

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 juin 2020

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mmes Berberat, juge, et Silva, assesseur  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Le 15 septembre 1998, E. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), alléguant souffrir de diverses atteintes, notamment à la colonne vertébrale, ainsi que d'un mauvais moral, d'angoisse et de nervosité à la suite d'un accident du travail survenu au mois d'août 1997. Le droit à la rente lui a cependant été refusé par décision du 12 avril 1999, l'OAI ayant considéré qu'il conservait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

**b)** Le 24 août 2007, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière. Par décision du 17 avril 2008, l'assurance-accidents a mis fin à ses prestations avec effet au 31 décembre 2008. Dans le cadre de la procédure d'opposition contre cette décision, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise le 18 octobre 2008. Relevant dans les plaintes subjectives que l'assuré estimait être « absolument normal » et n'avoir « pas perdu la tête..., (n'être) pas fou..., (n'être) pas dépressif..., (être) seulement mal et (être) stressé », l'expert psychiatre s'est en particulier prononcé comme suit :

« (...) **VII. \_\_\_\_\_ Discussion :**  
(...)

Par contre, au tout premier plan de ses expressions personnelles, se trouve la notion de l'ampleur de l'accident, des conséquences potentielles qu'il aurait pu avoir (essence qui s'enflamme, paralysie de lui voir (sic) mort, etc.). L'expertisé a très activement argumenté ceci et il a fait un lien de causalité entre la gravité de l'accident et l'ampleur de sa souffrance cervicale-corporelle. Cette dernière est quasi "à la hauteur", insupportable, permanente, peu influençable par des mesures thérapeutiques. De plus, il existe pour lui une sorte d'évidence qu'il était en parfaite santé auparavant et que sa souffrance physique ne peut être autrement attribuable qu'à l'accident. Visiblement, la notion d'une pathologie dégénérative sous-jacente, non symptomatique jusqu'alors, révélée (sic) par l'accident (hypothèse du docteur [...]), n'a été ni transmise ni comprise par l'assuré.

On trouve donc du côté somatique une situation complètement bloquée avec une très forte tendance revendicatrice et une colère à peine dissimulée contre le cours des choses (en général et en ce qui concerne les traitements médicaux).

De plus, nos observations cliniques montrent la présence d'un cercle vicieux qui renforce la problématique, ceci dans le sens suivant : perception d'une douleurs (sic) - crispation musculaire par réflexe - augmentation de la douleur - perception de la douleur au niveau mental et psychique - crispation - augmentation de la douleur etc. Il ne s'agit pas d'un circuit auto induit ou auto entraînée (sic) par volonté, mais à la fois d'un processus physiologique, en étroit lien avec le système neurovégétatif autonome, à la fois conditionné par l'approche globale de l'assuré d'être convaincu qu'un mal lui a été fait. Comme il y a des éléments de la réalité clairement présente, il ne s'agit ni d'un processus délirant, ni d'une simple majoration de symptômes. C'est bien la dynamique du processus décrit, double, neurovégétatif et issu de la personnalité et de la revendication, qui entretient voir (sic) et aggrave la symptomatologie. La problématique asséculoologique, la non-reconnaissance, l'incertitude par rapport au futur et la situation financière donne ici le reste ; la situation paraît extrêmement bloquée.

Il existe au stade actuel deux pôles médicaux : d'un côté les appréciations neurologiques (multiples) et qui soulignent le côté bénin relatif de l'affection, de l'autre le médecin traitant qui perçoit et défend la partie subjective de l'assuré. Il s'agit d'un ensemble qui est entremêlé sans même d'ébauches d'apaisement actuel.

Dans ce contexte, la participation psychiatrique est mineure. Nous avons vu un homme qui ne présente ni une pathologie dépressif (sic) véritable, ni une anxieuse, ni aucune autre. Nous avons décrit une personne très agitée, nerveuse, tendue, logorrhéique, sans écoute, surtout extrêmement remontée contre (au fond) le destin qui lui arrive. L'énergie colérique se cible certes sur le conducteur fautif, les médecins examinateurs et aussi l'assurance, mais elle vise sur le fond le fait même d'être accidenté et de devoir subir les conséquences. Jusqu'à aujourd'hui, l'assuré n'a pas accepté ce destin "malchanceux" et il n'est pas prêt à faire le deuil là-dessus. Ceci maintient voir (sic) aggrave le cercle vicieux décrit.

Comme mentionné auparavant, nous avons exclu un trouble du stress post-traumatique, ceci serait d'ailleurs après plus d'une année peu vraisemblable. Par ailleurs, l'assuré a repris (prudemment) la conduite de voiture ; il existe ni ici ni ailleurs une inhibition anxieuse majeure.

Il n'existe autrement aucun indice pour la présence d'un trouble de la personnalité dans le sens clinique du terme ; l'assuré a fonctionné dans sa jeunesse et à l'âge adulte dans de multiples domaines correctement et à satisfaction. Il est peut-être depuis un certain temps (déjà avant l'accident) dans une vulnérabilité de vie légèrement augmentée, c'est-à-dire dans un statut après deuxième divorce, un fils qui a pris de l'indépendance et sans autres relations affectives assurées.

Force est de constater qu'il n'existe aucune pathologie psychiatrique indépendante voir (sic) sévère. Ceci correspond d'ailleurs à l'auto appréciation de l'assuré qui ne se considère nullement comme malade psychiatriquement. La présence et l'acceptation d'un antidépresseur ne contredit pas cette vision des choses ; comme dans beaucoup d'autres situations, ce type de substance peut avoir un effet équilibrant, voir (sic) partiellement antalgique.

L'autre élément qui nous a frappé lors de la présentation clinique était celle d'un état tentionnel (sic) très important. Nous pensons qu'ici, d'un point de vue purement médico-théorique (en faisant abstraction de toutes les résistances que l'on peut imaginer chez lui) une approche psychocorporelle de détente, de relaxation ou autre serait indiqué et bénéfique.

## **VII. Diagnostic et conclusions :**

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons pour l'assuré en question uniquement la notion psychiatrique de :

- **Facteurs psychologiques ou comportementaux, associé à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (F. 54 CIM-10).**

On signale dans ce terme diagnostique une souffrance qui existe en parallèle à des problèmes somatiques mais sans pour autant remplir les critères d'un diagnostic psychiatrique véritable. Ceci fait également dans le diagnostic différentiel contraste à la notion d'une simple "majoration" de symptômes pour des raisons psychologiques et sociales (F 68.0).

Ce terme est en même temps strictement subordonné à ce qui a été déterminé sur le plan physique ; nous n'avons ici aucune raison de nous écarter des conclusions des confrères.  
(...) »

L'assurance-accidents a confirmé la cessation de ses prestations au 31 décembre 2008 par décision sur opposition du 8 janvier 2009, confirmée par arrêt de la Cour de céans du 6 décembre 2010 (AA 20/09), puis par arrêt du Tribunal fédéral du 21 septembre 2011 (TF 8C\_135/2011).

**c)** Le 23 mai 2008, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI.

A cette occasion, un examen rhumatologique auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a été réalisé le 27 avril 2009. Dans son rapport du 12 mai 2009, le Dr [...],

spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, a diagnostiqué des cervicalgies chroniques dans un contexte de hernie discale paramédiane gauche en C5-C6 (M54.2). Compte tenu de cette atteinte, une activité n'impliquant pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas de rotations rapides, pas d'attitude soutenue de la tête en extension, pas d'exposition aux vibrations, pas de port de charges répété au-delà de 10 kg, était exigible à 100 % depuis le 20 décembre 2007.

Par décision du 26 mai 2010, l'OAI a nié le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité, retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant ayant contesté la méthode de calcul appliquée par l'OAI, cette décision a été confirmée par arrêt de la Cour de céans du 16 août 2011 (AI 244/10), puis par arrêt du Tribunal fédéral du 21 octobre 2011 (TF 8C\_705/2011).

**d)** Le 10 avril 2013, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il a exposé qu'à la suite d'un nouvel accident de voiture survenu le 29 juillet 2012 en Italie, il avait ressenti d'importantes douleurs au niveau de la colonne cervicale. Il s'est en outre prévalu d'une atteinte psychique entraînant une incapacité de travail de 100%. A l'appui de sa demande, l'assuré a produit les documents suivants :

- un certificat médical établi en Italie le 2 août 2012 faisant état de cervicalgies et de lombalgies post-traumatiques (« cervicalgie e lombalgie post-traumatica ») ;
- un rapport rendu le 25 mars 2013 par les Drs H.\_\_\_\_\_, médecin sans titre postgrade, et M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins au Centre de psychiatrie et psychothérapie [...], libellé comme suit :

« (...) **1. Les diagnostics retenus par vos soins :**

- Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (CIM-10 : F62.0)

□ Episode dépressif sévère sans symptôme psychotique (CIM-10 : F32.2)

**2. L'influence de ce diagnostic par rapport à la capacité de travail de M. E. \_\_\_\_\_ dans une activité adaptée.**

Les diagnostics retenus entraînent chez M. E. \_\_\_\_\_ une incapacité de travail de 100%.

**3. Est-ce que le patient présente d'importantes difficultés à assumer son quotidien et dans ce cas, comment de telles difficultés se présentent de manière concrète ?**

La modification durable de la personnalité et l'épisode dépressif sévère influencent de manière restrictive sur la capacité du patient à assumer son quotidien.

En effet, l'épisode dépressif objectivé chez M. E. \_\_\_\_\_ se manifeste par une humeur abaissée, un état de fatigue constante, un manque d'énergie vitale, des capacités de concentration et d'organisation diminuées et un important manque de motivation ainsi que des sentiments de perte d'espoir.

En outre, en rapport à la modification des traits de caractère de sa personnalité, M. E. \_\_\_\_\_ présente une attitude permanente d'hostilité et de méfiance, un retrait social, et un état d'hypervigilance. Les troubles mentionnés ci-dessus évoluent de manière chronique depuis plus de deux ans et interfèrent sur le fonctionnement personnel du patient en diminuant de façon significative sa capacité d'assumer les tâches de la vie quotidienne, ce qui est à l'origine d'une détresse importante avec des répercussions défavorables sur ses capacités de maintenir des relations stables ni de s'adapter à tout environnement stressant.

Au vu de ce qui précède, la question d'une hospitalisation de M. E. \_\_\_\_\_ en milieu psychiatrique pourrait être indiquée ces prochains jours dans un but de mise à l'abri d'un risque auto ou hétéro agressif.

Rappelons que depuis que M. E. \_\_\_\_\_ a été victime d'un accident de la route en août 2007 puis à nouveau en juillet 2012 (percuté par l'arrière). Dans ces contextes, il a développé un état de stress post traumatique puis une évolution péjorative vers un trouble de la personnalité et un tableau dépressif sévère résistant au traitement, compliquant son état psychologique. Compte tenu de la durée des symptômes, de la faible réponse au traitement médicamenteux et de la sévérité du tableau clinique, le pronostic quant à sa capacité de travail ultérieure est réservé.

(...) »

Le 13 septembre 2013, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision de refus d'entrée en matière sur sa demande de prestations.

Contestant ce projet, l'assuré a produit un deuxième rapport des Drs H. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ du 2 décembre 2013, dont la teneur était la suivante :

« (...) **1. Constatations et diagnostic actuel**

M. E. \_\_\_\_\_ a bénéficié de décembre 2012 à avril 2013 d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré dans le cadre d'un épisode dépressif sévère, prise en charge relayée par son médecin généraliste, néanmoins nous avons du (sic) revoir le patient au mois d'octobre dernier en raison d'une évolution défavorable de ses troubles psychiques malgré une réadaptation de son traitement médicamenteux.

Ainsi, il continue de présenter un abaissement de l'humeur, une irritabilité, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour ses activités, une augmentation de la fatigabilité et une altération de la capacité de concentration et de l'attention. En outre il a des idées de dévalorisation, une attitude pessimiste face à l'avenir, un sommeil agité, une diminution de l'appétit et des idées que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Ces symptômes nous permettent de maintenir chez notre patient le diagnostic d'un épisode dépressif sévère sans symptômes.

Le contenu des pensées du patient se focalise sur des souvenirs des deux accidents de la route dont il a été victime et de sentiments d'injustice, ayant l'impression d'avoir tout perdu sans obtenir de réparation satisfaisante à ses yeux. Ces souvenirs intrusifs laissent peu de place à toute autre pensée et le patient revient sans cesse à ce sujet. Cet état entraîne chez lui une importante anxiété, une irritabilité et des accès de colère avec une méfiance altérant ses relations avec son entourage, des souvenirs répétitifs de ses accidents avec des cauchemars autour ces événements nous permettant de retenir le diagnostic d'un état de stress post-traumatique (CIM-10 : F 43.1).

Les aspects financiers et le conflit avec les assurances sont également une préoccupation qui peut prendre beaucoup de place dans sa pensée. Il ne s'agit pas d'une sinistrose ou d'un trouble somatoforme, mais d'une façon de canaliser sa colère et un trait de caractère paranoïaque de type sensitif, ce qui constitue un obstacle important au suivi psychiatrique.

**2. L'influence de ce diagnostic par rapport à la capacité de travail de M. E. \_\_\_\_\_ dans une activité adaptée.**

L'état de santé psychique actuel de M. E. \_\_\_\_\_ ne lui permet pas d'envisager une activité professionnelle lucrative même adaptée.

**3. Quel est le traitement médical qui a été prescrit au patient sur un plan psychiatrique ?**

Le patient a initialement bénéficié à notre centre d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré incluant la prise d'un traitement médicamenteux notamment d'antidépresseurs associé à un suivi de soutien psychothérapeutique. Cette thérapie est actuellement relayée chez le médecin généraliste du patient avec des échanges ponctuels afin de leur proposer de nouvelles adaptations de la médication.

**4. A combien s'élève le nombre de consultations sur un plan psychiatrique depuis le début de l'année.**

De décembre 2012 à avril 2013, le patient a été vu à notre centre à une fréquence bi-mensuelle puis à deux reprises au mois d'octobre dernier avant de retourner chez son médecin traitant pour un suivi de soutien avec poursuite de l'administration d'un traitement médicamenteux de psychotropes adapté.

**5. Quel est le suivi actuel sur un plan psychiatrique ?**

Cf. réponse à la question 4.

**6. Quelle est l'évolution probable de l'état de santé sur un plan psychiatrique ?**

Les comorbidités (sic) psychiatriques présentées par M. E. \_\_\_\_\_ et leur chronicité ainsi que leur résistance aux mesures thérapeutiques instaurées laissent présager une évolution défavorable tant sur le plan de la reprise d'une capacité de travail ni sur le plan d'une amélioration de ses capacités adaptatives d'autonomie dans la société.  
(...) »

Par décision du 8 mai 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 13 septembre 2013, dont il a repris la motivation.

e) Par acte du 12 juin 2014, l'assuré, représenté par Me Métille, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans ce contexte, il a encore produit un rapport des Drs H. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ du 25 mars 2015, mentionnant ce qui suit :

**« (...) 1. Quelle a été l'évolution de ses troubles psychiques depuis votre dernière consultation ?**

M. E. \_\_\_\_\_ nous est adressé à nouveau en janvier 2015 par son médecin traitant pour évaluation du traitement médicamenteux et de l'évolution du trouble psychique.

Les troubles psychiques connaissent une évolution défavorable. Le patient présente toujours une humeur basse, une importante irritabilité, un manque d'intérêt et de plaisir pour les activités auparavant plaisantes, une importante fatigabilité, une altération de la capacité de concentration et d'attention, des idées de dévalorisation, une attitude pessimiste face à l'avenir, un sommeil agité, une diminution de l'appétit et le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Les souvenirs des deux accidents de la route dont il a été victime continue (sic) à s'imposer à lui de façon intrusive et sont source d'une importante anxiété, pouvant par moment causer des palpitations, une oppression thoracique.

**2. Les diagnostics précédemment posés sont-ils toujours présents ?**

Oui, nous retenons toujours le diagnostic d'un état de stress post-traumatique (CIM-10 : F43.1).

**3. Etes-vous en mesure de confirmer le maintien d'une totale incapacité de travail ?**

Le patient a actuellement une capacité de travail nulle.

**4. A quelles conditions le patient serait-il en mesure d'intégrer à nouveau le marché du travail ?**

Afin que le patient puisse intégrer à nouveau le marché du travail, il serait nécessaire que l'évaluation du tableau clinique soit favorable. Hors, l'évolution est défavorable, la souffrance psychique très importante et incompatible avec une activité lucrative, et ceci depuis décembre 2012, date à laquelle nous avons vu pour la première fois le patient

**5. Quel est le traitement médical envisagé ?**

Traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré dans notre Centre, sur la base d'un entretien mensuel. La souffrance à l'évocation des événements traumatiques est intense, M. E. \_\_\_\_\_ ne peut tolérer des séances plus rapprochées.

**6. Toute(s) autres remarque(s) utile(s) ?**

Compte tenu de l'évolution du tableau clinique, du peu d'impact du traitement médicamenteux et psychiatrique, nous craignons une évolution défavorable tant sur le plan de la reprise d'une capacité de travail que de sa santé psychique, l'état de stress post-traumatique pouvant évoluer, en cas de séquelle chronique et irréversible de ce trouble, en modification durable de la personnalité.  
(...) »

Le 5 mars 2015, l'assuré a produit un rapport établi le 24 novembre 2014 par son médecin traitant le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, rédigé comme suit :

« (...) En effet, la cervicalgie traumatique suite à l'accident du 29.07.14 continue à déployer des effets à l'heure actuelle sur un terrain déjà invalidant. A rappeler que M. E. \_\_\_\_\_ souffre toujours d'un canal cervical étroit au niveau de C5-C6 et a eu un autre accident en 2007 qui a atteint toute la colonne vertébrale. Ces deux derniers diagnostics rendent la situation algique plus compliquée. Une amélioration à moyen terme, voire long terme, me semble très difficile à atteindre. D'autant plus, suite à l'augmentation des douleurs dans la région lombaire, j'ai effectué au courant du mois de novembre 2014 chez mon patient une résonance (sic) magnétique montrant une protrusion discale L4-L5 et une hernie discale L5-S1. Evidemment, avec ce nouveau diagnostic, l'algie chez M. E. \_\_\_\_\_ est difficilement contrôlable malgré un traitement lourd qui, par ailleurs, n'est pas exempté des effets secondaires sur le plan cardiovasculaire et rénal. D'ailleurs, j'ai envoyé un courrier à l'AI pour l'informer de la péjoration de son état de santé. Vous recevrez une copie de cette lettre.

Dans ce contexte, M. E. \_\_\_\_\_ développe un état anxio-dépressif qui nécessite une prise en charge par le centre des [...].

En ce qui concerne les frais de traitement postérieurs à fin novembre 2012, je ne pourrai pas vous répondre de façon précise car M. E. \_\_\_\_\_ a eu un accident en 2007 touchant toute la colonne vertébrale et est connu pour un canal cervical étroit de longue date. Avec l'accident en question, les problèmes algiques, déjà bien présents auparavant, deviennent plus lourds pour le patient. S'il n'y avait pas eu les 2 premiers événements, probablement, on arriverait à mieux gérer les problèmes algiques de M. E. \_\_\_\_\_.

J'espère que ces quelques lignes vous seront utiles dans la défense des intérêts de mon patient. Il est vraiment dans l'incapacité de travailler, même, dans un milieu protégé.  
(...) »

Par arrêt du 18 juin 2015, la Cour de céans a admis le recours de l'assuré et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande déposée par l'intéressé le 10 avril 2013, considérant que celui-ci avait rendu plausible une aggravation de son état de santé (AI 124/14 - 158/2015).

**B. a)** A nouveau saisi de la cause, l'OAI a interpellé les Drs H. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ qui ont, dans un rapport du 7 octobre 2015, retenu les mêmes diagnostics que ceux précédemment posés dans leur rapport du 25 mars 2013. Ils ont ajouté que l'assuré bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique à raison d'un entretien tous les deux mois environ, l'intéressé ne pouvant tolérer des séances plus rapprochées. S'agissant des restrictions sur le plan psychique, ces médecins ont noté que l'assuré présentait des difficultés relationnelles en raison de l'irritabilité et évitait la plupart des interactions interpersonnelles. Il pouvait se montrer irritable, voire agressif verbalement et peinait à gérer son irritabilité et sa colère, ainsi que sa tristesse. Les déplacements étaient très difficiles, l'assuré pouvant présenter des symptômes anxieux dans les transports en commun et dans la foule. Il était très angoissé par rapport à la médication qu'il prenait et craignait de développer d'autres maladies à cause des médicaments. Il était très sensible au stress qui augmentait les symptômes dépressifs. L'évolution était chronique et aucune période de rémission des symptômes n'était intervenue depuis 2012. Aucune activité professionnelle n'était envisageable.

Le 23 novembre 2015, l'assuré a produit le rapport de police en italien relatif à son accident de la circulation du 29 juillet 2012. Selon ce document, il avait subi un traumatisme indirect de la colonne cervicale, ainsi qu'un traumatisme des glandes mammaires, avec des ecchymoses dues à la ceinture de sécurité. Il aurait été « déclaré guéri après quatre jours de visite à l'hôpital » (« *dichiarato guaribile in giorni 4 visitato presso OSPEDALE [...]* »).

A ce stade, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire dont il a confié la réalisation au Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et au Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par courriers des 9 et 21 février 2017, l'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté le choix des experts désignés unilatéralement par l'OAI.

Le 15 mars 2017, l'OAI a estimé que l'assuré ne faisait pas valoir de motif de récusation à l'encontre des experts, en dehors de considérations d'ordre général sur un manque d'indépendance, ne mettant en exergue aucun élément concret permettant de douter de leur impartialité.

Dans son rapport du 25 septembre 2017, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de cervicobrachialgies chroniques, avec discopathie C5-C6 modeste, status post-entorse cervicale AVP le 24 juillet 2007. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais une activité adaptée avec diminution des mouvements en porte-à-faux et le port de charge de plus de 5 à 10 kg était en revanche totalement exigible. L'expert a, par ailleurs, relevé que « le socle somatique ne s'[était] pas péjoré de manière significative malgré l'accident du 29.07.2014 ayant entraîné une chute sur le dos et en décembre 2016 ayant entraîné une fracture des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> rayons G et D

et ayant pu entraîner une péjoration de manière transitoire d'environ 3 mois ». Dans un complément d'expertise du 13 novembre 2017, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a ajouté qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles citées par le SMR (i.e. sans port de charge en porte-à-faux avec le long bras de levier de manière répétitive de plus de 5 à 10 kg et sans mouvement de flexion/extension de la nuque de manière répétitive) était aussi exigible depuis le mois de décembre 2017, à l'exception des évènements du 29 juillet 2012 et de décembre 2016.

S'agissant du volet psychiatrique, le Dr K.\_\_\_\_\_ a fait état, dans son rapport du 12 octobre 2017, d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), sans que ce diagnostic n'influence la capacité de travail de l'assuré. Il a en particulier relevé ce qui suit :

« Comme dit précédemment, cet assuré ne présente pas une atteinte à la santé du point de vue psychiatrique ni un trouble de la personnalité à caractère handicapant ; par contre, il présente une majoration des symptômes physiques compatibles avec - initialement dus à - un trouble, maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. L'assuré adopte une attitude histrionique (recherche de l'attention d'autrui) comprenant parfois aussi des plaintes surajoutées (habituellement non spécifiques) à un substrat somatique. L'assuré réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou au handicap provoqué par son affection physique et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son handicap ou de sa douleur. Insatisfaction relative aux résultats du traitement ou des investigations et la déception quant à la qualité des soins médicaux (telle qu'elle est perçue) peuvent aussi représenter un facteur déclenchant. Dans certains cas, comme c'est le cas chez l'assuré, il existe une motivation claire pour la recherche d'une compensation financière à la suite d'accident ou de blessure. »

Dans un avis du 29 janvier 2018, le Dr W.\_\_\_\_\_ du SMR a ainsi estimé que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sans port de charge en porte-à-faux avec le long bras de levier de manière répétitive de plus de 5 à 10 kg et sans mouvement de flexion/extension de la nuque de manière répétitive), ce depuis le mois de décembre 2007, à l'exception d'une période de trois mois consécutive à l'accident du 29 juillet 2012 et d'une seconde à compter du

31 décembre 2016, où l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail.

Par projet de décision du 21 juin 2018, confirmé par décision du 26 novembre 2018, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et ne subissait pas de préjudice économique.

**C.** Par acte du 18 janvier 2019, E.\_\_\_\_\_, représenté par Me Métille, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2013. A titre subsidiaire, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, « respectivement de renvoyer la présente affaire à l'Office AI aux fins que celui-ci procède lui-même à une expertise bidisciplinaire ». En substance, l'assuré a critiqué la valeur probante des appréciations des experts Q.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, dont les rapports contenaient des exagérations, des confusions, voire des omissions. L'assuré a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 29 janvier 2019, la juge instructrice a accordé à l'assuré le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 janvier 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille.

Dans sa réponse du 27 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Répliquant le 6 juin 2019, l'assuré s'est prévalu d'un rapport établi le 24 mai 2019 par les Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie – dont il produisait une copie –, pour asseoir sa position. Selon ces médecins, la capacité de travail s'élevait à 30 % dans un environnement protégé. Ils ont en particulier relevé ce qui suit :

« Le tableau clinique de M. E.\_\_\_\_\_ est dominé par un abaissement de la thymie, une irritabilité, une diminution de l'intérêt

et du plaisir pour ses activités, une augmentation de la fatigabilité et une altération de la capacité de concentration et d'attention. Nous retrouvons une vision négative de lui-même avec dévalorisation, une attitude pessimiste face à l'avenir, un sommeil agité et une diminution de l'appétit. Cependant, il ne présente pas d'idéations suicidaires. Ces symptômes nous permettent de maintenir chez notre patient le diagnostic d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

Le contenu des pensées de M. E.\_\_\_\_\_ se focalise sur les souvenirs des deux accidents de la route dont il a été victime et sur le sentiment d'injustice, ayant l'impression d'avoir tout perdu sans obtenir de réparation satisfaisante à ses yeux. Ces souvenirs intrusifs laissent peu de place à toute autre pensée et le patient revient sans cesse sur ce sujet. Cet état entraîne chez lui une importante anxiété, une irritabilité et des accès de colère, une méfiance altérant ses relations avec son entourage et des souvenirs répétitifs de ses accidents avec des cauchemars autour de ces événements. »

S'agissant de l'interruption du suivi psychothérapeutique intervenue en 2017, les Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ont par ailleurs indiqué ce qui suit :

**« 2. Etes-vous en mesure de confirmer l'interruption des consultations au début de l'année 2017 ? Dans l'affirmative pour quels motifs ?**

A notre connaissance, le patient n'a pas été suivi au Centre de psychiatrie et de psychothérapie [...] en 2017. Les épisodes de soins documentés ont eu lieu du 27 juin 2012 au 23 octobre 2013, du 21 avril 2015 au 26 mai 2016, et plus récemment du 31 juillet au 30 août 2018. Selon les informations fournies par le Dr H.\_\_\_\_\_, qui suivait le patient en 2018 aux [...], M. E.\_\_\_\_\_ a beaucoup de difficulté à s'inscrire dans un processus thérapeutique. Le fait d'aborder sa souffrance psychique le ramène aux souvenirs de ses accidents et à la perte de sa capacité de travail, suscitant un important sentiment de colère. Les aspects financiers et la situation conflictuelle avec les assurances sont également des préoccupations qui peuvent prendre beaucoup de place dans son esprit. Sa dernière interruption de suivi fait suite au départ du Dr H.\_\_\_\_\_ et, selon ses dires, il considérerait qu'un suivi n'était que peu nécessaire.

**3. Est-ce que l'interruption des consultations psychiatriques pourrait signifier que le patient ne présentait plus le moindre diagnostic sur le plan psychiatrique avec influence sur sa capacité de travail ? Dans la négative pour quels motifs ?**

A notre avis, le patient n'a que peu évolué sur le plan psychiatrique durant ce temps. Comme mentionné plus haut, il reste difficile à M. E.\_\_\_\_\_ de s'inscrire dans un processus psychothérapeutique. Malgré ses difficultés psychiques, ses demandes de suivi sont

souvent motivées par son dossier d'assurance-invalidité ou lors d'une demande de soutien social. »

Le 27 juin 2019, l'OAI a transmis un avis établi le 24 juin 2019 par le Dr W.\_\_\_\_\_, lequel relevait que la fréquence du suivi auprès des Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, ainsi que les termes de leur rapport ne démontraient pas une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_.

Dans ses déterminations complémentaires du 3 septembre 2019, l'assuré a estimé que l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_, dont la spécialité était la médecine interne générale, n'était pas de nature à faire douter des conclusions des Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, spécialistes en psychiatrie.

Sur interpellation de la juge instructrice, le recourant a produit, le 28 novembre 2019, les documents suivants :

- un duplicata de compte-rendu radiologique (imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire) de la Dre [...], spécialiste en radiologie, du 14 novembre 2014 ;
- un rapport de radiographie de la colonne lombaire du 19 janvier 2017 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie ;
- un rapport d'IRM lombaire du 24 janvier 2017 du Dr S.\_\_\_\_\_, faisant état d'une fracture des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> pièces sacrées droites et gauches, ainsi que de discrets signes de synovite des articulaires postérieures L4-L5 droite et gauche et L5-S1 gauche. Au niveau du bassin, il était en particulier mentionné ce qui suit :

« les articulations sacro-iliaques sont sans anomalie. Fracture des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> pièces sacrées droites et gauches. Les ailes iliaques sont sans anomalie. Pas d'anomalie coxo-fémorale. Les branches ilio- et ischio-pubiennes sont sans anomalie. Pas d'anomalie musculaire. Pas de signe évocateur d'une insertionite ou d'une bursite. Pas de hernie inguinale. Les viscères pelviens sont sans anomalie. »

Le 22 janvier 2020, Me Métille a produit sa liste des opérations.

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

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

**b)** En l'occurrence, déposé auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA ; art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement à une rente d'invalidité, à la suite de la troisième demande de prestations qu'il a déposée auprès de l'intimé le 10 avril 2013.

**3. a)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement

être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**b)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**4.** En l'occurrence, l'intimé s'est principalement fondé sur l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_, qui reprenait lui-même les conclusions des Drs Q.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, pour retenir que l'exercice d'une activité adaptée

demeurait exigible à temps plein. Le recourant conteste ces appréciations en se prévalant des rapports établis par ses médecins traitants et critique en particulier la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire des Drs Q. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_.

Devant l'OAI, le recourant a notamment remis en cause leur impartialité au motif qu'ils étaient régulièrement mandatés par cet office. On relève toutefois qu'il appartenait à l'intéressé de faire valoir ses motifs de récusation dans le cadre de la procédure administrative et, le cas échéant, de solliciter une décision incidente dans ce sens, ce qu'il n'a pas fait, notamment après réception du courrier de l'OAI du 15 mars 2017. En tout état de cause, il sera rappelé que selon la jurisprudence, le fait qu'un expert soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ne constitue pas, à lui seul, un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert et, partant, une preuve pertinente pour établir les faits relatifs à sa récusation (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3).

Cela étant dit, il faut constater que les rapports des Drs Q. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ remplissent toutes les exigences formelles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Leurs conclusions résultent d'une analyse complète de la situation médicale - objective et subjective - du recourant. Prenant en considération l'ensemble du dossier à leur disposition, tel qu'en atteste les résumés en introduction desdits rapports, les experts ont procédé à une anamnèse détaillée, tenu compte des plaintes du recourant, décrit leurs constatations cliniques et discuté des appréciations divergentes des médecins traitants.

**5.** Sur le plan somatique, le recourant ne saurait être suivi dans ses griefs à l'encontre du Dr Q. \_\_\_\_\_, auquel il reproche des confusions dans les faits, notamment quant aux dates de survenance des accidents, ainsi qu'une appréciation erronée et contraire à la littérature médicale quant à la durée de rétablissement en cas de fracture des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> rayons gauche et droit.

Il est établi que le recourant a été victime d'un premier accident de la circulation le 24 août 2007, puis d'un second le 29 juillet 2012. Or, contrairement à ce qu'allègue l'intéressé, le Dr Q. \_\_\_\_\_ n'a méconnu aucun de ces deux évènements. Tous deux sont rapportés dans l'anamnèse à leur date de survenance et la confusion ultérieure entre 2012 et 2014, s'agissant du second accident, résulte selon toute vraisemblance de l'erreur contenue dans le rapport établi le 24 novembre 2014 par le Dr F. \_\_\_\_\_. L'évènement référé au 24 juillet 2014, soit la chute sur le dos, est apparemment rapporté par le recourant à l'expert lors de l'examen clinique, ce à l'instar de la chute du mois de décembre 2016, laquelle a également fait l'objet d'une consultation, ainsi que de différents examens d'imagerie.

Il est certes regrettable que l'expert Q. \_\_\_\_\_ n'ait pas levé totalement la confusion dans son rapport complémentaire du 13 novembre 2017, se limitant à rectifier l'année de survenance de l'accident de la circulation du 29 juillet sans autre précision. Ces confusions ne sauraient cependant être déterminantes pour apprécier la valeur probante de son rapport, dans la mesure où il était attendu de lui qu'il évalue l'ensemble des atteintes présentées et/ou alléguées par le recourant, ce qu'il a en l'occurrence fait. En effet, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a discuté des atteintes du rachis cervical, dont la recrudescence est imputée par le recourant à l'accident du 29 juillet 2012, ainsi que lombaires. La question de savoir si cette dernière atteinte est inhérente à la chute du 29 juillet 2014, à celle du mois de décembre 2016 ou encore à une atteinte malade ou dégénérative est sans incidence en l'occurrence, la cause d'une atteinte à la santé n'étant pas décisive dans le domaine de l'assurance-invalidité.

S'agissant de l'accident du 29 juillet 2012, figurent au dossier le rapport de police mentionnant un traumatisme indirect de la colonne cervicale et un traumatisme des glandes mammaires, avec des ecchymoses dues à la ceinture de sécurité, ainsi qu'un certificat médical du 2 août 2012 faisant état de cervicalgies et de lombalgies post-traumatiques. Toutefois, cet accident n'a apparemment pas justifié un suivi particulier

sur le plan somatique, étant relevé que le rapport de police précité évoque une guérison « après quatre jours de visite à l'hôpital ». Le dossier ne contient pour le surplus aucune pièce mentionnant une consultation auprès du médecin généraliste ou d'un spécialiste en rhumatologie ou en orthopédie, ni même d'examens d'imagerie dans les jours ou semaines ayant suivi l'évènement traumatique. Il s'ensuit que l'appréciation rétroactive du Dr Q.\_\_\_\_\_ d'une incapacité de travail de trois mois n'est pas critiquable. A cela s'ajoute qu'aucun rapport médical ultérieur à l'accident, respectivement à l'expertise rhumatologique ne s'inscrit en faux contre cette évaluation de l'incapacité de travail consécutive à cet accident de la circulation de 2012.

S'agissant des séquelles des fractures des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> rayons gauche et droite (*i.e.* : vertèbres sacrées, lesquelles sont soudées), l'expert s'est fondé sur les conclusions du rapport d'examen d'IRM lombaire du 24 janvier 2017 pour conclure à l'absence de déplacement significatif. Selon ce document, les articulations sacro-iliaques, les ailes iliaques, l'articulation coxo-fémorale, les branches ilio- et ischio-pubiennes, ainsi que les viscères pelviens étaient sans anomalie. Il n'y avait pas non plus d'atteinte musculaire, de signe évocateur d'une insertionite, d'une bursite ou d'une hernie inguinale. Ce qui précède démontre que les fractures des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> rayons gauche et droite étaient isolées, sans autre atteinte, notamment neurologique, et n'ont pas entraîné de traitement spécifique tel qu'une immobilisation, une infiltration, une opération, ni même de consultation auprès d'un médecin spécialiste. Ainsi, aucun rapport médical ne permet de remettre en cause la valeur probante de l'expertise s'agissant de l'incapacité de travail de trois mois consécutive à l'accident de décembre 2016. Par ailleurs, s'agissant d'une banale chute, une incapacité de plus longue durée ne saurait a priori être postulée.

S'agissant des autres atteintes somatiques, il n'apparaît pas qu'elles entraîneraient une péjoration de l'état de santé du recourant.

Il s'ensuit que, sur le plan somatique, l'état de santé du recourant n'a pas connu d'aggravation susceptible d'influencer son droit à la rente depuis la dernière décision de refus de rente du 26 mai 2010, étant relevé qu'aucune nouvelle atteinte n'a perduré au-delà d'une durée de trois mois (cf. art. 88a al. 2 RAI).

**6.** Sur le plan psychique, le recourant se prévaut des rapports de ses psychiatres traitants et conteste l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_, qui nie l'existence d'une atteinte psychique incapacitante.

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

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être

attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**7. a)** En l'espèce, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), mais a estimé que celui-ci n'influençait pas la capacité de travail du recourant. Ce faisant, il a posé un diagnostic selon les règles de l'art, en se référant à la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10).

A ce stade, se pose la question des motifs d'exclusion, étant précisé que l'expert a fait état d'une exagération des symptômes de la part du recourant « dans le but, vraisemblablement d'obtenir une compensation de la part des assurances » (cf. p. 20). C'est cette composante d'exagération qui a amené le Dr K.\_\_\_\_\_ à retenir, comme unique diagnostic, une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. On pourrait ainsi se demander si l'exagération mise en évidence par l'expert – qui se traduit par une recherche de l'attention d'autrui, ainsi que des plaintes surajoutées, habituellement non-spécifiques, à un substrat somatique (cf. p. 23) – ne pourrait pas permettre de nier d'emblée une rente d'invalidité conformément aux principes relatifs aux motifs d'exclusion développés par la jurisprudence (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). Cette question est cependant sans incidence dans le cas d'espèce dans la mesure où l'examen du diagnostic retenu par l'expert à l'aune des indicateurs cités *supra* (cf. consid. 6) démontre en tout état de cause que des ressources mobilisables demeurent et que l'atteinte n'est pas incapacitante.

En effet, s'agissant du degré de gravité fonctionnel, on relève tout d'abord que le diagnostic posé ne revêt pas en lui-même un degré de

gravité particulier. En effet, il s'inscrit dans le prolongement d'accidents de la circulation - de gravité modérée - intervenus en 2007 et 2012 et plus particulièrement dans un contexte de conflit asséurologique. L'ensemble des intervenants médicaux, y compris les médecins traitants, s'accordent pour dire que le recourant ressent un sentiment d'injustice vis-à-vis de ces événements et que son attention est centrée sur ses revendications à l'égard des assurances. Par ailleurs, le recourant ne bénéficie pas d'un suivi psychiatrique régulier et les consultations auprès de ses psychiatres traitants sont espacées, parfois même de plusieurs mois. L'intéressé a lui-même indiqué, en lien avec sa dernière interruption de suivi en mai 2016, qu'il le considérait peu nécessaire (cf. rapport médical du 24 mai 2019 des Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_). Selon ces derniers médecins, la prise en charge serait même souvent motivée par la procédure d'assurance-invalidité. Le traitement médicamenteux est pris de manière aléatoire, ce que confirment tant les valeurs de dosage obtenues par l'expert, que l'ensemble des médecins traitants. Il n'existe pas de comorbidité psychique, ni même physique, qui permettrait, d'une part, d'expliquer l'absence de compliance, et, d'autre part, de démontrer l'existence de ressources entamées. L'expert psychiatre n'a en particulier pas retenu de trouble de la personnalité ni de traits, lié à l'« attitude histrionique » dont il fait mention (cf. p. 22). En tout état de cause, il sied de préciser que le Tribunal fédéral a déjà été amené à constater que des traits de personnalité n'avaient en principe pas valeur de maladie psychiatrique (cf. p. ex. TF 9C\_894/2015 du 25 avril 2016 consid. 5.1). Ces éléments plaident en faveur d'un faible degré de gravité fonctionnel, étant encore rappelé l'exagération et les avantages secondaires évoqués par l'expert. A cela s'ajoute que les activités quotidiennes du recourant ne sont également pas significatives de ressources entamées. Le recourant a conservé un cercle social, étant relevé qu'il voit régulièrement son fils et a gardé de bons contacts avec son ex-épouse. Selon les Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, il aurait en outre une nouvelle fiancée vivant au [...]. Le recourant est par ailleurs en mesure d'effectuer des démarches administratives et de réinitier un suivi psychiatrique, soit de s'entourer des aides médicales qu'il estime nécessaire. Même durant les périodes d'une à deux semaines où ses médecins parlent « d'isolement social », on

constate que l'intéressé demeure capable de faire ses courses et de payer ses factures (cf. rapport médical du 24 mai 2019 des Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_). Dans ces circonstances, la position de l'expert, qui a noté que « dans les loisirs et les activités sociales, il n'y a[vait] aucune atteinte à la santé du point de vue psychiatrique », apparaît convaincante. Il faut ainsi comprendre que le recourant conserve suffisamment de ressources pour surmonter son atteinte, de sorte que celle-ci n'est pas incapacitante.

On relève pour le surplus que les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_, de même que de nombreux éléments évoqués au sein de son rapport, se recoupent avec l'appréciation faite à l'époque par le Dr Z.\_\_\_\_\_. Ce dernier médecin avait en effet décrit un homme très agité, nerveux, tendu, logorrhéique, sans écoute, surtout extrêmement remonté contre son destin. Il avait également fait état des revendications du recourant à l'égard des assurances, lesquelles entretenaient et aggravaient un cercle vicieux dans la perception de la douleur. Cela étant, le Dr Z.\_\_\_\_\_ avait également conclu à l'absence de trouble psychique incapacitant. On constate ainsi que les tableaux décrits par les deux experts sont, à bien des égards, superposables. Certes, les diagnostics retenus divergent. Il faut néanmoins rappeler que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Une aggravation de l'état de santé psychique du recourant depuis la dernière décision de refus de rente du 26 mai 2010 peut par conséquent être raisonnablement exclue.

**8.** Cela étant dit, il ne se trouve au dossier aucun document médical susceptible de faire douter des conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_.

S'agissant des appréciations des Drs H.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, on relève, à l'instar de l'expert, que les critères CIM des diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0) et d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2) ne sont pas remplis, étant précisé que le Dr K.\_\_\_\_\_ a indiqué n'avoir décelé aucun signe ou symptôme de ces

pathologies lors des entretiens et dans l'anamnèse. La fréquence du suivi, à savoir deux fois par mois du 27 décembre 2012 au 23 octobre 2013 (cf. rapport du 2 décembre 2013 des Drs H.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_), ainsi qu'une fois par mois du 21 avril 2015 au 26 mai 2016 (cf. rapport du 25 mars 2015 des Drs H.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_), n'apparaît pas compatible avec ces diagnostics et la prise en charge généralement attendue dans ces circonstances. Par ailleurs, les psychiatres traitants font certes état d'un certain nombre de limitations fonctionnelles d'ordre psychique, en particulier une importante irritabilité, ayant pour conséquence que le recourant rencontrerait des difficultés dans ses relations interpersonnelles, ainsi que dans les transports en commun et dans la foule. Cependant, on constate que cet état tensionnel très important avait déjà été évoqué par le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans son expertise du 18 octobre 2008. Pour le reste, les rapports des Drs H.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ sont peu étayés et ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_ ou en établir le caractère incomplet. Il en va de même du rapport du 24 mai 2019 des Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, lesquels n'objectivent pas la capacité résiduelle de travail de 30 % qu'ils retiennent. Ces derniers médecins semblent s'être essentiellement fiés aux plaintes subjectives du recourant, lequel était au demeurant toujours habité par une colère et une méfiance en lien avec son conflit asséculo-logique.

Cela étant, on constate que les avis médicaux des médecins traitants ne sont pas de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du Dr K.\_\_\_\_\_, auxquelles une pleine valeur probante doit être accordée. Dans ces conditions, force est de retenir que le recourant présente une capacité de travail entière au plan psychique.

**9.** Pour le surplus, le recourant ne conteste pas la comparaison des revenus telle qu'elle a été effectuée par l'intimé. Il n'y a donc pas lieu de revenir en détail sur ce calcul qui, vérifié d'office, ne prête pas flanc à la critique.

**10.** Sur le vu de ce qui précède, l'instruction du dossier permet de statuer en toute connaissance de cause sur le droit à la rente du recourant, de sorte qu'on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une nouvelle 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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

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

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

**c)** Par décision du juge instructeur du 29 janvier 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 janvier 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me David Métille. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 22 janvier 2020. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Métille est arrêtée à 3'986 fr. 35, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil du recourant, est arrêtée à 3'986 fr. 35 (trois mille neuf cent quatre-vingt-six francs et trente-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me David Métille (pour E. \_\_\_\_\_) ;
- 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 :