

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 septembre 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Pasche, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Séverin-Tissot Daguette,
avocat à Neuchâtel,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 43 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 196[...], sans formation professionnelle, droitier, a travaillé dès le mois de mars 1993 en qualité de machiniste pour l'entreprise A._____ SA.

Le 24 juin 2001, l'assuré a été victime d'un accident de football ayant entraîné une perte de connaissance, des dégâts dentaires, ainsi que - au niveau du genou gauche - une déchirure de la corne moyenne du ménisque interne et une déchirure partielle du ligament croisé antérieur, lésions qui se sont ensuite compliquées d'une algodystrophie au niveau du genou gauche (cf. rapport SMR [Service médical régional de l'assurance-invalidité] du 20 avril 2004 ; rapport d'expertise du 24 novembre 2006 du Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie).

Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 5 mars 2003, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

b) Par décision du 4 mai 2005, confirmée sur opposition le 25 octobre 2007, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2002 au 31 octobre 2003. L'OAI a retenu que l'activité habituelle de machiniste n'était plus exigible et a considéré qu'à compter du 8 juillet 2003, l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de stations assise prolongée de plus de deux heures, pas de mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier répétitifs, pas de port de lourdes charges au-dessus de 5 kg et pas de longs trajets de plus de 1/2 heure à plat) sur la base d'une expertise rhumatologique (rapport d'expertise du 24 novembre 2006 du Dr B._____) et d'une expertise psychiatrique (rapport d'expertise du 27 février 2004 du Dr C._____, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie), laquelle n'avait pas révélé d'atteintes invalidantes, ainsi que sur la base des documents médicaux ressortant du dossier de la CNA (cf. notamment rapport du 12 août 2002 de la D. _____ et l'examen médical final du 8 juillet 2003 du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement).

c) Depuis lors, l'assuré a bénéficié de différents examens médicaux.

Dans un rapport d'IRM lombaire (imagerie par résonance magnétique) du 4 décembre 2014, le Dr F. _____, spécialiste en radiologie, a constaté des discopathies pluri-étagées avec des disques légèrement amincis présentant une certaine déshydratation avec diminution de signal en T2 et quelques irrégularités des plateaux vertébraux évoquant des séquelles d'une maladie de Scheuermann d'expression modérée. Il n'a pas observé de rétrécissement canalaire ou foraminaux ni de conflit disco-radicaire et en particulier avec les racines sciatiques gauches.

Dans un rapport du 30 août 2017 adressé à la Dre G. _____, médecin traitante de l'assuré, le Prof. I. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a fait savoir que l'IRM du genou gauche qu'il avait prescrite n'avait montré qu'une tendinopathie rotulienne pouvant expliquer en partie les douleurs, en particulier à la charge en flexion. Il a recommandé un traitement conservateur.

Dans un rapport du 9 septembre 2017, le Dr J. _____, spécialiste en cardiologie, a rappelé que l'assuré avait bénéficié d'une annulo-valvuloplastie mitrale en raison d'une insuffisance mitrale sévère le 18 décembre 2013. Sur la base de ses examens, le Dr J. _____ a conclu à une excellente évolution après l'intervention et à une échocardiographie montrant un bilan normal. Il a estimé que, du point de vue cardiologique, l'assuré était « *apte au travail à 100 % sans aucune restriction* ».

Dans un rapport de scintigraphie osseuse de la colonne lombaire ainsi que des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales du 15 mai 2018, le Dr K._____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence de signe inflammatoire péri-lombaire, sacro-iliaque ou coxofémoral, sans identifier d'explication aux douleurs para-spinales gauches et d'asymétrie évidente au niveau des hanches.

B. Entretiens, R._____ a repris une activité professionnelle pour L._____ en qualité de machiniste depuis le 3 avril 2018.

Le 18 juillet 2019, l'assuré a chuté d'une machine sur le coude gauche, événement des suites duquel il a présenté une épicondylite, ce qui a entraîné une incapacité de travail à 100 %.

La CNA a pris le cas en charge.

Dans un rapport d'échographie du coude gauche du 26 juillet 2019, le Dr M._____, spécialiste en radiologie, a conclu à un remaniement de l'insertion proximale du tendon commun des extenseurs sur l'épicondyle, avec une petite zone de fissuration sur la face profonde et une importante hyperhémie tendineuse au Doppler (épicondylite fissurée). Il a procédé à une infiltration cortisonique du coude gauche sans complication.

En raison de douleurs en barre sus-ombilicales, l'assuré a bénéficié d'un scanner abdominal. Dans un rapport du 16 septembre 2019, le Dr F._____ a conclu à la présence de deux lésions hépatiques en relation avec des angiomes connus qui n'avaient pas notablement évolué et d'un petit kyste banal cortical au pôle inférieur du rein droit.

L'assuré a consulté le Dr N._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, lequel a posé les diagnostics de syndrome du supinateur gauche et d'épicondylite gauche post-traumatique. Faute de réponse au traitement

conservateur pour l'épicondylite, ce médecin a procédé, le 12 novembre 2019, à une cure de syndrome du supinateur gauche et d'épicondylite gauche post-traumatique (cf. protocole opératoire du 20 novembre 2019).

Le 9 janvier 2020, R. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en invoquant une péjoration de son état de santé et en indiquant quant au genre de l'atteinte une épicondylite gauche, une insuffisance rénale, une opération du cœur en 2013 et une algoneurodystrophie du genou gauche dès 2001.

Procédant à l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI a recueilli le dossier de la CNA et a requis des renseignements auprès des médecins consultés par l'assuré.

Par communication du 13 mars 2020, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce auprès d'O. _____.

Le même jour, l'employeur a rempli le formulaire de l'OAI.

Dans un rapport du 8 mai 2020 à l'OAI, la Dre G. _____ a mentionné, en plus de l'épicondylite gauche, des lombosciatalgies récidivantes, une insuffisance rénale stable justifiant l'interdiction d'utiliser des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), un status post-annulovalvuloplastie mitrale compliquée par un abcès pré-stermal à staphylocoque doré méticilline résistant (MRSA) et une septicémie à MRSA (p. 14, ch. 6). Elle a estimé que cette situation était stable et ne justifiait pas de diminution de la capacité de travail. Elle ne mentionnait comme atteinte psychique que des troubles de la concentration dans le cadre du traitement antalgique sans affection psychiatrique (p. 12, ch. 5.3). La Dre G. _____ a fait savoir que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 70 à 80 % dans une activité adaptée (travaux légers et non physiques, p. 15, ch. 7.1) à raison de 8 heures par jour (p. 17, ch. 7.3).

Dans un rapport du 27 mai 2020, O._____ a informé l'OAI qu'elle mettait un terme à la mesure d'intervention précoce, faute de pouvoir trouver une piste professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

Dans une note interne du 11 juin 2020, l'OAI a indiqué que d'autres mesures d'intervention précoce ne se justifiaient pas et qu'il convenait préalablement à toutes autres mesures de clarifier la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Répondant le 29 juin 2020 à un questionnaire de l'OAI, le Dr N._____ a fait savoir que l'activité habituelle de machiniste n'était plus exigible en raison d'un status d'algodystrophie du coude gauche.

En raison de la persistance des douleurs au bras gauche, le Dr E._____ a demandé un consilium auprès du Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a reçu l'assuré le 11 août 2020. Dans un rapport du 13 août 2020, le Dr P._____ a relevé que le patient était très crispé et craignait d'utiliser son membre supérieur gauche. Il a également noté que le coude gauche était diffusément douloureux à la palpation et qu'il persistait des signes d'irritation du nerf interosseux postérieur. Il a décidé de compléter le bilan par une IRM et a demandé à ce que le patient soit examiné dans le Service d'antalgie du H._____.

Dans un rapport d'IRM lombaire du 18 août 2020 commandée par la Dre G._____ à la suite de lombosciatalgies avec irradiation douloureuse sur la fesse gauche, le Dr F._____ a fait savoir que l'assuré présentait des séquelles de maladie de Scheuermann dorsale inférieure et lombaire supérieure, quelques protrusions discales sans hernie, une arthrose facettaire aux trois derniers niveaux. En revanche, le radiologue n'a pas identifié de tassement vertébral, de canal lombaire étroit ni de conflit discoradiculaire et en particulier sur les racines sciatiques gauches, jusqu'en S2 à gauche.

Des suites du consilium du Dr P._____, l'assuré a été examiné par le Dr Q._____, spécialiste en anesthésiologie. Dans son rapport du 18 septembre 2020, ce médecin a suspecté une compression du nerf interosseux postérieur à l'arcade de Frohse et noté des gonalgies gauches persistantes mises sur le compte d'une algodystrophie qui était venue compliquer l'arthroscopie réalisée le 20 juillet 2001. Ce médecin a en outre procédé à des infiltrations qui n'avaient pas amélioré la situation.

L'IRM réalisée le 24 septembre 2020 a mis en évidence une épicondylite latérale non rupturale ainsi qu'un épaissement du nerf interosseux postérieur en hypersignal T2 à son passage entre les deux chefs du supinateur, ainsi qu'un œdème musculaire du supinateur. Dans son rapport du 26 octobre 2020, le Dr P._____ a estimé que l'interprétation de cette IRM devait se faire avec précaution vu qu'une partie du liquide injecté lors d'une infiltration le 14 septembre 2020 pouvait être encore visible. Le chirurgien a évoqué l'opportunité d'une neurolyse du nerf interosseux postérieur et demandé l'avis du Dr S._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main.

Dans un rapport du 16 novembre 2020, le Dr S._____ a recommandé de ne pas réopérer l'assuré en raison de risque non négligeable de lésion à long terme. Il a estimé que le pronostic professionnel était très défavorable au vu de la durée et de l'étendue des douleurs au coude et de l'inefficacité de tous les traitements déjà effectués.

Dans un rapport du 18 janvier 2021, le Dr Q._____ a conclu que l'assuré présentait des douleurs chroniques du coude gauche avec neuropathie post-traumatique du nerf interosseux postérieur et des cervicalgies et lombalgies chroniques. Il a proposé un traitement pharmacologique et une neuromodulation par radiofréquence.

Le Dr E._____ a examiné l'assuré le 26 janvier 2021. Dans son rapport du même jour, il a recommandé un examen neurologique.

Dans un rapport d'IRM lombaire du 17 février 2021, la Dre T._____, spécialiste en radiologie, a fait état d'une importante atteinte inflammatoire interépineuse de L1 à L5, particulièrement marquée au niveau L2-L3, d'un remaniement dégénératif avec aspect inflammatoire en arrière des corps vertébraux L2-L3 du côté droit avec une probable extension vers le trou de conjugaison. Elle a observé à ce niveau que le trou de conjugaison était modérément réduit, ce qui pouvait indiquer une irritation de la racine L2 sans que l'on visualise un conflit radiculaire. Elle a aussi mentionné une surcharge des articulations facettaires postérieures avec une réaction inflammatoire des parties molles en regard au niveau des deux derniers étages lombaires.

A la demande de la CNA, le Dr U._____, spécialiste en neurologie, a examiné l'assuré. Dans un rapport du 24 mars 2021, le Dr U._____ a notamment posé les diagnostics, sans anomalie à l'examen électrophysiologique, de syndrome douloureux chronique post-traumatique du coude gauche après une chute survenue le 18 juillet 2019, de status après neurolyse du nerf interosseux postérieur gauche en novembre 2019 et de status après cure chirurgicale d'une épicondylite latérale gauche en 2019. Le Dr U._____ a indiqué que l'assuré présentait, au niveau des membres supérieurs, des troubles de la sensibilité non anatomiques au niveau du bras et de l'avant-bras gauche, sans trouble de la trophicité musculaire. Le toucher du coude gauche était ressenti comme très douloureux. Le bilan électrophysiologique du membre supérieur gauche était strictement normal. Le Dr U._____ n'a pas retenu d'élément pour une atteinte radiculaire de C5 jusqu'à C8 gauche, estimant qu'il était « *bien possible que le patient présente une surcharge fonctionnelle* ».

Dans un rapport du 20 avril 2021 à l'OAI, le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie, a retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de lombalgie sur spondylose et discopathie

dégénérative lombaire étagée, de douleur du genou et de la jambe gauche dans le contexte d'une chondropathie fémoro-patellaire et d'un état après syndrome régional douloureux complexe (CRPS) suite à une entorse du genou avec lésion méniscale interne et à deux chirurgies arthroscopiques méniscales, de cervicalgie de caractère musculaire dysfonctionnel et de discopathie cervicale modérée étagée plus marquée en C6-C7 et de status après douleur du coude gauche sur épicondylite post-traumatique avec syndrome du supinateur gauche et traitement chirurgical. Sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné une insuffisance rénale chronique, une chirurgie cardiaque, une dysthymie et un excès pondéral. Le Dr V. _____ a estimé que le pronostic était défavorable pour une potentielle reprise à un taux d'activité de 100 % en raison du caractère limitant, chronique et multiple des douleurs dont souffrait son patient, ainsi qu'en raison d'une longue période d'inactivité professionnelle. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (limitations dans la possibilité de maintenir les positions statiques debout ou assise ; pas de travaux en position penchée, ni sur les genoux ; limitations d'amplitude de flexion/extension et rotation torsion du rachis ; éviction des positions en porte-à-faux du dos ; genoux sensibles en charge et lors de déplacements répétés ; difficultés pour porter, déplacer ou soulever des charges moyennes 6 kg et moindre si ce travail est répétitif ; travail sur des échelles et échafaudages non réalisable), le Dr V. _____ a évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à une à deux heures par jour.

Le Dr Q. _____ a commandé une scintigraphie osseuse, laquelle a conclu à l'absence d'argument en faveur d'un syndrome douloureux régional complexe (rapport du 20 avril 2021).

Dans un rapport du 20 septembre 2021, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a observé de nettes discordances entre les plaintes et les constatations objectives. Il a proposé un séjour à la D. _____.

L'assuré a séjourné à la CRR du 16 novembre 2021 au 7 décembre 2021. A cette occasion, il a notamment bénéficié d'examens neurologiques le 23 novembre 2021 (Dr ZE._____, spécialiste en neurologie), d'une consultation orthopédique le 26 novembre 2021 (Dr ZD._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), d'une consultation de « *l'appareil locomoteur* » le 6 décembre 2021 (Dr ZC._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation [ndr. La consultation portait essentiellement sur le rachis]) et d'un consilium psychiatrique le 23 décembre 2021 (Dr ZF._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport de synthèse du 14 janvier 2022, le Dr X._____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr Y._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Douleur persistante du coude gauche
- 07.2019 : chute sur le coude gauche
- Epicondylite latérale et probable neuropathie interosseux postérieur dans les suites

DIAGNOSTIC SECONDAIRE

- suspicion d'un trouble douloureux somatoforme persistant

COMORBIDITES

- Cervico-lombalgies chroniques depuis 2017 avec :
 - Séquelles de maladie de Scheuermann dorsale inférieur et lombaire supérieur, quelques protrusions discales sans hernie. Arthrose facettaire aux trois derniers niveaux (IRM 20.04.2017, 18.08.2020)
 - Blocs facettaires bilatéraux (HRC-Rennaz, 05.2017)
- Gonalgies chroniques (G>D) depuis 2002 avec :
 - arthroscopies le 20.07.2001 (suture de lésion méniscale interne) et le 15.02.2002
 - SDRC développé en 2002
- Insuffisance rénale chronique stade 2 sur consommation chronique de AINS

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

En lien avec la problématique actuelle :

- 12.11.2019 : cure épicondylite latéral gauche et neurolyse du nerf interosseux postérieur

Autres :

- S/p entorse du genou gauche le 24.06.2001 avec opérations arthroscopiques le 20.07.2001 (suture de lésion méniscale

interne), 2ème arthroscopie le 15.02.2002, SDRC du genou gauche

- S/p plastie mitrale et réduction oreillette gauche en novembre 2013 (...)

(...)

ANTECEDENTS MEDICAUX

- 11.2013 : Abcès présternal dans le contexte de complications de l'opération cardiaque »

Ils ont apprécié la situation en ces termes :

« Sur le plan orthopédique le patient a bénéficié d'une **consultation orthopédique spécialisée** qui n'a pas retenu de diagnostic particulier. Il n'y a pas d'indication opératoire quelle qu'elle soit. Des incohérences ont été notées lors de cette consultation (Cf infra).

Dans le contexte de lombalgies rapportées depuis une année, le patient a bénéficié d'une **consultation spécialisée rachis**. Les lombalgies sont présentes depuis environ une année selon le patient et elles sont localisées en région lombaire s'étendant dans la fesse gauche et pouvant aller plus distalement au milieu de la cuisse gauche. Au total, les lombalgies sont possiblement en lien avec un certain déconditionnement et quelques troubles dégénératifs lombaires qui ne sont pas en lien avec une atteinte spécifique du rachis au sens strict. Il faut encourager R._____ à maintenir un certain niveau d'activités physiques et de la mobilité lombo-pelvienne globalement. En l'état actuel, il n'y a pas d'indication à une prise en charge plus invasive (cf rapport).

Sur le plan psychiatrique : le patient a bénéficié d'un consilium psychiatrique. Selon évaluation par notre spécialiste consultant, il existe une suspicion d'un trouble douloureux somatoforme persistant chez un patient aux traits de personnalité narcissique. Il n'y a pas de porte d'entrée pour un travail psychologique (cf rapport).

Sur le plan neurologique : lors du séjour, le patient a bénéficié un ENMG le 23.11.2021, les résultats sont à analyser en comparaison avec l'ENMG fait en ambulatoire par le Docteur A. Radziwill. L'examen ne permet pas d'objectiver une atteinte des structures nerveuses périphériques au membre supérieur gauche, ainsi on relève quelques qualités douloureuses pouvant évoquer une douleur neuropathique avec des brûlures. La répartition ne suit pas un territoire anatomique connu, il n'y a pas de signes de Tinel mais de nombreux signes de surcharge fonctionnelle. Les neurographies sensitivomotrices sont aussi parfaitement normales dans le territoire où le patient évoque des troubles de la sensibilité. L'ultrasonographie des structures nerveuses au membre supérieur gauche est normale. (cf rapport).

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels jouent un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent

défavorablement le retour au travail : auto-évaluation élevée de la douleur et de son interférence avec le travail au questionnaire BPI, catastrophisme élevé au questionnaire PCS, kinésiophobie élevée au questionnaire TSK, auto-évaluation très basse de ses capacités fonctionnelles au questionnaire PACT avec un score de 43 correspondant à un niveau d'effort inférieur à sédentaire, auto-évaluation élevée du handicap avec un score au questionnaire DASH de 72/700. La longue incapacité de travail depuis deux ans et l'absence de projection dans une activité sont aussi des facteurs qui vont compliquer une reprise de travail.

(...)

L'évolution subjective et objective est non significative (cf. rapports et tests fonctionnels).

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

Des incohérences ont été relevées : lors de l'examen clinique à l'entrée ainsi que pendant la consultation orthopédique le patient au début se mobilise normalement et se déshabille également sans véritable limitation frappante, par contre l'examen clinique est impossible avec des limitations du genou, de l'épaule et du coude ; PILE test non effectué ; test des 6 minutes à 250 m (valeur inférieure à celle observée en gériatrie).

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : port de charges répétitif et/ou prolongé de plus de 5 à 10 kg, activités répétitives et/ou prolongées avec utilisation de la force avec le MSG. Ces limitations concernent le coude (accident).

La poursuite d'un traitement de physiothérapie à sec et en piscine permettrait au patient de s'activer et de se mobiliser globalement. Nous préconisons de faire encore 9 séances puis si aucune amélioration de stopper.

La situation n'est pas tout à fait stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 2 mois.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée sur le plan orthopédique selon notre consultant.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est pour le moment défavorable au vu des facteurs contextuels et médicaux.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est théoriquement favorable mais au vu des facteurs contextuels on doit s'attendre à des difficultés le patient ne se projetant pas dans une activité professionnelle. »

Le 2 février 2022, le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a considéré que les limitations fonctionnelles retenues par la D. _____ pouvaient être confirmées et que dans une

activité adaptée à ces dernières, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 100 %.

L'OAI a soumis le dossier au SMR. Dans un avis du 4 février 2022, le Dr ZA._____ a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de machiniste depuis l'accident du 18 juillet 2019. S'agissant d'une activité adaptée, le Dr ZA._____ a suivi l'avis des médecins de la CNA et retenu une capacité de travail entière, relevant que cette appréciation rejoignait en grande partie celle du médecin traitant. Il a énoncé les limitations fonctionnelles suivantes : « *Port de charges répétitif et/ou prolongé de plus de 5 à 10 kg, activité répétée et/ou prolongée avec utilisation de la force avec le bras gauche, alternance des positions, activité physiquement non contraignante et légère* ». Il a estimé que l'assuré pouvait se réadapter dès le mois de mai 2020 (« *date du rapport de la Dre G. _____* »).

Dans un rapport du 30 mai 2022, la Dre ZB._____, spécialiste en neurochirurgie, a présenté à la CNA un compte-rendu des atteintes au rachis affectant l'assuré. Elle a indiqué que les bilans radiologiques avaient toujours montré des discopathies lombaires pluri-étagées associées à un état inflammatoire assez étendu en interépineux et en L5-S1, sans avoir pour autant permis d'identifier des hernies discales ou des compressions radiculaires. Elle en a conclu qu'il semblait « *très difficile* » que son patient puisse reprendre son activité professionnelle précédente. Elle a recommandé de le « *diriger vers une autre activité professionnelle* » et de tenir compte de ses limitations fonctionnelles suivantes : maximum de ports de charges répétés de 5 kg, nécessité d'éviter des activités en position assise ou debout prolongée, impossibilité de marcher sur de longs trajets et de travailler avec des vibrations constantes.

Dans un nouvel avis SMR du 17 août 2022, le Dr ZA._____ du SMR a confirmé la capacité de travail retenue et précisé les limitations fonctionnelles dans le sens de la Dre ZB._____, à savoir un « *maximum*

de port de charge de 5 kg, pas de marche sur de longs trajets et pas de travail avec vibrations constantes ».

Par communication du 15 août 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré l'aide au placement.

Par projet de décision du 19 août 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité lucrative du 19 juillet 2019 au mois de mai 2020, puis qu'il avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (port de charges répétitif et/ou prolongé de plus de 5 à 10 kg, activité répétée et/ou prolongée avec utilisation de la force avec le bras gauche, alternance des positions, activité physiquement non contraignante et légère). A cette date, le degré d'invalidité s'élevait à 20,86 %. Ce taux n'ouvrait pas le droit à une rente, des mesures professionnelles n'étant au demeurant pas susceptibles de réduire le préjudice économique dès lors que l'assuré ne présentait pas les prérequis pour une formation certifiante susceptible de réduire le préjudice financier.

Le 22 août 2022, l'assuré a refusé l'aide au placement en raison de son état de santé (cf. aussi notice d'entretien téléphonique du 4 octobre 2022).

L'assuré, représenté par Me Séverin Tissot-Daguette, avocat à Delémont, a fait part de ses objections par courrier du 20 octobre 2022. Il a pour l'essentiel soulevé que l'OAI s'était essentiellement fondé sur le dossier de la CNA, lequel était insuffisant dans le cadre de l'assurance-invalidité compte tenu des multiples atteintes l'affectant. Il a également réclamé une expertise pluridisciplinaire afin d'évaluer, en particulier, la question d'un éventuel trouble somatoforme.

Dans un rapport du 19 novembre 2022 adressé au conseil de l'assuré, le Dr Q._____ a indiqué qu'il retenait trois diagnostics principaux, à savoir des douleurs chroniques secondaires

posttraumatiques d'allure neuropathique du coude gauche avec atteinte du nerf interosseux postérieur, des douleurs chroniques musculosquelettiques d'allure dégénérative avec arthrose facettaire lombaire et des douleurs chroniques musculosquelettiques sur tendinopathie chronique du genou gauche. Il n'a pas retenu celui de trouble somatoforme, ce diagnostic devant être selon lui évalué par un psychiatre. Il a estimé que, compte tenu de ses atteintes somatiques multiples, une activité adaptée, non physique, sans ports de charge pourrait « *peut-être être discutée mais pas à un taux de 100 %* ».

L'OAI a soumis les objections au SMR pour détermination. Dans un avis du 8 décembre 2022, le Dr ZA._____ s'est prononcé en ces termes :

« Conclusion : Nos conclusions se basent essentiellement sur celles de l'assurance accident, et notamment sur l'appréciation de la D._____. Nous avons également tenu compte des recommandations de la Dre ZB._____ (30.05.22).

S'il est vrai qu'il est fait mention dans le rapport de la D._____ (14.01.22), page 6, que les limitations fonctionnelles décrites concernant le coude, nous relevons d'une part qu'une appréciation globale de la situation a été réalisée à l'occasion de ce séjour, et d'autre part que nous ne nous sommes par borné à retenir uniquement ces limitations fonctionnelles (cf. notre dernier avis SMR). Nous relevons également que l'appréciation de la D._____ rejoint en grande partie celle du médecin traitant (Dr G._____, 08.05.20), qui précisait bien en page 4 les diagnostics établissant une diminution de la CT (épicondylite et lombosciatalgies) et en page 14 que l'insuffisance rénale ne justifiait qu'une interdiction d'utiliser des AINS et que l'atteinte valvulaire était stable, sans justification pour une diminution de la CT.

Sur le plan psychiatrique, aucun intervenant au dossier ne retenait un diagnostic avéré, tout comme d'ailleurs le Dr Q._____. Il est inexact de dire que les médecins de la D._____ ont retenu le diagnostic de trouble douloureux somatoforme. En effet, ils mentionnent bien une suspicion de TSD (page 1). Dans l'appréciation détaillée (consilium psychiatrique du 24.11.21), il est précisé que l'assuré n'a pas d'antécédents psychiatriques familiaux ou personnels et n'a pas de plaintes psychiatriques. Le psychiatre précise de plus ne pas avoir mis en évidence de trouble psychopathologique patent si ce n'est une suspicion de syndrome douloureux avec traits de personnalité narcissique. Il rapporte en conclusion que l'assuré ne présente pas de troubles psychiatriques patents de l'axe 1.

A noter finalement que contrairement aux médecins traitants, les médecins de la D._____ ont bien intégré à leur évaluation les facteurs contextuels et les incohérences au dossier.

Conclusion: L'ensemble des atteintes à la santé ont été prises en considération dans l'instruction. Sur le plan psychiatrique, aucun médecin ayant examiné l'assuré n'a retenu un diagnostic psychiatrique ou un diagnostic de trouble somatoforme persistant. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction.

Au vu de ce qui précède, nous proposons de maintenir nos conclusions. »

Par décision du même jour, l'OAI a confirmé son projet de décision du 19 août 2022. Dite décision était accompagnée de l'avis SMR susmentionné et d'une motivation séparée s'y référant.

C. R._____, représenté par Me Séverin Tissot-Daguette, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 23 janvier 2023. Le recourant a conclu principalement à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité et des mesures professionnelles et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il a reproché à l'OAI de ne s'être fondé que sur les documents de la CNA qui concernaient uniquement l'atteinte au coude gauche. Il a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire devrait être mise en œuvre.

Dans sa réponse du 2 mars 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En ce qui concernait les aspects médicaux, il s'est référé en substance à l'avis SMR du 8 décembre 2022. S'agissant des mesures professionnelles, l'OAI a soutenu qu'aucune mesure ne serait susceptible de réduire le préjudice économique.

Par courrier du 27 mars 2023, le recourant a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente et à des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 8 décembre 2022, fait suite à une demande de prestations déposée au mois de janvier 2020 en raison d'une incapacité de travail résultant d'un accident survenu au mois de juillet 2019. Un éventuel droit à la rente prendrait ainsi naissance au terme du délai de carence d'une année - soit avant le 1^{er} janvier 2022 - de sorte que les dispositions de la LAI et du RAI

dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables à la résolution du présent litige.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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.

b) 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). 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.

d) 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

5. 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) S'agissant en particulier des affections psychiques, des affections psychosomatiques et des syndromes de dépendance à des substances psychotropes, ceux-ci doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une fois le diagnostic posé, son caractère invalidant 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).

c) Selon l'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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

e) En ce qui concerne l'évaluation médicale effectuée par un SMR au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, qui est établie sans que le médecin n'examine l'assuré, elle ne contient aucune observation clinique. Un tel avis a ainsi seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4 in SVR 2009 IV n° 50 p. 153). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.2).

6. a) Le recourant s'est annoncé à une seconde reprise à l'assurance-invalidité le 9 janvier 2020. Il est constant que la dernière décision entrée en force ayant donné lieu à une instruction complète est

celle du 25 octobre 2007, par laquelle l'intimé a octroyé au recourant une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} juin 2002 au 31 octobre 2003, justifiée des suites de l'accident de football survenu le 24 juin 2001 et ayant entraîné des atteintes au genou gauche.

b) Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations déposée le 9 janvier 2020, objet du présent recours, le recourant reproche à l'intimé de n'avoir pris en compte que les atteintes post-traumatiques examinées par la CNA en relation avec l'accident du 18 juillet 2019, à l'exclusion des autres atteintes somatiques et psychiques, lesquelles justifieraient un examen sous l'angle des indicateurs pertinents. L'intimé conteste ce point de vue et soutient que l'ensemble des atteintes à la santé somatiques ont été prises en considération dans le cadre de son instruction. Il précise que, sur le plan psychiatrique, aucun médecin ayant examiné l'assuré n'a retenu un diagnostic psychiatrique, si bien qu'il n'y avait pas lieu de compléter l'instruction.

7. En l'espèce, il est constant que le recourant ne dispose plus d'une capacité de travail dans son activité habituelle de machiniste en raison à tout le moins de l'épicondylite depuis le 18 juillet 2019, date du deuxième accident (rapport du 29 juin 2020 du Dr N. _____ ; rapport du 14 janvier 2022 de la D. _____, p. 6 ; avis SMR du 4 février 2022). Toutefois, se fondant sur le dossier constitué par la CNA et sur les rapports émanant des médecins consultés par le recourant, l'intimé a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles présentées par le recourant. Celles-ci sont les suivantes (avis SMR des 4 février et 17 août 2022) : pas d'activité répétée et/ou prolongée avec utilisation de la force avec le bras gauche, alternance des positions, activité physiquement non contraignante et légère, maximum de port de charge de 5 kg, pas de marche sur de long trajet et pas de travail avec vibrations constantes. Sur cette base, la REA (Unité « partenaires réadaptation » de l'AI) a décrit l'activité adaptée en question en ces termes (calcul du salaire exigible du 6 avril 2022) : *« travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à*

l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres) ».

Contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimé a examiné la situation médicale du recourant de manière exhaustive. Certes l'intimé s'est en partie fondé sur le dossier constitué en parallèle par la CNA, lequel contient des rapports médicaux qui dépassent le strict cadre de l'accident du 18 juillet 2019. Il l'a aussi complété avec les pièces médicales obtenues dans le cadre de sa propre instruction. Il a ainsi récolté des renseignements médicaux concernant les autres atteintes au niveau du rachis, du genou et du coude gauches, du système cardiovasculaire, hépatique et de la sphère psychiatrique.

a) Chronologiquement, les premières atteintes examinées par l'intimé sont les séquelles de l'accident du 24 juin 2001. Dans le cadre de la première décision du 25 octobre 2007, le Dr B. _____ avait retenu que l'activité habituelle de machiniste n'était plus exigible qu'à 20 % en raison des limitations fonctionnelles (pas de stations assise prolongée de plus de deux heures, pas de mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier répétitif, pas de port de lourdes charges au-dessus de 5 kg et pas de longs trajets de plus de 1/2 heure à plat; rapport d'expertise du 24 novembre 2006, p. 13), recommandant une réinsertion dans une activité adaptée. Cette position était aussi suivie par la CNA (appréciation médicale du 8 juillet 2003 du Dr E. _____, p. 3).

Le 30 août 2017, le Prof. I. _____ a observé que l'IRM du genou gauche qu'il avait commandée ne montrait qu'une tendinopathie rotulienne pouvant expliquer en partie les douleurs en particulier à la charge en flexion. Malgré les atteintes au genou gauche et après le suivi auprès du Prof. I. _____, on observe que le recourant a repris son activité habituelle de machiniste pour L. _____ depuis le 3 avril 2018 malgré l'atteinte au niveau de l'articulation du genou.

Le genou gauche a ensuite fait l'objet d'un examen clinique et de radiographies par la D. _____ dans le cadre de son appréciation de la situation globale (rapport du 14 janvier 2022, p. 3 et radiographies du 30 novembre 2021), laquelle a retenu un diagnostic de gonalgies chroniques depuis 2002 avec deux arthroscopies les 20 juillet 2001 et 15 février 2002 et une complication sous la forme d'un SDRC du genou gauche développé en 2002. Dans le cadre de la consultation spécialisée de l'appareil locomoteur réalisée à la D. _____, le Dr ZC. _____ n'a rien relevé de particulier concernant les gonalgies dans un examen essentiellement consacré au rachis (rapport du 6 décembre 2021 du Dr ZC. _____). Dans son rapport du 26 novembre 2021, l'orthopédiste de la D. _____, le Dr ZD. _____, n'a pas retenu de diagnostic particulier, mais noté une kinésiophobie très importante, et relevé de fortes discordances entre l'examen clinique et le comportement du recourant à sa consultation, celui-ci présentant à l'habillage des amplitudes articulaires complètes au niveau du genou, sous réserve d'une flexion complète du genou difficile à évaluer. Aucun élément du dossier ne permet de conclure que les atteintes aux genoux ont évolué au point de restreindre la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée telle que décrite par l'intimée.

b) En ce qui concerne le rachis, le recourant présentait, à l'époque où il avait été examiné par le Dr B. _____, des lombalgies communes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire dans un contexte de minime trouble statique, cependant sans discopathie sous-jacente (rapport d'expertise du 24 novembre 2006, p. 12), lesquelles se répercutaient déjà sur la capacité de travail (ibid, p. 11). Le recourant a ensuite bénéficié de nombreux examens radiologiques, lesquels n'ont cependant pas permis d'identifier un substrat organique permettant d'expliquer l'intensité de ses plaintes.

Ainsi, l'IRM lombaire du 4 décembre 2014 révélait des discopathies pluri-étagées avec des disques légèrement amincis présentant une certaine déshydratation avec diminution de signal en T2 et quelques irrégularités des plateaux vertébraux évoquant des séquelles

d'une maladie de Scheuermann d'expression modérée. Il n'y avait pas de rétrécissement canalaire ou foraminal ni de conflit disco-radulaire et en particulier avec les racines sciatiques gauches. Le recourant a ensuite bénéficié d'une scintigraphie osseuse effectuée le 15 mai 2018, laquelle ne montrait pas de signe inflammatoire péri-lombaire, sacro-iliaque ou coxofémoral pouvant expliquer les douleurs para-spinales gauches. L'IRM du 18 août 2020 confirmait des séquelles de la maladie de Scheuermann au niveau dorsal inférieur et lombaire supérieur, quelques protrusions discales sans hernie, une arthrose facettaire, mais sans tassement vertébral, ni canal lombaire étroit ou conflit discoradulaire. L'IRM lombaire du 17 février 2021 faisait état d'une importante atteinte inflammatoire interépineuse de L1 à L5 particulièrement marquée au niveau L2-L3, d'un remaniement dégénératif avec un aspect inflammatoire en arrière des corps vertébraux L2-L3 du côté droit avec probable extension vers le trou de conjugaison, lequel était modérément réduit, ce qui pouvait expliquer une irritation de la racine L2 sans que l'on visualise un conflit radulaire. La radiologue avait également mentionné une surcharge des articulations facettaires postérieures avec une réaction inflammatoire des parties molles en regard au niveau des deux derniers étages lombaires.

Dans le cadre de la consultation spécialisée de l'appareil locomoteur réalisée à la CRR, laquelle dépasse le strict cadre de l'accident du 18 juillet 2019, le Dr ZC._____, a mené un examen clinique complet axé sur les atteintes au rachis marqué par un comportement douloureux et d'importants signes de non-organicité (« *Signes et symptômes de Waddell : 4/5* »). Ce spécialiste a conclu que les lombalgies étaient possiblement en lien avec un certain déconditionnement et quelques troubles dégénératifs lombaires, sans toutefois qu'une atteinte spécifique puisse être identifiée. Au final, le Dr ZC._____ admet des limitations fonctionnelles concernant le port de charges moyennes répété et le maintien prolongé d'une position en porte-à-faux du tronc (rapport du 6 décembre 2021 du Dr ZC._____), lesquelles sont compatibles avec les activités adaptées décrites par la REA.

Par la suite, dans un rapport du 30 mai 2022 à l'attention de la CNA, la Dre ZB. _____ a passé en revue la situation du recourant au niveau du rachis. Elle a indiqué que les bilans radiologiques avaient toujours montré des discopathies lombaires pluri-étagées associées à un état inflammatoire assez étendu en interépineux et en L5-S1, sans avoir pour autant permis d'identifier des hernies discales ou des compressions radiculaires. Considérant qu'il était très difficile de maintenir le recourant dans son activité habituelle de machiniste, elle a préconisé une reconversion professionnelle pour tenir compte des limitations fonctionnelles (maximum de ports de charges répétés de 5 kg, nécessité d'éviter des activités en position assise ou debout prolongée, impossibilité de marcher sur de longs trajets et de travailler avec des vibrations constantes) sans toutefois se prononcer sur le taux d'activité à envisager. On constate que le Dr ZA. _____ du SMR a dûment tenu compte de l'avis de cette spécialiste retenant finalement les limitations fonctionnelles qu'elle énonçait, plus étendues que celles initialement posées par ses soins (avis SMR du 17 août 2022). A cet égard, aucune des limitations fonctionnelles énoncées par la Dre ZB. _____ ne restreint l'exercice de l'activité adaptée décrite par la REA qui s'est prononcée dans un rapport complémentaire du 2 juin 2022.

c) Sur le plan cardiovasculaire, l'assuré a bénéficié d'un suivi à la suite de l'annulo-valvuloplastie mitrale réalisée le 18 décembre 2013 en raison d'une insuffisance mitrale sévère. L'examen du 7 septembre 2017 réalisé par le Dr J. _____ était rassurant. L'évolution du point de vue cardiologique était restée simple et le status clinique montrait des valeurs tensionnelles normales. Le spécialiste a constaté une excellente évolution après reconstruction de la valve mitrale et une capacité de travail de 100 % sans aucune restriction du point de vue cardiologique (rapport du 9 septembre 2017). Quant à l'infection ayant compliqué la guérison, aucun document n'indique que le recourant en conserve des séquelles se répercutant sur sa capacité de travail.

d) En ce qui concerne le scanner abdominal réalisé le 16 novembre 2019, le radiologue a retrouvé essentiellement deux lésions

hépatiques en relation avec des angiomes connus qui n'ont pas notablement évolué et un petit kyste banal cortical au pôle inférieur du rein droit (cf. rapport du 16 septembre 2019 du Dr F._____). Aucun médecin ne soutient que ces atteintes ne se répercutent sur la capacité de travail du recourant.

e) Il convient d'examiner les séquelles de l'accident du 18 juillet 2019.

aa) Dans son rapport du 29 juin 2020, le Dr N._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Le 16 novembre 2020, dans un rapport à l'attention de la CNA, le Dr S._____ indique que le pronostic professionnel est très défavorable au vu de la durée et de l'étendue des douleurs au coude et de l'inefficacité de tous les traitements déjà effectués. Puis, dans un rapport du 18 janvier 2021, le Dr Q._____ a conclu que le recourant présentait des douleurs neuropathiques du nerf interosseux postérieur gauche et a proposé un traitement pharmacologique et une neuromodulation par radiofréquence. Dans son rapport du 26 novembre 2021, l'orthopédiste de la D._____, le Dr ZD._____, n'a pas retenu de diagnostic particulier, mais une kinésiophobie très importante. Il a également relevé de fortes discordances entre l'examen clinique et le comportement du recourant à sa consultation, celui-ci présentant à l'habillage des amplitudes articulaires complètes, au niveau du coude.

bb) A la demande de la CNA (appréciation médicale du 26 janvier 2021 du Dr E._____), le recourant a été examiné par le Dr U._____, lequel a retenu dans un rapport du 24 mars 2021, les diagnostics, sans anomalie à l'examen électrophysiologique, de syndrome douloureux chronique post-traumatique du coude gauche. Le neurologue consulté a conclu que le recourant présentait, au niveau des membres supérieurs, des troubles de la sensibilité non anatomiques au niveau du bras et de l'avant-bras gauche, sans trouble de la trophicité musculaire dans le cadre d'un bilan électrophysiologique du membre supérieur gauche strictement normal et sans argument pour une atteinte radiculaire

de C5 jusqu'à C8 gauche. Le Dr U._____ a évoqué une surcharge fonctionnelle (à savoir une majoration des signes cliniques, consciente ou non, noyant les signes et symptômes cliniques réels, sous des symptômes et signes surajoutés). Les examens neurologiques ont été répétés à la D._____ avec un résultat identique. Dans son rapport du 23 novembre 2021, le Dr ZE._____ a confirmé l'avis du Dr U._____. Comme ce dernier, il n'a pas objectivé d'atteinte des structures nerveuses périphériques au membre supérieur gauche. Même si le second neurologue relevait quelques qualités douloureuses pouvant évoquer une douleur neuropathique avec des brûlures, la répartition ne suivait pas un territoire anatomique connu, sans signe de Tinel. A l'instar du premier neurologue, le Dr ZE._____ a aussi relevé de nombreux signes de surcharges fonctionnelles. Dans ces circonstances, aucun substrat neurologique permettant d'expliquer l'ampleur des plaintes du recourant n'est identifié au degré de la vraisemblance prépondérante.

f) Sur le plan psychiatrique, les médecins de la D._____ ont suspecté un trouble somatoforme douloureux persistant chez un patient aux traits de personnalité narcissique, mais sans toutefois retenir de troubles psychiques patents de l'axe I ni de limitations fonctionnelles (rapport du 14 janvier 2022, p. 5 ; consilium psychiatrique du 24 novembre 2021). Le diagnostic de dysthymie posé par le Dr V._____ dans son rapport du 12 avril 2021 à l'attention de l'intimé n'est pas motivé, ne fait pas l'objet d'argument clinique spécifique de la part de ce médecin et ne résiste pas à l'argumentation claire d'exclusion d'un trouble de l'axe I bien circonstanciée par le Dr ZF._____ lors de l'examen à la D._____, lesquels comprennent notamment les troubles thymiques selon la DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 2013). La Dre G._____ ne mentionnait comme unique atteinte dans la sphère psychique des troubles de la concentration dans le cadre du traitement antalgique ; il n'y avait pas d'affection psychiatrique (rapport du 8 mai 2020, p. 12, ch. 5.3). Enfin, dans son rapport du 19 novembre 2022, le Dr Q._____ indique en particulier qu'il ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme, qui ne pourrait être confirmé que par une évaluation psychiatrique, laquelle a au demeurant eu lieu à la D._____. Au final,

aucun médecin ne fait état d'un quelconque trouble psychique invalidant chez un assuré ne bénéficiant pas d'un suivi sur ce plan. Dans ces circonstances, il n'y a pas d'indice en faveur d'un diagnostic psychiatrique invalidant. Au demeurant, le Dr ZF._____, qui a évalué le recourant à la D._____, n'a identifié aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique, étant rappelé que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 : 9C_787/2015 du 31 mai 2016 consid. 6). Dès lors, faute de limitation fonctionnelle, il n'existe aucune atteinte invalidante sur le plan psychique.

g) Quant aux médecins consultés par le recourant, leur appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas convaincante.

aa) Ainsi, dans un rapport du 8 mai 2020, la Dre G._____ indiquait que la capacité de travail était limitée par une épicondylite gauche et des lombosciatalgies récidivantes (p. 14, ch. 6). Pour la Dre G._____, le recourant disposait d'une capacité de travail de 70 à 80 % dans une activité adaptée (travaux légers et non physiques, p. 15, ch. 7.1) à raison de 8 heures par jour (p. 17, ch. 7.3). Cette assertion n'est pas motivée en ce qui concerne une incapacité de travail de 20 % à 30 % et peut paraître même contradictoire avec une capacité de travail de 8 heures par jour (p. 17, ch. 7.3) évoquée par cette médecin.

Dans son rapport du 12 avril 2021, le Dr V._____ ne justifie aucunement son appréciation d'une capacité de travail de quelques heures dans une activité adaptée, alors qu'il a retenu des limitations fonctionnelles superposables à celles mises en évidence par les médecins de la D._____ pour des diagnostics somme toute similaires. Le Dr V._____ fonde ainsi son évaluation sur la symptomatologie douloureuse (« caractère limitant, chronique et multiple des douleurs ») - par essence subjective - alléguée par son patient, admettant au demeurant que la longue période d'inactivité professionnelle, facteur non médical, jouait

également un rôle. Il convient de rappeler que, compte tenu des difficultés en matière de preuve pour établir l'existence de douleurs ou leur intensité, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. L'allégation de douleurs ainsi que leur intensité doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Or, le Dr V. _____ ne décrit pas d'atteinte objective permettant une appréciation différente de la capacité de travail de celle retenue par les médecins de la CNA et le Dr ZA. _____ du SMR.

Quant au Dr Q. _____, il conclut, dans son rapport du 19 novembre 2022, à une capacité de travail dans une activité adaptée non physique sans port de charges inférieure à un taux de 100 %. Il ne motive cependant pas l'absence de capacité de travail dans une activité adaptée à 100% et ne dit mot des facteurs contextuels, étant précisé que les examens neurologiques au dossier n'ont pas fourni d'argument pour une neuropathie (rapports du 24 mars 2021 du Dr U. _____ et du 23 novembre 2021 du Dr ZE. _____).

bb) Ces trois avis doivent aussi être relativisés au vu des nombreuses discordances apparues lors des examens du recourant par les médecins de la CNA comme le souligne à juste titre le Dr ZA. _____ du SMR. Celles-ci ont déjà été relevées avant le séjour à la D. _____. Dans son rapport du 13 août 2020, le Dr P. _____ relevait déjà que le patient était très crispé et craignait d'utiliser son membre supérieur gauche. Le Dr W. _____, a, dans un rapport du 20 septembre 2021, constaté de nettes discordances entre les plaintes et les constatations objectives (pp. 10-11). Ce spécialiste a en particulier constaté une flexion limitée du genou qui, lors d'une manœuvre détournant l'attention de l'intéressé, permettait d'avoir une flexion et extension complète. Il a en outre fait état de l'absence d'atrophie musculaire aussi bien au niveau du membre inférieur gauche que du membre supérieur gauche, ce qui ne concordait pas avec les limitations annoncées par le recourant. Il a enfin relevé que

l'imagerie montrait, au niveau des coudes, une atteinte bilatérale plus prononcée à droite ce qui ne corrélait pas les plaintes, essentiellement relatives au membre supérieur gauche.

Consulté en ce qui concernait une éventuelle atteinte neurologique au niveau du membre supérieur gauche, le Dr U._____ a mentionné une surcharge fonctionnelle, à savoir une majoration, volontaire ou non des symptômes. Lors des examens à la D._____, l'ensemble des médecins spécialistes ont également constaté de fortes discordances lors des consultations d'orthopédie (rapport du 26 novembre 2021 du Dr ZD._____), du rachis (rapport du 6 décembre 2021 du Dr ZC._____), de neurologie (rapport du 23 novembre 2021 du Dr ZE._____) et de psychiatrie (consilium psychiatrique du 24 novembre 2021 du Dr ZF._____). Au final, c'est de manière convaincante que les Drs X._____ et Y._____ de la D._____ ont conclu, dans leur rapport de synthèse du 14 janvier 2022 (pp. 5-6), que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées, mais par des facteurs contextuels, lesquels jouaient un rôle important (auto-évaluation élevée de la douleur et de son interférence avec le travail ; catastrophisme élevé ; auto-évaluation très basse de ses capacités fonctionnelles ; auto-évaluation élevée du handicap ; longue incapacité de travail ; absence de projection dans une reconversion) en présence de nombreuses incohérences.

cc) Cela étant les médecins de la D._____ ont énoncé, dans leur rapport du 14 janvier 2022, les limitations fonctionnelles relatives au coude gauche (« *port de charges répétitif et/ou prolongé de plus de 5 à 10 kg, activités répétitives et/ou prolongées avec utilisation de la force avec le MSG.* »), lesquelles ont été validées par le Dr Z._____ dans son rapport du 2 février 2022. Dans son avis du 4 février 2022, le Dr ZA._____ du SMR a énoncé des limitations fonctionnelles plus larges (« *Port de charges répétitif et/ou prolongé de plus de 5 à 10 kg, activités répétées et/ou prolongées avec utilisation de la force avec le bras gauche,*

alternance des positions, activité physiquement non contraignante et légère. »), lesquelles tiennent également compte des atteintes au rachis et au membre inférieur gauche pour lesquelles il disposait des examens spécialisés menés à la D. _____ et des avis des médecins consultés par le recourant. Le Dr ZA. _____ a, dans un avis SMR du 17 août 2022, validé les limitations fonctionnelles énoncées par la Dre ZB. _____ dans son rapport du 30 mai 2022 (maximum de ports de charges répétés de 5 kg, nécessité d'éviter des activités en position assise ou debout prolongée, impossibilité de marcher sur de longs trajets et de travailler avec des vibrations constantes). Appelé à se prononcer le 8 décembre 2022 sur les objections du recourant, le Dr ZA. _____ a constaté qu'il avait tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé et que l'on pouvait exclure un diagnostic psychiatrique, si bien qu'il n'y avait pas lieu de compléter l'instruction.

En définitive, rien au dossier ne rend plausible une plus ample aggravation de l'état de santé du recourant que celle décrite par les rapports médicaux. L'appréciation du SMR est ainsi fondée sur l'ensemble des pièces du dossier. Le Dr ZA. _____ tient compte des comorbidités qui s'ajoutent à l'épicondylite et aux lombalgies. Il observe à juste titre que l'examen effectué par la D. _____ procède d'une appréciation globale de la situation de l'assuré à l'occasion de son séjour. Dans ces circonstances, il y a lieu de considérer que l'intimé a recueilli les renseignements nécessaires et a examiné l'ensemble de la situation médicale du recourant sans trouver d'argument en faveur d'une réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée.

h) Au final, il y a lieu de conclure que l'activité habituelle de machiniste n'est plus exigible. En revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas port de charges répétitif et/ou prolongé de plus de 5 kg ; pas d'activité répétées et/ou prolongées avec utilisation de la force avec le bras gauche ; alternance des positions ; pas de marche sur de longs trajets et pas de travail avec vibrations constantes), le recourant dispose d'une pleine capacité de travail depuis le mois de mai 2020, étant rappelé que le membre supérieur droit dominant du

recourant ne fait pas l'objet de plaintes de l'intéressé et que les activités industrielles légères (cf. calcul du salaire exigible du 6 avril 2022) demeurent exigibles malgré les limitations fonctionnelles du membre supérieur gauche. S'agissant en particulier de certaines activités citées par la REA telles que le perçage et le fraisage, il y a lieu de constater qu'elles sont - à tout le moins pour partie - incompatibles avec la limitation fonctionnelle liée aux vibrations. Néanmoins et compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - il faut admettre qu'un nombre significatif d'autres postes sont adaptés au recourante sur le plan médical (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3), si bien que cette inadvertance de la REA est sans conséquence sur le sort du litige.

8. Compte tenu d'une aggravation des limitations fonctionnelles par rapport à la première décision du 25 octobre 2007, c'est à juste titre que l'intimé a repris le calcul du degré d'invalidité (cf. Calcul du salaire exigible du 6 avril 2022, 20,86 %), lequel n'est pas contesté, si bien que le droit à la rente n'est pas ouvert.

9. Le recourant demande à titre subsidiaire à pouvoir être mis au bénéfice de mesures professionnelles.

a) 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) 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).

b) En l'occurrence, le recourant présente un degré d'invalidité de 20 %, de sorte qu'il convient d'examiner son droit à des mesures de réadaptation.

On rappelle que les limitations fonctionnelles retenues sont les suivantes : pas port de charges répétitif et/ou prolongé de plus de 5 kg ; pas d'activité répétée et/ou prolongée avec utilisation de la force avec le bras gauche ; alternance des positions ; pas de marche sur de long trajet et pas de travail avec vibrations constantes (cf. avis SMR du 17 août 2022). On ne saurait y voir une quelconque restriction à la reprise d'une activité adaptée, à savoir d'une activité physiquement non contraignante et légère. La Cour de céans peut dès lors se rallier au point de vue de l'OAI selon lequel le type d'activité qui pourrait être réalisé est un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ainsi qu'ouvrier dans le conditionnement ; cf. calcul du salaire exigible du 6 avril 2022). Ces activités ne nécessitent pas de formation particulière et aucune mesure ne permettrait de réduire le manque à gagner durable de 20 % au vu du profil professionnel de l'intéressé. La reprise de l'activité habituelle n'étant pas exigible selon les experts, une aide au placement a été octroyée (communication du 15 août 2022) et refusée par le recourant (courrier du 22 août 2022 et notice d'entretien téléphonique du 4 octobre 2022). On rappelle aussi que le recourant a bénéficié de mesures d'intervention

précoce mises en œuvre auprès d'O._____ du 23 mars 2020 au 11 septembre 2020. Ce partenaire a cependant décidé de ne pas mettre en œuvre la phase 2 des mesures, motifs pris que l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé et qu'aucune piste professionnelle n'était ouverte. S'agissant de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, on ne voit pas quelle autre mesure aurait pu être proposée au recourant sachant qu'il ne dispose d'aucune formation de base et que l'exercice d'une activité adaptée, soit une activité simple et légère respectant ses limitations fonctionnelles, ne nécessite aucune formation particulière.

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient 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 8 décembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de R._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Tissot Daguette (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :