisation à la CRR, les médecins relevaient déjà un manque de collaboration (cf rapport final du 14 février 2002 des Drs M.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ p. 3). Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 4 mars 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a mentionné, pour sa part, que l'assuré ne manifestait aucune intention de réintégrer le monde ordinaire du travail, sachant qu'il se voyait comme totalement invalide. A l'été 2017 pour le Dr B.\_\_\_\_\_, la situation n'avait pas changé, l'intéressé s'estimant incapable de travailler et réclamant une rente AI qu'il aurait dû obtenir, selon lui, depuis de nombreuses années.

Le rapport du 23 janvier 2017 de la Dre S.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, ne permet pas de retenir une aggravation de la situation déjà connue, ni une atteinte à la santé se répercutant sur la capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, l'expertise psychiatrique de mars 2011 du Dr Q.\_\_\_\_\_, corroborée par les constatations de l'examen d'août 2017 au SMR, n'a pas retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F32.2) et de syndrome douloureux somatoforme (F45.4) annoncés comme incapacitants. En outre, le diagnostic d'un trouble anxio-dépressif n'est pas établi sur la base d'éléments objectifs mais repose, aux dires de la Dre S.\_\_\_\_\_, « sur les éléments anamnestiques et les symptômes présents chez M. W.\_\_\_\_\_ ». Or les différents médecins amenés à examiner l'assuré lors de ses multiples demandes de prestations ont quant à eux observé un certain théâtralisme de sa part (cf. à ce propos, l'avis du 20 juin 2017 du Dr V.\_\_\_\_\_, du SMR).

Compte tenu de l'absence de diagnostic incapacitant et, partant, de limitations fonctionnelles, il n'y a pas lieu d'examiner la situation au regard des principes applicables en matière d'évaluation de la capacité de travail en présence de maladies psychiques (cf. ATF 143 V 409 et 143 V 418).

**6. a)** Sur le versant économique, le dossier de l'assuré a été soumis par l'OAI à un de ses spécialistes en réinsertion professionnelle afin que celui-ci se détermine sur les éventuelles mesures de réadaptation, sur les activités adaptées aux limitations fonctionnelles et sur le calcul du préjudice économique (cf. « REA – Rapport final » du 16 avril 2018 dont il ressort un degré d'invalidité de 10 %). Une aide au placement a par ailleurs été proposée le 20 avril 2018 mais sans pouvoir être mise sur pied, l'intéressé s'estimant incapable d'entreprendre quoi que ce soit.

Dans ses écritures, le recourant conteste uniquement l'abattement de 10 % sur le salaire statistique pris en compte pour la détermination de son revenu d'invalidé, réduction dont il prétend qu'elle est en réalité de 50 %.

Or comme on va le voir ci-après, le recourant ne convainc pas.

**b)** S'agissant de l'abattement, il ressort de la jurisprudence constante que, dans certains cas, une déduction peut être effectuée sur le revenu d'invalidé afin de tenir compte du fait que les personnes atteintes dans leur santé, présentant des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 8C\_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.1). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de

l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, autorisation de séjour et taux d'occupation ; ATF 129 V 472 consid. 4.3.2). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

En l'espèce, il n'existe aucun motif justifiant de s'écarter de l'abattement de 10 % sur le salaire statistique pris en compte pour la détermination du revenu d'invalidé en lien avec les limitations fonctionnelles liées au handicap somatique (rhumatologique) de l'assuré.

En l'absence d'autres griefs soulevés sur l'évaluation de la perte de gain, il n'y a pas lieu de revenir plus avant sur le calcul du taux d'invalidité (ou l'évaluation de la capacité résiduelle de gain) effectué par l'OAI qui, vérifié d'office, ne prête pas flanc à la critique. Au vu du degré d'invalidité de 10 % constaté, le recourant ne peut prétendre ni rente ni mesure de réadaptation professionnelle (reclassement).

**7.** Finalement, à la date de la décision litigieuse du 25 juin 2018, l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié depuis la décision de refus du 30 mai 2011 entrée en force, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

**8. a)** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations 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 ; le montant des frais est fixé

en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; BLV 211.02.3]).

**c)** 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  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 25 juin 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 laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- 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 mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Ozgerhan Tolunay (pour W. \_\_\_\_\_),
- 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 :