

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 mai 2015

---

Présidence de      Mme      THALMANN  
Juges      :      MM. Gutmann et Berthoud, assesseurs  
Greffière      :      Mme      Barman Ionta

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par **V.** \_\_\_\_\_, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI ; 87 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** O.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1966, originaire de Macédoine, sans formation professionnelle, a travaillé durant dix ans comme chauffeur poids lourd pour le compte de [...] SA, avant d'être licencié en février 2003 pour maladie de longue durée. Le 1<sup>er</sup> octobre 2002, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'un reclassement professionnel, se prévalant de douleurs aux épaules.

L'assuré présentait un syndrome grave de gêne sous-acromiale avec début de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, opérée à deux reprises, en juillet 2000 et février 2001, par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier a constaté, dans ses rapports des 30 avril, 29 août et 10 septembre 2001, que, malgré une nette amélioration de l'état de l'épaule droite à la suite de la seconde intervention chirurgicale, l'évolution restait mitigée, dès lors que l'intéressé présentait toujours des douleurs et ne pouvait élever son épaule au-dessus de 80°. Ces limitations étaient également relevées par le Dr S.\_\_\_\_\_ du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du D.\_\_\_\_\_, lequel avait examiné l'assuré le 25 juin 2002. L'apparition parallèle d'une pathologie de même type à l'épaule gauche, révélée par IRM (imagerie par résonance magnétique) du 7 septembre 2001, avec déchirure de la coiffe des rotateurs sus-épineux et conflit sous-acromial, avait nécessité une acromioplastie décompressive avec bursectomie par arthroplastie en septembre 2003.

Dans un rapport médical du 20 octobre 2002 adressé à l'OAI, le médecin traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de syndrome grave de conflit sous-acromial droit et de syndrome de conflit sous-acromial gauche, existant depuis 1999 respectivement 2001. Il attestait une incapacité totale de travail dans

l'activité habituelle de chauffeur poids lourd dès le 14 juin 2002, précisant qu'une activité ne surchargeant pas la ceinture scapulaire, sans travail de force ou au-dessus de l'horizontale, devait être exigible de l'assuré à 100%.

Interpellé par l'OAI aux fins de connaître l'évolution post traitement chirurgical (épaule gauche), le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fait part d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré, malgré quelques douleurs à la mobilisation de l'épaule gauche, une limitation fonctionnelle et des douleurs résiduelles à la suite des deux opérations de l'épaule droite. Dans son rapport du 17 février 2004, il estimait envisageable la reprise d'une activité professionnelle, s'agissant de l'épaule gauche.

L'assuré a participé à un stage d'évaluation professionnelle au Centre d'orientation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI), du 17 janvier au 11 février 2005. Dans un rapport du 4 mars suivant, le groupe d'observation du COPAI exposait que l'assuré sous-estimait de façon importante ses capacités fonctionnelles avec un score au questionnaire PACT (Performance Assessment and Capacity Testing) de 42 points ; l'assuré ne se projetait plus dans une activité professionnelle selon le barème de ce test. Selon le rapport, le stage a été émaillé de nombreuses plaintes douloureuses et d'un comportement douloureux inadapté, même dans les activités ne sollicitant pas les épaules. Au terme de l'examen, l'équipe d'observation du COPAI a constaté que l'assuré présentait des limitations au niveau des deux épaules ; les activités sollicitant les ports ou déplacements de charges lourdes, les mouvements en amplitudes ou au-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs, ainsi que les rotations répétées de la tête étaient contre-indiquées. Il apparaissait évident que l'activité de chauffeur poids lourd n'était plus possible et qu'un travail allégé ne sollicitant pas de mouvements en amplitude ou contre le haut avec les bras devait être à même de permettre à l'assuré de retrouver une capacité de travail. Le COPAI a relevé des incohérences entre les observations faites et les rendements très faibles de l'assuré (entre 20 et 42%), qu'il n'était pas possible

d'expliquer par des lésions organiques de ce dernier (« en effet, les diverses plaintes ne sont pas en cohérence avec les limitations observées, elles restent les mêmes alors que les sollicitations sont différentes ») et suggérait dès lors une évaluation psychiatrique approfondie. Il estimait ne pas être en mesure de se prononcer sur la réelle capacité de travail de l'assuré.

Une expertise bidisciplinaire a été réalisée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), où l'assuré a séjourné les 17 et 18 janvier 2006. L'aspect rhumatologique a été investigué par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et l'aspect psychiatrique par la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il a également été procédé à une évaluation des capacités fonctionnelles. Aux termes du rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> mars 2006, le Dr H.\_\_\_\_\_, en qualité d'expert principal, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de dysthymie résiduelle (F 34.1), tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs droite, en particulier du supra-épineux opérée à deux reprises (M 75.1 ; Z 98.8), tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs gauche en particulier du supra-épineux, avec rupture partielle traitée par acromioplastie et bursectomie (M 75.1 ; Z 98.8) et douleurs chroniques des deux épaules (M 75.8). Des troubles fonctionnels après état dépressif avec symptômes somatiques (F 32.11) d'origine plurifactorielle et une arthrose acromio-claviculaire bilatérale (M 19.0) étaient diagnostiqués comme sans répercussion sur la capacité de travail. Appréciant la situation, il mentionnait notamment ce qui suit :

« On est frappé chez cet assuré par l'importance des plaintes subjectives (douleurs), par le fait qu'il ne bouge pas du tout spontanément ses épaules en gardant ses coudes collés au corps, et par l'importance du retentissement sur la vie quotidienne. Ceci contraste avec un examen clinique qui montre une coiffe continentale et solide des deux côtés, des épaules limitées, principalement par autolimitations et par une certaine résistance lors de la mobilisation passive. L'imagerie montre peu de lésions, en-dehors d'une tendinoapthie chronique du supra-épineux, et d'une arthrose acromio-claviculaire mais pas de bursite, ni de rupture complète de la coiffe.

Il existe une nette discordance entre les données objectives (radiologiques et cliniques) et les plaintes de l'assuré. Les lésions, somme toute limitées et relativement banales, ne sauraient

expliquer une telle limitation et un tel retentissement fonctionnel. D'autres facteurs associés, en particulier psychiques (cf. infra) peuvent expliquer ce processus d'invalidation.

Pour essayer de préciser au mieux les limitations effectives entraînées par ces douleurs chroniques d'épaules, une évaluation des capacités fonctionnelles dans sa version courte, centrée sur les membres supérieurs a été réalisée. On peut retenir qu'à l'appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le questionnaire PACT, le sujet atteint un score de 56, ce qui ne correspond à aucune activité professionnelle connue. En effet, on rappelle qu'une activité sédentaire ou assise correspond à un score PACT d'environ 100. Cette sous-estimation de ses capacités fonctionnelles avait déjà été notée lors de l'évaluation au COPAI [...] où le score à cette époque était de 42 pts. Lors de cette évaluation, la volonté de donner la maximum aux différents tests a été incertaine, avec un niveau de cohérence moyen. Lors de cette évaluation, de nombreux signes de comportement douloureux inadapté ont été observés qui sont listés dans le compte-rendu. On retient de cette évaluation une difficulté à travailler au-dessus du niveau de la tête, à lever un poids de la taille à hauteur de la tête, et une limitation du lever horizontal. Les performances accomplies lors de ce test permettent de situer le niveau d'effort entre 5-10 kg (effort léger). Ces données sont concordantes avec une pathologie bilatérale de la coiffe des rotateurs.

En ce qui concerne son activité professionnelle antérieure de chauffeur-routier. Cette activité comporte outre la conduite de fréquentes manutentions. Cette activité est difficilement exigible actuellement.

Dans une activité professionnelle avec limitations du travail en hauteur et au-dessus de la ligne des mamelons, limitation du port de charges à 10 kg, sans ports de charges au-delà de la ligne des mamelons ou à l'horizontale, par exemple un travail à hauteur d'établi, rien ne s'oppose médicalement à ce que l'assuré ait une capacité de travail pleine et entière. Seules les douleurs et l'état psychique (cf. infra) risquent d'être un facteur limitant, comme cela a déjà été observé lors du stage au COPAI. Cela fait maintenant 4 ans que cet assuré est sans emploi et une réintégration dans le monde du travail risque d'être très difficile, le processus d'invalidation étant déjà bien avancé.

[...]

### **En conclusion :**

Au terme de l'expertise, [...] l'atteinte organique est présente de façon indiscutable mais n'explique pas l'ensemble du tableau clinique et les discordances entre les plaintes subjectives de l'assuré et les données objectives tant de l'examen clinique que de l'imagerie. D'autres facteurs expliquent probablement ce retentissement et cette évolution vers un comportement d'invalidé, le principal facteur reconnu étant une dysthymie résiduelle responsable actuellement d'une incapacité de travail de 20%. Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux n'a pas été retenu en raison de l'absence de tous les critères nécessaires.

La capacité de travail dans une activité qui respecte les limitations mentionnées ci-dessus est à notre avis de 80%. »

Sur le plan psychiatrique, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a précisé, dans son rapport du 19 janvier 2006, ce qui suit :

« [...] les problèmes rencontrés dès 1996 avec douleurs des épaules et gêne fonctionnelle croissantes dans son métier, aboutissant à trois interventions orthopédiques, amènent une véritable cassure dans sa trajectoire avec une immobilisation forcée entraînant, anamnestiquement et rétrospectivement, un état dépressif réactionnel indiscutable avec son cortège de trouble thymique, d'état anxieux, de plaintes somatiques, état dépressif évoluant, sans traitement particulier en-dehors de la prise d'un anxiolytique, entre 2000 et 2004, et probablement masqué par l'abondance des plaintes douloureuses et de manifestations d'allure comportementale dominées par l'irritabilité et l'agressivité. Dès le début de l'année 2004, la situation a évolué anamnestiquement avec disparition des angoisses, des idées noires, amélioration de la thymie, diminution de l'irritabilité, et avec reprise de certaines initiatives concernant les soins personnels, voire l'existence quotidienne, avec un tableau actuel correspondant à une dysthymie.

L'état dépressif retenu, ayant évolué spontanément sur près de 3 ans, doit être reconnu comme ayant entraîné indéniablement une incapacité de travail sur le plan psychiatrique que l'on peut évaluer de façon médico-théorique à 60%. Cette situation s'est améliorée notablement à partir du début de l'année 2004, le tableau dysthymique résiduel, dominé par les troubles conatifs et l'irritabilité, correspondant actuellement à une limitation médico-théorique de capacité de travail d'environ 20% dans une activité adaptée. La poursuite de l'amélioration engagée est certainement suspendue toutefois à l'effet délétère et chronicisant du déconditionnement. »

Dans un avis du 26 avril 2006, le Dr Q.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré que la diminution de rendement observée au COPAI au début 2005 ne s'expliquait que partiellement par des motifs médicaux ayant valeur d'invalidité. Il a conclu à une exigibilité nulle dans l'activité antérieure de chauffeur poids lourd et de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (travail en hauteur et au-dessus de la ligne des mamelons, port de charges au-delà de 10 kg, tout port de charges au-delà de la ligne des mamelons ou à l'horizontale).

Suivant l'avis de la Division réadaptation, l'OAI a mis en œuvre un stage d'observation de trois mois auprès du Centre [...] de [...]. Débuté le 12 mars 2007, le stage a été interrompu prématurément le 29 avril 2007, aucune activité professionnelle adaptée aux limitations physiques de l'assuré n'ayant pu être trouvée. Le rapport du 22 juin 2007 relevait par ailleurs que le comportement démonstratif de l'assuré, la lenteur d'exécution du travail, déjà constatés par le COPAI, et son absentéisme n'avaient pas permis de procéder à des mises en stage pratique en entreprise.

**b)** Le 10 septembre 2007, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité. Reconnaisant l'existence d'une atteinte à la santé, il a retenu que l'assuré conservait la capacité d'exercer à 80% une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles établies. L'OAI a procédé à une évaluation économique et considéré que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 41'046 fr. (en référence à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2002 TA1 ; niveau de qualification 4) ; comparé au gain de valide de 53'950 fr. (cf. rapport employeur du 16 octobre 2002), il en résultait une perte de gain de 12'904 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 24%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par décision du 28 novembre 2007, l'OAI a confirmé son refus de droit aux prestations.

L'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances contre cette décision le 10 décembre 2007, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit allouée. Dans ses déterminations subséquentes, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise neutre somatique et psychiatrique, requête refusée par décision incidente du 5 août 2008, confirmée par jugement incident du 21 octobre suivant.

La décision du 28 novembre 2007 est entrée en force à la suite du retrait du recours adressé au Tribunal des assurances le 30 octobre 2008.

**B.**           **a)** O.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 26 janvier 2010, indiquant quant au genre de l'atteinte des douleurs aux épaules et aux genoux. Il adressait à l'OAI un avis du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, et un rapport du Prof. N.\_\_\_\_\_ du Département de l'appareil locomoteur du D.\_\_\_\_\_, datés d'octobre 2009.

Le Dr M.\_\_\_\_\_ relevait, aux termes de l'examen clinique du 5 octobre 2009, une mobilité passive et active misérable, avec une abduction, respectivement antéflexion active d'un maximum de 30-40° et une sévère limitation de la rotation interne/externe ; toute tentative d'augmenter la mobilisation des deux épaules était excessivement douloureuse. Il préconisait dès lors une consultation auprès du Prof. N.\_\_\_\_\_ pour une éventuelle proposition de traitement. A l'examen clinique du 27 octobre 2009, le Prof. N.\_\_\_\_\_ constatait qu'activement, la flexion et l'abduction ne dépassaient pas 70° des deux côtés, passivement la mobilité était complète mais le patient exerçait une forte résistance active avec mouvement de retrait ; la force était conservée, mais difficilement évaluable en raison des douleurs en abduction. L'IRM des épaules réalisée en août 2009 mettait en évidence une tendinopathie avec coiffe des rotateurs en continuité à droite, une lésion étendue du sus-épineux à gauche. Selon le Prof. N.\_\_\_\_\_, il n'y avait pas lieu d'envisager une approche chirurgicale à droite comme à gauche, le patient ayant déjà été opéré trois fois avec un résultat médiocre, et mentionnait la suspicion de facteurs non orthopédiques (syndrome somatoforme douloureux) pouvant jouer un rôle important dans l'évolution actuelle.

Dans un avis du 26 mars 2010, le SMR, par le Dr Q.\_\_\_\_\_, a constaté que les éléments médicaux datés d'octobre 2009 comparés à ceux du COMAI de 2006 permettaient d'admettre une aggravation

objective de l'état de santé ; cliniquement par une diminution de la mobilité articulaire des deux côtés, radiologiquement par une aggravation des lésions du sus-épineux à gauche.

Dans un rapport du 27 avril 2010, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de scapulo-brachialgies chroniques bilatérales avec status après acromioplastie et résection claviculaire distale droite en 2000, reprise avec acromioplastie par arthrotomie en 2001, status après intervention au niveau de la coiffe des rotateurs gauche en 2004 existant depuis 2000, de gonarthrose bilatérale et de cervicarthrose. Il confirmait l'aggravation de l'état de santé sous la forme de mise en évidence de troubles dégénératifs documentés par IRM au niveau du genou droit (IRM du 6 mars 2006) et du rachis cervical (IRM du 17 mars 2005), en sus de l'aggravation au niveau des épaules. L'incapacité de travail de chauffeur poids lourd demeurait totale depuis 2002 ; la reprise de l'activité professionnelle, respectivement l'amélioration de la capacité de travail n'apparaissaient pas envisageables.

Interpellés par l'OAI, le Prof. N.\_\_\_\_\_ et le Dr M.\_\_\_\_\_ ont indiqué n'avoir vu l'assuré qu'à une reprise, en octobre 2009 ; ils n'ont pas complété le formulaire de l'assurance mais ont livré copie de leur rapport des 27 respectivement 29 octobre 2009.

L'assuré a été convoqué le 21 octobre 2010 auprès du SMR pour un examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé par les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et U.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport rédigé le 2 décembre suivant, il n'a été retenu aucun diagnostic d'atteinte psychiatrique à la santé affectant la capacité de travail ; les diagnostics de dysthymie d'intensité légère (F 34.1) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) ont été reconnus comme sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan somatique, après examen du dossier radiologique, le diagnostic de scapulo-brachialgies chroniques (M 75) - avec status après acromioplastie et résection claviculaire distale droite en 2000 et 2001, status après

intervention par arthroscopie au niveau de la coiffe des rotateurs à gauche en 2004 et lésions transfixiantes du sus-épineux à gauche - a été admis comme pouvant avoir des répercussions durables sur la capacité de travail ; des cervicalgies communes (M 54.2) - troubles dégénératifs modérés débutants en adéquation avec l'âge de l'assuré - et des gonalgies bilatérales anamnestiques (M 17) - troubles dégénératifs modérés du genou gauche (IRM 2006) - n'affectaient pas la capacité de travail.

Sous l'intitulé « Appréciation du cas », les Drs C. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ se sont exprimés notamment comme suit :

« Les atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire présentées par cet assuré sont à l'origine de limitations articulaires au niveau des 2 épaules. La globalité de la symptomatologie évoquée par l'assuré, la chronicité de ses symptômes et l'absence d'évolution favorable malgré les différents traitements appliqués à ce jour ne peuvent être raisonnablement expliquées uniquement par les atteintes objectives sur le plan ostéoarticulaire. Par ailleurs, la vive symptomatologie douloureuse exprimée au niveau de l'épaule gauche, en relation avec une rupture complète du tendon du sus-épineux objectivée en 2009 par une IRM avec amyotrophie sous-jacente, n'a pas d'explication cohérente. Habituellement la rupture tendineuse complète au niveau d'une coiffe induit une impotence fonctionnelle relative aux muscles atteints en absence de douleurs significatives. Habituellement, les douleurs en relation avec les atteintes de la coiffe des rotateurs sont en relation avec des phénomènes de déchirure partielle ou de phénomènes inflammatoires. Lors d'une déchirure complète, l'épine irritative algique tendineuse disparaît, de ce fait la douleur régresse de façon spontanée.

En résumé : l'aggravation mise en avant par son médecin traitant en ce qui concerne les articulations scapulo-humérales, peut être confirmée sur le plan radiologique à gauche. Cette aggravation radiologique n'a pas d'incidence par rapport aux limitations fonctionnelles déjà retenues ni sur la capacité de travail globale de l'assuré. Les autres atteintes à la santé revendiquées à l'origine d'une aggravation sont la mise en évidence radiologique de troubles dégénératifs modérés au niveau du rachis cervical et du genou gauche.

- L'IRM cervicale mettant en évidence des troubles dégénératifs modérés débutants en adéquation avec l'âge de l'assuré a été effectuée le 17.03.05. De ce fait, ces atteintes à la santé étaient déjà présentes lors de l'expertise CRR du mois de mars 2006. Une aggravation par rapport à cette atteinte ne peut être donc revendiquée.

- L'autre aggravation concerne une gonarthrose gauche débutante mise en évidence par une IRM du genou gauche du mois de mars 2006. Cette atteinte à la santé était aussi présente lors de l'expertise CRR du mois de mars 2006, de ce fait elle ne peut pas être non plus revendiquée comme à l'origine d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

En conclusion, la seule aggravation de l'état de santé objective est la mise en évidence d'une déchirure complète du tendon du sus-épineux à gauche avec amyotrophie et infiltrations graisseuses du muscle sous-épineux. Cette atteinte à la santé est à l'origine de limitations dans les amplitudes articulaires fonctionnelles déjà prise en compte lors de l'expertise de la CRR de 2006 en relation avec une atteinte de type inflammatoire en association avec une déchirure partielle du tendon du sus-épineux. De ce fait, les limitations fonctionnelles déjà décrites lors de l'expertise CRR sont toujours pertinentes et il n'y a pas de modification de la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

L'assuré présente une incapacité de travail totale dans son activité antérieure de chauffeur de poids lourd au vu de ses atteintes ostéoarticulaires des 2 épaules. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est possible sur le plan médico-théorique à un taux de 80% (sans modification par rapport à l'expertise CRR de 2006).

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, qui est normal, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie légère, qui est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Selon la CIM-10, les sujets souffrant de dysthymie, ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. La dysthymie ne représente pas une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et elle n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

Nous n'avons pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, qui est caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Les critères chroniques de la CIM-10 ne sont pas réunis, car l'assuré souffre d'une pathologie organique qui explique partiellement la douleur chronique. Cependant, l'assuré présente un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui est caractérisée par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble,

une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Ce diagnostic n'est pas accompagné d'une co-morbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie et, selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis. Dans son expertise psychiatrique, le Dr J. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Cependant, à la page 12 de l'expertise médicale de la Clinique romande de réadaptation, « l'atteinte organique est présente de façon indiscutable, mais n'explique pas l'ensemble du tableau clinique et les discordances entre les plaintes subjectives de l'assuré et les données objectives, tant que de l'examen clinique que de l'imagerie. D'autres facteurs expliquent probablement ce retentissement et cette évolution vers un comportement d'invalidé, le principal facteur reconnu étant une dysthymie résiduelle responsable actuellement d'une incapacité de travail de 20%. Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux n'a pas été retenu en raison de l'absence de tous les critères nécessaires.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, depuis l'expertise effectuée en 2006 par le Dr J. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, qui avait objectivé une amélioration de l'état de l'assuré, la situation est stationnaire.

#### *Limitations fonctionnelles*

Pas de port de charges supérieures à 2,5 kg de façon répétitive au niveau des membres supérieurs et au-delà de 5 kg à droite. Pas d'activité au-delà de 30% d'antépulsion de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 60° au niveau des 2 membres supérieurs. Pas d'activité formelle nécessitant des mouvements d'antépulsion ou d'abduction au-delà de 90°. Eviter les activités nécessitant des mouvements en rotations interne-externe au niveau des 2 épaules.

*Sur le plan psychiatrique*, l'assuré présente une irritabilité et sa capacité de travail exigible est de 80% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques et ceci depuis 01.03.2004.

[...]

#### *Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Il n'y a pas de modification significative dans la capacité de travail de cet assuré. Il présente toujours une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de chauffeur de poids lourd depuis 2002. Une activité adaptée, qui respecte de façon stricte les limitations fonctionnelles est possible sur le plan médico-théorique à un taux de 80% et ceci depuis mars 2004, date de l'expertise CRR. L'aggravation de l'état de santé, objectivée par l'IRM de l'épaule gauche, n'induit pas de nouvelles limitations fonctionnelles et de ce fait ne modifie pas la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

Sur le plan psychiatrique, l'évolution est stationnaire. »

Dans un rapport du 22 décembre 2010, le SMR a repris les diagnostics, limitations fonctionnelles et conclusions sur la capacité de travail exigible tels que figurant dans le rapport d'examen du 2 décembre 2010. Il était relevé qu'aucune péjoration n'apparaissait sur le plan psychiatrique, les critères pour un syndrome somatoforme douloureux n'étant par ailleurs pas réunis. Sur le plan somatique, la seule aggravation était celle de l'épaule gauche, objectivée par IRM, cependant jugée insuffisante pour engendrer une modification de l'exigibilité fixée au terme de la première demande ; l'aggravation relative au rachis cervical et aux genoux n'était pas retenue.

L'assuré a remis à l'OAI un rapport rédigé le 18 janvier 2011 par le Dr L.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique aux X.\_\_\_\_\_, proposant un nouveau bilan radiologique des épaules ; les résultats de ce bilan étaient également adressés. Les conclusions des radiographies des épaules et d'une arthrographie IRM de l'épaule droite, réalisées le 9 février 2011, révélaient une importante tendinopathie toutefois sans déchirure significative du sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire, un status post-acromioplastie avec un remaniement inflammatoire acromio-claviculaire et des calcifications vraisemblablement dystrophiques/hétérotopiques résiduelles. Les conclusions de l'arthrographie IRM indirecte de l'épaule gauche, réalisée le 11 février 2011, faisaient état d'une tendinopathie avec rupture du tendon du sus-épineux et avec amyotrophie modérée consécutive, d'une importante tendinopathie avec des déchirures intra-substantielles sans rupture du tendon du sous-scapulaire proche de son insertion sur le trochin, d'une tendinopathie mineure du sous-épineux, d'un remodelé dystrophique dégénératif réactionnel sous-trochitérien, plus modéré acromio-claviculaire, prédominant sur l'extrémité acromiale, d'un conflit sous-acromial avec un espace étroit et d'une lame d'épanchement avec bursite sous-acromio-sous-deltoïdienne et capsulo-synovite.

Dans un avis du 2 mars 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a considéré que l'anamnèse et l'examen clinique transmis par le Dr L.\_\_\_\_\_ ne révélaient pas de péjoration notable par rapport à l'examen pratiqué au SMR le 21

octobre 2010. Les examens radiologiques des 9 et 11 février 2011 confirmaient les lésions connues et prises en compte au 2 décembre 2010.

Le 24 mars 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, des mesures professionnelles n'ayant au demeurant pas lieu d'être. Il a estimé que la seule aggravation de l'état de santé objective, soit une déchirure complète du tendon sus-épineux gauche avec amyotrophie et infiltrations graisseuses du muscle sous-épineux, n'induisait pas de nouvelles limitations fonctionnelles ni n'engendrait de modification de l'exigibilité fixée lors de la première demande de prestations. Le degré d'invalidité se maintenait en-dessous du taux de 40% ouvrant le droit à une rente. Par ailleurs, les mesures professionnelles proposées par le spécialiste en réinsertion s'étaient confrontées aux déclarations de l'assuré, lequel s'estimait incapable de reprendre une quelconque activité professionnelle et énonçait d'importantes restrictions et limitations.

L'assuré a fait part à l'OAI de ses observations sur ce projet le 8 avril 2011. Il a indiqué ne pas s'opposer aux mesures professionnelles et être prêt à commencer une réinsertion dès que possible, alléguant cependant la réalisation prochaine d'une intervention chirurgicale par le Dr L.\_\_\_\_\_.

**b)** L'assuré s'est soumis à une nouvelle intervention de l'épaule gauche le 30 juin 2011. Selon la lettre de sortie du 13 juillet 2011, faisant suite à un séjour du 4 au 8 juillet 2011 dans l'Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des X.\_\_\_\_\_, l'assuré n'avait pas présenté de complication particulière et la mobilité de son épaule gauche était en amélioration. La capacité de travail était nulle.

Interpellé par l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ s'est exprimé dans un courrier du 18 octobre 2011 rédigé en ces termes :

« J'ai effectué, le 30 juin 2011, une arthroscopie où une lésion massive de sa coiffe au dépend des tendons sus-épineux et infra-épineux a été réparée. Il présentait également une claire

tendinopathie de son long chef du biceps, un conflit sous-acromial et une arthropathie acromio-claviculaire. J'ai donc effectué, dans le même temps, une résection du cm externe de la clavicule ainsi qu'une ténodèse de son long chef du biceps. J'ai, récemment, revu le patient à trois mois du geste post-opératoire, l'évolution était très satisfaisante selon le patient tant au niveau des douleurs que des amplitudes articulaires.

Objectivement, l'élévation antérieure était encore limitée à 110°. Ceci représente, toutefois, déjà un gain de 50° par rapport à la situation pré-opératoire. Je vais revoir le patient dans trois mois afin de refaire un nouveau bilan clinique. Le patient souhaite que j'effectue, dans le même temps, une élévation de son membre supérieur droit qui le fait également souffrir.

Au vu de ce qui précède, je confirme que le patient n'a, actuellement, pas une capacité de travail à 80° mais une incapacité à 100%. Cette capacité pourrait être augmentée dans l'année à venir en fonction de l'évolution de ses deux épaules et d'une éventuelle reconversion professionnelle. Néanmoins, en l'état, le patient est clairement incapable de travailler. »

Le 12 juin 2012, le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est déterminé auprès de l'OAI, mentionnant que l'assuré était globalement satisfait de l'intervention chirurgicale du 30 juin 2011, bien que présentant encore d'importantes douleurs de type mécanique et météo-dépendantes. L'épaule droite était actuellement la plus douloureuse, les douleurs survenant aussi bien au repos que lors des activités de la vie quotidienne, avec des réveils nocturnes. Les épaules étaient difficilement « examinables » en raison des douleurs, l'élévation antérieure active était limitée à 50° des deux côtés et le testing des épaules n'avait pu être effectué en raison d'une crainte de décompensation de la symptomatologie. Une échographie réalisée cinq mois auparavant avait confirmé une guérison des tendons à gauche sur l'os, ce qui était encourageant pour le pronostic à long terme. Le Dr L. \_\_\_\_\_ estimait l'état de santé comme stabilisé, avec une évolution légèrement favorable, la capacité de travail dans toute activité étant considérée comme nulle de manière définitive.

Le SMR s'est prononcé sur le courrier du Dr L. \_\_\_\_\_ dans un avis du 12 juillet 2012, faisant valoir qu'en l'absence d'examens physiques plus étoffés, il ne pouvait être convaincu d'une aggravation au niveau de l'épaule droite, et s'étonnait de l'évolution dans la mesure où l'épaule

gauche semblait en amélioration, tant sur le plan radiologique que clinique. Un examen de médecine physique et réadaptation au SMR s'avérait en conséquence nécessaire.

Le Dr C.\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen clinique le 15 août 2012. Dans le rapport du 26 septembre suivant, il retenait le diagnostic de scapulo-brachialgies chroniques (M 75) comme affectant durablement la capacité de travail, avec les précisions de status après arthroscopie de l'épaule gauche, ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie, réinsertion des tendons sus-épineux et infra-épineux et résection du centimètre externe de la clavicule gauche le 30 juin 2011 et de tendinopathie sans déchirure du sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire droit, remaniement inflammatoire acromioclaviculaire sur status post acromioplastie. Les précédents diagnostics reconnus comme sans répercussion sur la capacité de travail ont été maintenus (cervicalgies communes, troubles dégénératifs modérés du genou gauche et majoration des symptômes physiques versus syndrome douloureux somatoforme indifférencié). Le Dr C.\_\_\_\_\_ maintenait les mêmes limitations fonctionnelles qu'énoncées dans le rapport du 2 décembre 2010 ainsi que la capacité de travail résiduelle de 80% dans toute forme d'activité respectant les limitations fonctionnelles de façon stricte, sur le plan médico-théorique. A l'appui de cette appréciation, il exposait notamment ce qui suit :

« A l'examen ostéoarticulaire, mise en évidence d'une diminution de la mobilité au niveau des articulations scapulo-humérales bilatéralement, pour les mouvements d'antépulsion, abduction et rotation dans un contexte oppositionnel et algique. A signaler l'absence de phénomène inflammatoire clinique objectivable. Le reste de l'examen ostéoarticulaire est sans particularité (pas de mise en évidence de phénomène inflammatoire au décours ou de limitations dans les amplitudes articulaires).

L'examen neurologique met en évidence une trophicité musculaire conservée, superposable par rapport à celle objectivée lors de l'examen d'octobre 2010, dans un contexte algique, oppositionnel, avec description de dysesthésie, hyperesthésie, fourmillements, touchant les 2 épaules et l'ensemble des membres supérieurs sans véritable territoire anatomique reconnu. L'assuré présente des troubles de la force musculaire avec des phénomènes de lâchages antalgiques en opposition à des attitudes de contropulsion non réductible.

Le reste de l'examen de ce jour au SMR met en évidence un comportement démonstratif, par moments caricatural, centré sur les 2 épaules, dans un contexte de revendication d'impotence évoluant depuis les années 2000.

Les documents radiologiques à disposition (IRM des 2 épaules pratiquées les 9 et 11.02.2011), mettent en évidence à droite, une tendinopathie sans déchirure significative du sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire sur un status post acromioplastie avec remaniement inflammatoire acromioclaviculaire. A gauche, mise en évidence de rupture transfixiante du sus-épineux avec amyotrophie modérée consécutive, tendinopathie déchirure sans rupture du tendon du sus-scapulaire et tendinopathie mineure du sous-épineux (imagerie préopératoire).

[...] Malgré une intervention chirurgicale qui a été effectuée dans les règles de l'art et avec dans un premier temps une description d'évolution plutôt favorable aussi bien sur le plan subjectif qu'objectif, le Dr L. \_\_\_\_\_ finit par conclure par une impotence fonctionnelle des 2 membres supérieurs dans un contexte algique interdisant toute possibilité de reprise professionnelle.

Les constatations cliniques objectives effectuées au SMR permettent de mettre en évidence une trophicité musculaire conservée et symétrique au niveau des 2 membres supérieurs. L'absence d'éléments objectifs pouvant étayer la symptomatologie algique intense revendiquée par l'assuré (absence de tachycardie lors de l'examen au SMR, absence de mise en évidence d'hypertension artérielle, absence de détresse en relation avec les plaintes d'impotence et de douleurs intenses revendiquées par l'assuré).

En conclusion, l'état de santé de cet assuré est considéré comme stabilisé par rapport à l'examen bidisciplinaire du 21.10.2010. M. O. \_\_\_\_\_ présente des troubles dégénératifs séquellaires au niveau de ses 2 épaules et a subi en tout 4 interventions chirurgicales. Au vu des constatations objectives, des examens complémentaires à disposition et des différents examens cliniques réalisés ce jour, l'incapacité de travail totale dans son activité antérieure de chauffeur poids lourd est confirmée.

Une activité adaptée, qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles déjà établies lors de la première expertise réalisée au SMR, est possible sur le plan médico-théorique à un taux de 80% (capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 20%).

En relation avec l'intervention chirurgicale subie le 30.06.2011, l'assuré a présenté une incapacité de travail totale d'au maximum 6 mois par rapport à cette intervention.

L'évaluation de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée ne se base que sur les atteintes objectives visualisées sur les examens complémentaires à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère de non organicité clairement mise en évidence par les signes de Waddell pour lesquels un diagnostic de trouble douloureux

somatoforme indifférencié versus majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, est retenu, n'a pas été pris en considération. »

Dans un avis du 8 octobre 2012, le SMR a considéré que l'examen clinique rhumatologique effectué le 13 août 2012 reprenait l'ensemble de la problématique de manière fouillée et complète, les diagnostics incluant la nouvelle intervention du 30 juin 2011, et les conclusions relatives à la capacité de travail dans une activité adaptée ne changeaient guère par rapport au précédent examen ; tout au plus, une incapacité de travail à 100% pouvait être reconnue depuis la date de l'intervention chirurgicale pour une période de six mois, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée étant ainsi de 80% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Le SMR soulignait par ailleurs qu'ayant été informé d'un suivi psychiatrique par l'assuré auprès de la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il convenait d'interpeller cette dernière.

Dans un rapport du 18 janvier 2013, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble de l'humeur persistant (F 34) et de trouble douloureux somatoforme persistant (F 45.4), existant depuis 2009, en sus des scapulo-brachialgies chroniques bilatérales. Elle mentionnait la reprise du suivi en mai 2012 (précédemment durant les années 2009 à 2011), l'état psychique de l'assuré s'étant péjoré avec une tristesse accrue, une irritabilité, une nervosité, un sentiment de culpabilité et des ruminations à propos de son passé avec un sentiment d'insuffisance. Sous « constat médical », elle évoquait notamment une humeur dépressive avec diminution du dynamisme, un pessimisme, des difficultés à gérer les émotions avec une certaine irritabilité selon le sujet discuté et un sentiment de dévalorisation en tant que père de famille. La Dresse T.\_\_\_\_\_ évoquait un risque de chronicisation. Elle attestait une incapacité de travail totale dans la profession habituelle depuis 2009, en raison d'une irritabilité et de difficultés de concentration liées au fait que l'assuré ne pouvait tenir dans la position de conducteur eu égard à la douleur et la fatigue. Une amélioration de la capacité de travail pouvait être envisagée, à un taux de 50% selon l'évolution, en diminuant les

troubles du sommeil, la fatigue et en améliorant la capacité de concentration.

Après avoir pris connaissance de ce rapport, le SMR a considéré, dans un avis du 19 février 2013, que le diagnostic F 34 ne s'écartait pas du diagnostic F 34.1 posé lors de l'examen bidisciplinaire du 21 octobre 2010, de sorte qu'il n'existait pas de faits nouveaux sur le plan psychiatrique.

Par courrier du 2 mai 2013, l'OAI a interpellé l'assuré sur le droit aux mesures d'ordre professionnel et son obligation de réduire le dommage (art. 7 LAI), lui fixant un délai pour confirmer son souhait de bénéficier de telles mesures et sa collaboration à cet effet. L'assuré a confirmé son désir de suivre des mesures d'ordre professionnel, soulignant cependant la dégradation permanente de son état de santé et les difficultés qu'il rencontrerait à effectuer les tâches d'une activité adaptée.

L'OAI a pris en charge un entraînement à l'endurance dès le 7 janvier 2014, pour une durée de trois mois, auprès de la Fondation [...], Atelier I.\_\_\_\_\_. La mesure a cependant été interrompue le 17 janvier suivant, les difficultés physiques de l'assuré l'empêchant l'exercice d'activités simples et artisanales. Selon le rapport d'évaluation pré-stage du 14 janvier 2014, des tâches adaptées à ses limitations fonctionnelles avaient été proposées, nécessitant peu d'amplitude et aucune force ; les douleurs augmentaient très rapidement et mettaient l'assuré dans l'impossibilité de poursuivre une activité. Dans cette situation, il semblait difficile de poursuivre le stage.

Le SMR a exposé, dans un avis du 7 février 2014, qu'en l'absence de faits médicaux nouveaux, il convenait de procéder à une approche théorique.

**c)** Le 8 avril 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, annulant et remplaçant le préavis du 24 mars 2011, dans le sens

d'un refus de prestations de l'assurance-invalidité. Sous « résultat de nos constatations » était exposé ce qui suit :

« Le 24 mars 2011, nous vous avons fait parvenir un projet de décision refusant toutes les prestations AI.

Le 8 avril 2011, vous avez contesté notre préavis. Vous nous avez en outre signalé qu'une intervention chirurgicale aurait lieu le 30 juin 2011 à l'épaule gauche.

Nous avons donc entrepris une nouvelle instruction en interrogeant vos médecins. En raison d'informations médicales relativement succinctes, vous avez été examiné par un spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du Service Médical Régional AI (SMR) le 15 août 2012.

Cet expert retient la même exigibilité et les mêmes limitations fonctionnelles, comme lors des expertises réalisées par la Clinique romande de réadaptation en mars 2006 et le SMR en octobre 2010 ; c'est-à-dire une capacité de travail nulle comme chauffeur poids lourds et une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée respecte les limitations fonctionnelles de façon stricte.

Toutefois, la mesure d'entraînement à l'endurance mise en place en janvier 2014 s'est soldée à nouveau par un échec et bien que les tâches demandées respectaient les limitations fonctionnelles.

Après analyse approfondie de votre situation - prise en compte des douleurs, des atteintes objectives visualisées et des examens cliniques réalisés - nous confirmons d'une part un état de santé stationnaire et d'autre part les conclusions émises lors de notre projet de décision du 24 mars 2011, à savoir une exigibilité de 80% dans une activité adaptée et un préjudice économique de 23%.

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

Par ailleurs, ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à un reclassement professionnel. »

L'assuré a fait part à l'OAI de ses observations sur ce projet le 5 mai 2014, singulièrement a mis en doute la valeur probante des avis du SMR de 2006, 2010 et 2012, en contradictions avec l'avis du Dr L.\_\_\_\_\_. Il rappelait l'échec du stage auprès de l'Atelier I.\_\_\_\_\_ et soutenait l'existence de troubles somatoformes douloureux en sus de son état physique aggravé. Il se référait aux rapports des Dr M.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ des 29 octobre 2009 respectivement 12 juin 2012, et concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à des mesures d'insertion professionnelle.

Le SMR s'est prononcé dans un avis du 20 mai 2014, relevant que les rapports présentés par l'assuré, antérieurs au dernier examen rhumatologique au SMR, avaient été pris en considération à cette occasion ; ils n'amenaient donc aucun fait nouveau. S'agissant du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, il se fondait vraisemblablement sur le rapport médical de la Dresse T.\_\_\_\_\_, laquelle rapportait la présence de ce diagnostic depuis 2009 ; or le rapport de la psychiatre traitante se révélait insuffisamment détaillé en termes de critères diagnostics, d'anamnèse et d'examen clinique pour permettre de retenir ce trouble et contredire les conclusions de la Dresse J.\_\_\_\_\_ énoncées en 2006 et celles de la Dresse U.\_\_\_\_\_ posés en 2010.

Par décision du 11 juin 2014, l'OAI a maintenu son refus de droit aux prestations.

**C.** O.\_\_\_\_\_ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par recours du 10 juillet 2014, concluant à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu avec effet rétroactif au jour du dépôt de la demande, subsidiairement à l'octroi de mesures d'insertion professionnelle. Il demande en outre « une analyse complète psychico-psychique [...] dans le but d'évaluer [son] état de santé ». En substance, il fait valoir que le plus récent rapport du SMR, daté du 15 août 2012, aboutit aux mêmes conclusions que les précédents rapports rédigés en 2006 et 2010 par ce service ; il est au surplus contredit par le Dr L.\_\_\_\_\_, dont le rapport du 12 juin 2012 relève l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle. Il se réfère également au certificat du Dr M.\_\_\_\_\_, daté du 29 octobre 2009. Le recourant rappelle la fin prématurée de son stage au sein de l'Atelier I.\_\_\_\_\_ en raison des douleurs aux épaules et souligne que son âge et l'absence de formation professionnelle empêchent sa flexibilité sur le marché du travail. Finalement, il allègue qu'en sus de son état physique aggravé, il souffre de troubles somatoformes douloureux, quatre critères étant selon lui réalisés (affections corporelles chroniques ou processus malade s'étendant sur

plusieurs années sans rémission durable ; perte d'intégration sociale ; état psychique cristallisé ; échec de traitements et de mesures de réhabilitation).

Dans sa réponse du 9 septembre 2014, l'OAI conclut au rejet du recours. Il soutient que le rapport d'examen clinique rhumatologique du 26 septembre 2012 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante et que les informations recueillies au cours d'un stage ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin.

Par réplique du 29 septembre 2014, le recourant réitère les griefs invoqués dans son écriture de recours.

L'OAI renvoie à l'avis du SMR du 20 mai 2014, dans sa duplique du 9 octobre 2014.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande du 26 janvier 2010, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant de nature à modifier son droit aux prestations d'invalidité.

**3. a)** Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail,

elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable ; un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 LAI).

**b)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI [RO 2011 5679]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en

matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1).

Ce contrôle par l'autorité n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Dans une telle situation, 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 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 75 consid. 3.2).

**4. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI). Le devoir d'instruction

s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

**b)** Conformément au principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

S'agissant des rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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).

**5.** L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 26 janvier 2010. Dans le cadre de la reprise

d'instruction, il a confié à son service médical la réalisation d'un examen rhumatologique et psychiatrique, complété par un nouvel examen rhumatologie à la suite de l'intervention chirurgicale du 30 juin 2011, dont les rapports ont fondé la décision de refus de prestations du 11 juin 2014. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé du recourant, sur les plans somatiques et psychiques, s'est modifié depuis la décision du 28 novembre 2007 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

**a)** A l'époque de la décision initiale de refus de rente d'invalidité, il a été constaté que le recourant présentait une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, liées aux troubles dégénératifs séquellaires au niveau des épaules, depuis mars 2004 ; dans une telle activité, seuls les douleurs et l'état psychique risquaient d'être un facteur limitant. Il était fait référence à cet égard aux diagnostics de dysthymie résiduelle, de tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs droite et gauche, et de douleurs chroniques des deux épaules, posés à l'issue de l'expertise rhumatologique et psychiatrique à la CRR en janvier 2006. Singulièrement, le Dr H. \_\_\_\_\_ mentionnait une atteinte organique présente de façon indiscutable mais n'expliquant pas l'ensemble du tableau clinique ni les discordances entre les plaintes subjectives et les données objectives tant de l'examen clinique que de l'imagerie ; d'autres facteurs expliquaient probablement ce retentissement, dont le principal était une dysthymie résiduelle correspondant, selon la Dresse J. \_\_\_\_\_, à une limitation médico-théorique de la capacité de travail d'environ 20% dans une activité adaptée.

**b)** La décision litigieuse retient que l'exigibilité d'exercer une activité adaptée et les limitations fonctionnelles demeurent identiques à celles retenues lors de la précédente décision du 28 novembre 2007, référence étant faite à cet égard aux examens cliniques mis en œuvre au SMR en octobre 2010 et août 2012.

**aa)** Sur le plan somatique, le SMR constate, en mars 2010, une péjoration de l'état de santé, révélée cliniquement par une diminution de la mobilité articulaire des deux épaules, radiologiquement par une aggravation des lésions du sus-épineux à gauche. Cette péjoration est reconnue sur la base des rapports rédigés en octobre 2009 par le Dr M. \_\_\_\_\_ et le Prof. N. \_\_\_\_\_.

Lors de l'examen rhumatologique d'octobre 2010, il est constaté la présence d'atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire, à l'origine de limitations articulaires au niveau des deux épaules. Par référence à l'IRM d'août 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_ retient une déchirure complète du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche, avec amyotrophie sous-jacente ; l'aggravation mise en avant par le médecin traitant s'agissant des articulations scapulo-humérales est dès lors confirmée à gauche. Cependant, elle n'a pas d'incidence par rapport aux limitations fonctionnelles déjà prises en compte lors de l'expertise de la CRR en 2006 ; corollairement, elle n'a pas d'incidence significative sur la capacité de travail globale de l'assuré. Le bilan radiologique de février 2011 confirme par ailleurs les lésions connues, tant à l'épaule gauche qu'à l'épaule droite, et prises en compte lors de l'examen du 21 octobre 2010. En effet, il révèle une rupture transfixiante du sus-épineux à gauche avec amyotrophie modérée consécutive, tendinopathie déchirure sans rupture du tendon du sus-scapulaire et tendinopathie mineure du sous-épineux (imagerie préopératoire) ; à droite, il met en évidence une tendinopathie sans déchirure significative du sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire sur un status post acromioplastie avec remaniement inflammatoire acromioclaviculaire.

Cela étant, le 30 juin 2011, le recourant subit une intervention chirurgicale, consistant en une arthroscopie de l'épaule gauche, ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie, réinsertion des tendons sus-épineux et infra-épineux, et résection du centimètre externe de la clavicule. La description de l'évolution est plutôt favorable, aussi bien sur le plan subjectif qu'objectif. Aux termes de la lettre de sortie du 13 juillet 2011, l'assuré n'a pas présenté de complication particulière et la mobilité

de l'épaule gauche était en amélioration. Trois mois et demi après l'intervention, le Dr L. \_\_\_\_\_ mentionne une évolution très satisfaisante selon le patient, tant au niveau des douleurs que des amplitudes articulaires ; l'élévation antérieure était encore limitée à 110° mais représentait un gain de 50° par rapport à la situation préopératoire. A une année de l'intervention, le Dr L. \_\_\_\_\_ fait état d'un patient globalement satisfait, bien que présentant toujours d'importantes douleurs de types mécaniques et météo-dépendantes ; cependant, l'épaule droite est la plus douloureuse. La mobilité active est décrite seulement avec l'élévation antérieure à 50° des deux côtés et le testing des épaules n'a pas été effectué en raison d'une crainte de décompensation de la symptomatologie. L'état de santé étant considéré comme stabilisé, avec une évolution légèrement favorable, la capacité de travail dans toute activité est évaluée comme nulle de manière définitive.

Le Dr C. \_\_\_\_\_ procède à un nouvel examen ostéoarticulaire le 15 août 2012, lequel met en évidence une diminution de la mobilité au niveau des articulations scapulo-humérales bilatéralement, pour les mouvements d'antépulsion, abduction et rotation dans un contexte oppositionnel et algique. La mobilité active des épaules ne dépassent pas les 60 à 72° aussi bien à droite qu'à gauche et toute tentative de mobilité passive est bloquée à partir de 90° de façon irréductible. Lors de l'examen du 21 octobre 2010, il était constaté, s'agissant de la mobilité des épaules, une antépulsion spontanée difficile au-delà de 70 à 80° des deux côtés, passive possible jusqu'à 90°, bloquée par des contrepulsions, des attitudes de retrait et des plaintes hyperalgiques. L'examen neurologique d'août 2012 met en évidence une trophicité musculaire conservée et symétrique au niveau des deux membres supérieurs, superposable à celle objectivée lors de l'examen d'octobre 2010. Le Dr C. \_\_\_\_\_ souligne l'absence d'éléments objectifs pouvant étayer la symptomatologie algique intense revendiquée par l'assuré. Au vu des constatations objectives, des documents médicaux à disposition et des différents examens cliniques réalisés ce jour-là, le Dr C. \_\_\_\_\_ considère l'état de santé comme stabilisé et les limitations fonctionnelles sont superposables à celles mises en évidence deux ans plus tôt, lors de l'examen bidisciplinaire d'octobre

2010. Il admet ainsi une impotence fonctionnelle dans les mouvements d'antépulsion ou d'abduction au-delà de 90°, les mouvements en rotations interne-externe au niveau des deux épaules, sans port de charges supérieures à 2,5 kg de façon répétitive au niveau des membres supérieurs, et dans les mouvements au-delà de 30% d'antépulsion de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 60° au niveau des deux membres supérieurs. Toute activité respectant les limitations précitées est dès lors possible sur le plan médico-théorique à un taux de 80% (capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20%) ; l'ancienne activité de chauffeur poids lourds, apparaissant peu compatible avec les limitations énoncées, n'est plus exigible. Une incapacité totale de travail est par ailleurs reconnue pour une durée de six mois au maximum, à la suite de l'intervention subie le 30 juin 2011.

**bb)** Les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_ emportent conviction dès lors qu'elles reposent sur un examen clinique de l'assuré, une étude circonstanciée du dossier - notamment des documents médicaux ultérieurs à l'examen bidisciplinaire du 21 octobre 2010 -, une anamnèse détaillée, sont claires et dûment motivées ; elles complètent en outre celles du premier examen réalisé au SMR en octobre 2010. Le Dr C. \_\_\_\_\_ tient compte des plaintes du recourant, soulignant par ailleurs l'absence d'éléments objectifs pouvant étayer la symptomatologie algique intense revendiquée par l'assuré. Dans l'anamnèse, il mentionne que « globalement, les plaintes évoquées actuellement sont superposables aux plaintes évoquées lors de l'examen d'octobre 2010 : une symptomatologie douloureuse constante, centrée sur les 2 épaules surtout exacerbée par toute forme d'activité physique à l'origine d'une impotence et du handicap total selon ses dires ». En octobre 2010, le Dr C. \_\_\_\_\_ relevait notamment que la vive symptomatologie douloureuse exprimée par l'assuré n'avait pas d'explication cohérente ; en janvier 2006, l'expert H. \_\_\_\_\_ faisait également état d'une nette discordance entre les données objectives (radiologiques et cliniques) et les plaintes de l'assuré.

Le rapport du 12 juin 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, qui estime que le recourant ne peut plus travailler, ne permet pas de jeter le doute sur les conclusions de l'examen du Dr C.\_\_\_\_\_. Sur des bases relativement succinctes, et sans examens physiques plus étoffés, on ne peut, à l'instar du SMR, être convaincu d'une aggravation de l'épaule droite. De même, l'évolution retenue par le Dr L.\_\_\_\_\_ est surprenante dans la mesure où l'épaule gauche, tant sur le plan radiologique que clinique, semble en amélioration.

Quant aux rapports du Dr M.\_\_\_\_\_ et du Prof. N.\_\_\_\_\_, établis en octobre 2009, s'ils sont à l'origine de la reconnaissance d'une aggravation de l'état de santé physique du recourant, ils ne se prononcent pas sur l'exigibilité d'exercer une activité adaptée. Le rapport du 27 avril 2010 Dr G.\_\_\_\_\_, qui estime que le recourant ne peut plus travailler, ne permet également pas de jeter le doute sur les conclusions retenues par les examinateurs du SMR. Le diagnostic de scapulo-brachialgies chroniques bilatérales a été reconnu par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans le cadre de ses examens cliniques. Les autres atteintes à la santé revendiquées à l'origine d'une aggravation de l'état de santé, soit les cervicalgies et la gonarthrose mises en évidence par IRM en mars 2005 respectivement mars 2006, sont antérieures à l'expertise de la CRR, de sorte qu'il ne s'agit pas de nouvelles atteintes. La conclusion - succincte - quant à l'incapacité de travail totale apparaît comme le fait d'une appréciation différente, vraisemblablement plus empathique, d'une situation médicale identique. La jurisprudence énonce à cet égard que les rapports établis par le médecin traitant doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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).

Il appert ainsi que si l'ancienne activité de chauffeur poids lourd n'est plus exigible de l'assuré, une activité respectueuse des limitations fonctionnelles somatiques, découlant des troubles dégénératifs séquellaires au niveau des deux épaules, paraît exigible depuis mars 2004. L'aggravation reconnue au niveau de l'épaule gauche n'engendre

aucune autre influence sur la capacité de travail du recourant que celle reconnue en mars 2006, ou avant l'intervention du 30 juin 2011. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter, sur ce point, des conclusions de l'examen rhumatologique du 15 août 2012, dont le rapport remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante et qu'aucun élément médical nouveau, susceptible de mettre en doute ses conclusions, n'a été apporté depuis lors. En effet, le recourant se contente de produire les avis des Drs M. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, datés respectivement d'octobre 2009 et juin 2012.

**cc)** Le rapport d'évaluation du 14 janvier 2014, faisant suite aux mesures d'ordre professionnel accordées par l'OAI, ne permet au demeurant pas de mettre en doute les données médicales émanant du SMR, comme le soutient le recourant.

Il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celles-ci. Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas ; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Les informations recueillies par les organes d'observation professionnelle ont cependant pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement la mesure dans laquelle l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014, consid. 5.2.1 ; 9C\_83/2013 et 9C\_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2).

En l'espèce, l'appréciation de la capacité de travail donnée par le SMR et celle des responsables de l'observation professionnelle à l'Atelier I. \_\_\_\_\_ divergent sensiblement. Même si ces derniers ont proposé des tâches adaptées, ne nécessitant pas de force et peu d'amplitude, leur constat a été que les douleurs augmentaient très

rapidement et mettaient le recourant dans l'impossibilité de poursuivre une activité. Ils se fondent dès lors essentiellement sur les douleurs ressenties par l'assuré.

Précédemment, dans le cadre de l'examen de la première demande de prestations, le groupe d'observation du COPAI avait fait part d'un stage émaillé de nombreuses plaintes douloureuses et d'un comportement douloureux inadapté, même dans les activités ne sollicitant pas les épaules. Les diverses plaintes n'étaient pas en cohérence avec les limitations observées ; elles restaient les mêmes alors que les sollicitations étaient différentes. Le COPAI avait relevé qu'un travail allégé ne sollicitant pas de mouvements en amplitude ou contre le haut avec les bras devait être à même de permettre à l'assuré de retrouver une capacité de travail. Le comportement démonstratif avait par ailleurs été relevé lors d'un deuxième stage d'observation en mars 2007.

L'appréciation médicale doit ainsi l'emporter sur les conclusions des responsables du stage mis en œuvre à l'Atelier I. \_\_\_\_\_ en janvier 2014 ; ces derniers ne se prononcent que sur les données subjectives, sans faire état des limitations objectives, contrairement à ce qui avait été le cas lors du stage au COPAI.

**dd)** Le recourant soutient par ailleurs que son âge (né en 1966) et l'absence de formation professionnelle empêchent sa flexibilité sur le marché du travail.

L'absence d'une occupation lucrative pour des raisons étrangères à l'invalidité ne peut donner droit à une rente. Si un assuré ne trouve pas un travail approprié en raison de son âge, d'une formation insuffisante ou de difficultés linguistiques à se faire comprendre (ou à comprendre les autres), l'assurance-invalidité n'a pas à en répondre (ATF 107 V 17 consid. 2c). S'il est vrai que de tels facteurs - étrangers à l'invalidité - jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à

part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2)

**ee)** En définitive, au plan somatique, il y a lieu d'admettre que les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_ emportent conviction ; aucune péjoration de l'atteinte à la santé somatique avec répercussion sur la capacité de travail n'est mise en évidence, excepté les six mois reconnus par le SMR à la suite de l'intervention chirurgicale du 30 juin 2011, mais inférieurs à la période d'une année nécessaire pour ouvrir le droit à la rente (cf. consid. 3a *supra*).

**c)** Cela étant, il convient d'examiner s'il existe un trouble psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

**aa)** Sur la base de son observation clinique, la Dresse U. \_\_\_\_\_ retient les diagnostics de dysthymie d'intensité légère et de

majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ce dernier n'étant pas mentionné dans l'évaluation psychiatrique de la CRR en 2006. *Pro memoria*, lors de son expertise, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de dysthymie résiduelle, responsable d'une limitation médico-théorique de la capacité de travail d'environ 20% dans toute activité adaptée. Elle exposait que depuis le début de l'année 2004, la situation avait évolué anamnesticquement avec disparition des angoisses, des idées noires, amélioration de la thymie, diminution de l'irritabilité, reprise de certaines initiatives concernant les soins personnels, voire l'existence quotidienne ; le tableau actuel correspondait de ce fait à une dysthymie.

A l'examen clinique, la Dresse U.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté de trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni de ralentissement psychomoteur. Elle n'a pas objectivé d'angoisses persistantes ni attaques de panique, ni signes florides en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Le recourant ne présente pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de diminution de plaisir et ne verbalise pas d'idées suicidaires. Il n'y a pas de symptômes de la lignée psychotique, notamment délires, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique. L'état présenté par l'assuré correspond à ce que le code diagnostique décrit sous forme de dysthymie, savoir des fluctuations d'humeur avec périodes de dépressions mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif proprement dit. La Dresse T.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, pose quant à elle le diagnostic de troubles de l'humeur persistants. L'annexe au rapport de l'OAI démontre peu d'altération des fonctions cognitives, la capacité de compréhension, les capacités mnésiques, d'organisation et de planification ainsi que l'orientation dans le temps et dans l'espace ou par rapport à soi-même n'étant pas limitées ; une limitation de la capacité de concentration et d'adaptation aux changements avec psychorigidité est mentionnée. Dans son avis du 19 février 2013, le SMR considère que le diagnostic de troubles de l'humeur persistants (F 34) ne s'écarte pas du diagnostic de dysthymie (F 34.1) posé lors de l'examen bidisciplinaire du 21 octobre

2010, de sorte qu'il n'existe pas, sur le plan psychiatrique, de fait nouveau.

Cela étant, l'assuré présente une amplification verbale de ses plaintes somatiques, accompagnée d'un sentiment de détresse, les symptômes mis en avant conduisant au diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La Dresse U. \_\_\_\_\_ relève à cet égard que la Dresse J. \_\_\_\_\_, sans poser le diagnostic précité, mentionnait toutefois que l'atteinte organique, présente de façon indiscutable, n'expliquait pas l'ensemble du tableau clinique et les discordances entre les plaintes subjectives de l'assuré et les données objectives ; d'autres facteurs expliquaient ce retentissement, dont le principal reconnu était la dysthymie résiduelle. La Dresse U. \_\_\_\_\_ conclut que la situation est stationnaire depuis l'expertise effectuée en 2006, constat que l'on peut suivre eu égard au contenu de son rapport.

S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, il est réfuté par la Dresse U. \_\_\_\_\_ dans le cadre de son examen ; elle se prononce sur les critères jurisprudentiels dégagés par le Tribunal fédéral pour apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.

**bb)** Au cours de ces dernières années, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier - sur le plan médical et juridique - le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 50).

Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La Haute Cour a

toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (« critères de Foerster »). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1, 132 V 65 consid. 4.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite de la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 arrêt du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et la référence citée). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; ATF 131 V 49).

Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 *in fine*), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/06 du 31 janvier 2007 et la jurisprudence citée).

**cc)** Comme on l'a vu au consid. 6 c) aa) ci-dessus, la Dresse U. \_\_\_\_\_ retient le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, lequel n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Ce diagnostic ne saurait être accompagné d'une comorbidité psychiatrique importante, dans la mesure où seule est retenue une dysthymie légère.

Les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ne sont pas non plus réalisés. On ne voit pas que le recourant réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Si l'assuré présente certes une affection corporelle chronique, sa capacité de travail est toutefois complète dans une activité adaptée (capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 20%), depuis mars 2004, une incapacité de travail totale n'étant par ailleurs retenue à la suite de l'intervention du 30 juin 2011 que pour une durée maximum de six mois. Par ailleurs, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ; la Dresse U. \_\_\_\_\_ constate notamment l'absence de perturbation de l'environnement psychosocial, qualifié de normal, et relate que le recourant sort pendant la matinée acheter du pain, rencontre des amis, et se promène seul ou avec son épouse. On ne voit pas non plus au dossier l'existence, chez le recourant, d'un état psychique cristallisé ou d'un profit primaire tiré de la maladie. Il n'apparaît pas non plus d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, étant rappelé qu'une description d'évolution

plutôt favorable, tant sur le plan subjectif qu'objectif, a été faite à la suite de l'intervention du 30 juin 2011, les précédentes interventions chirurgicales ayant eu lieu antérieurement à l'expertise réalisée en 2006 à la CRR. Par ailleurs, la Dresse T.\_\_\_\_\_ mentionne la prescription de Xanas, recommande l'introduction d'un traitement antidépresseur et ne donne aucune explication quant au suivi psychiatrique, particulièrement sa fréquence, depuis la reprise du traitement en mai 2012.

Il y a en outre lieu de rappeler que lors de l'expertise de mars 2006 à la CRR, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux n'avait pas été retenu en l'absence de tous les critères nécessaires.

Le rapport de la Dresse T.\_\_\_\_\_, laquelle conclut à une incapacité de travail totale, n'est pas de nature à mettre en doute les conclusions de la Dresse U.\_\_\_\_\_. La psychiatrie pose le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant, dont l'existence remonte, selon elle, à 2009. Elle énonce une péjoration de l'état psychique depuis mai 2012, avec une tristesse accrue, une irritabilité, une nervosité, un sentiment de culpabilité et des ruminations à propos du passé avec un sentiment d'insuffisance. La Dresse T.\_\_\_\_\_ ne dit rien sur les raisons qui l'amène à s'écarter de l'avis de la Dresse U.\_\_\_\_\_ ; elle n'explique pas pourquoi, dans le cas présent, il convient de considérer le trouble de l'humeur persistant comme une comorbidité psychiatrique significative, incapacitante en soi. *A contrario*, la Dresse U.\_\_\_\_\_ souligne que la dysthymie légère ne présente pas une sévérité suffisante pour retenir un trouble dépressif récurrent. Alors que la Dresse T.\_\_\_\_\_ mentionne l'apparition de troubles psychiques invalidants depuis 2009, la Dresse U.\_\_\_\_\_ n'a constaté aucune symptomatologie dépressive lors de l'examen psychiatrique en octobre 2010. Les raisons pour lesquelles la Dresse U.\_\_\_\_\_ écarte le diagnostic de trouble somatoforme douloureux fait l'objet d'une démonstration convaincante ; le rapport de la Dresse T.\_\_\_\_\_ ne fait pas apparaître d'élément objectivement vérifiable qui n'aurait pas été pris en compte par la Dresse U.\_\_\_\_\_ ou qui serait survenu après son examen. De surcroît, le recourant énonce, dans son acte de recours, que quatre critères jurisprudentiels sont réalisés pour

reconnaître l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, sans apporter la moindre motivation à ce sujet.

Partant, on retiendra que le recourant présente, sur le plan psychique, un tableau dysthymique correspondant à une limitation médico-théorique de la capacité de travail de 20% dans une activité adaptée. Il ne se justifie dès lors pas de s'écarter des conclusions, claires et dûment motivées, émises par les médecins examinateurs du SMR.

**d)** Au vu des considérants qui précèdent, il a lieu de retenir, à l'instar de l'intimé, que le recourant présente une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, énoncées dans le rapport d'examen clinique du 2 décembre 2010. Sur le plan somatique, aucune aggravation de l'état de santé du recourant depuis 2004 n'a été objectivement mise en évidence, si ce n'est une incapacité totale de travailler reconnue pour une période maximum de six mois après l'intervention du 30 juin 2011, soit inférieure à une année (art. 28 al. 1 LAI). Sur le plan psychique, s'il a été fait mention de nouveaux symptômes, ces derniers ne donnent pas lieu à retenir une atteinte à la santé invalidante. Partant, entre la décision initiale du 28 novembre 2007 et la décision litigieuse du 11 juin 2014, il n'apparaît aucune aggravation importante de l'état de santé du recourant de nature à influencer négativement sa capacité de travail.

**e)** Il n'y a dès lors pas lieu de se prononcer plus avant sur le droit à des mesures de réinsertion (art. 14a LAI), telles que sollicitées, à titre subsidiaire, par le recourant au terme de l'écriture adressée céans.

D'ailleurs, les mesures de réinsertion n'entrent pas dans la définition de l'art. 17 LAI (« reclassement professionnel ») (OFAS [Office fédéral des assurances sociales], Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP], état au 1<sup>er</sup> janvier 2015, ch. 4009) et ne font dès lors pas l'objet de la présente contestation. De surcroît, l'OAI a précédemment pris en charge, par communication du 5 décembre 2013, un entraînement à l'endurance en janvier 2014 ; son

interruption n'a par ailleurs pas donné lieu à une appréciation médicale différente.

**6.** L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, tant sur le plan somatique que psychique, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'une « analyse complète physico-psychique » tel que demandée par le recourant.

**7. a)** En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

**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 des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci, arrêtés à 400 fr., doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD et 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 11 juin 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Un émolument de justice de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- V.\_\_\_\_\_ (pour O.\_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :