

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 octobre 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Röthenbacher et Thalmann, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 - 2 et 29 al. 1 - 3 LAI ; 49 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait comme chauffeur poids-lourds, à plein temps, pour le Centre d'impression d'A._____. A ce titre, il était assuré contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 12 novembre 2008, alors qu'il descendait d'une échelle d'un quai de déchargement, il a perdu l'équilibre et a frappé le béton du quai avec le coude gauche en tentant de se rattraper. Une importante tuméfaction et un hématome s'en sont suivis. Son médecin traitant à l'époque, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, a dans un premier temps prescrit un traitement conservateur. L'assuré a continué à se plaindre de fortes douleurs dans le coude, de paresthésies dans les quatre doigts ulnaires, surtout au repos, de crampes en flexion des doigts en se réveillant le matin avec des doigts enflés et engourdis, ainsi que de lâchages involontaires de la main gauche. Il a néanmoins poursuivi son activité professionnelle. L'accident a été annoncé à la CNA, qui a pris les suites en charge.

Dans un rapport du 20 décembre 2010 à la CNA, le Dr X._____ a mentionné les diagnostics de bursite du coude gauche, neuropathie cubitale gauche post-traumatique et syndrome du tunnel carpien à gauche. Le 13 janvier 2011, l'assuré s'est soumis à une opération de bursectomie, avec transposition du nerf cubital et neurolyse du nerf médian au canal carpien à gauche. Une incapacité de travail totale a été attestée dès le jour de l'opération. La CNA a alloué des indemnités journalières.

Le 17 mai 2011, lors d'un entretien avec un collaborateur de la CNA, l'assuré a notamment exposé qu'en descendant la rampe d'escaliers métalliques du quai, de face comme il devait le faire, il avait glissé avec un pied vers le milieu de la rampe en question. Afin d'éviter de heurter le

sommet de celle-ci avec son menton, il avait fait un quart de tour avec le haut de son corps et c'était alors qu'il avait heurté l'angle de cette rampe avec son coude gauche, ce qui l'avait déséquilibré et fait finalement tombé en arrière lorsqu'il avait touché le sol au bas de cette rampe. En position finale, il s'était donc retrouvé assis par terre, la main droite à plat sur le sol alors qu'il maintenait son bras gauche en l'air sous l'effet de la douleur.

Le 7 septembre 2011, la Dresse Z._____, spécialiste en chirurgie de la main, a informé la CNA que le traitement proposé prévoyait un examen électroneuromyographique (ENMG) post-opératoire des nerfs médian et ulnaire gauche à la fin septembre 2011, puis une éventuelle révision chirurgicale. Il ressort en outre ce qui suit de l'anamnèse de ce rapport :

“Ce patient de 49 ans, chauffeur chez A._____, a été victime d'un coup violent à la face postéro-médiale du coude gauche le 12.11.2008. Alors qu'il descendait d'une échelle d'un quai de déchargement à reculons, l'échelle est partie en arrière et, dans un mouvement pour se rattraper, la face postéro-médiale du coude gauche a frappé contre le béton du quai. Une importante tuméfaction et hématome s'en est suivi. Le patient s'est plaint de fortes douleurs dans la région, de paresthésies dans les 4 doigts ulnaires, surtout au repos, des crampes en flexion des doigts en se réveillant le matin avec des doigts enflés et engourdis, ainsi que de lâchages involontaires de la main gauche.”

L'évolution n'a par la suite pas été favorable, avec la persistance de plaintes relatives à une hypoesthésie, voire une anesthésie autour de la cicatrice du coude, une douleur au poignet irradiant vers le coude, des fourmillements dans tous les doigts et des réveils nocturnes en raison de fourmillements et crampes dans les doigts. Le Dr N._____, spécialiste en neurologie, a réalisé un ENMG le 28 septembre 2011 et diagnostiqué une récurrence d'un syndrome du tunnel carpien, d'une part, et une neuropathie cubitale récidivante. Le 1^{er} novembre 2011, la Dresse Z._____ a opéré l'assuré pour une reprise d'une transposition antérieure du nerf cubital profond à gauche et une reprise d'un syndrome du canal carpien à gauche. Le 5 décembre 2011, lors d'un contrôle post-opératoire, la Dresse Z._____ a constaté une évolution objectivement favorable,

avec la disparition des crises de fourmillement, mais la persistance de sensations anormales dans les territoires de deux troncs nerveux opérés. Les cicatrices étaient douloureuses. Cette évolution n'était pas inhabituelle. La Dresse Z._____ a proposé une prise en charge à la Clinique romande de réadaptation (CRR) en vue d'une évaluation professionnelle et d'un accompagnement du patient dans un travail qu'il devait faire sur l'acceptation d'une sensibilité différente au membre supérieur gauche par rapport au membre supérieur droit. Cette sensibilité particulière, avec des dysesthésies globales du membre supérieur, serait plus ou moins définitive et ne pourrait pas être corrigée par une reprise chirurgicale.

L'assuré a séjourné du 8 février au 6 mars 2012 à la CRR. Dans le rapport de sortie du 21 mars 2012, les Drs S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et C._____, médecin-assistant, ont observé qu'à l'examen clinique, l'assuré était complètement fixé sur la symptomatologie douloureuse, sous-utilisait son membre supérieur gauche et présentait des autolimitations et des incohérences. Un examen électroneuromyographique réalisé le 20 février 2012 montrait une atteinte axono-myélinique sensitivomotrice du nerf médian au canal carpien gauche, probablement séquellaire à une troisième récurrence qui était difficile à diagnostiquer. L'examen démontrait en revanche une amélioration de l'atteinte axonale du nerf ulnaire. Les autres examens pratiqués étaient sans particularité et hormis une récurrence d'atteinte du médian, aucune explication médicale n'avait pu être trouvée à l'évolution insatisfaisante. Durant le séjour, l'assuré avait bénéficié d'une prise en charge intensive en ergothérapie et physiothérapie, sans amélioration ; au contraire, la force de préhension et les capacités fonctionnelles étaient même diminuées en fin de séjour, par rapport à l'entrée à la Clinique romande de réadaptation. Une évaluation des capacités fonctionnelles et globales aux ateliers professionnels n'avait pas pu être effectuée compte tenu du tableau clinique de handicap sévère avec une symptomatologie douloureuse de forte intensité et une exclusion quasi complète du membre supérieur gauche sur le plan fonctionnel.

W._____ a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le 5 juin 2012.

L'employeur de l'assuré a résilié son contrat de travail pour le 30 juin 2012.

A la suite de la demande déposée, l'OAI a confié le dossier à sa division réadaptation. Une entrevue a ainsi eu lieu le 13 juillet 2012 entre un collaborateur de ce service et l'assuré dans les locaux de l'office AI à Vevey. A teneur d'un procès-verbal du même jour intitulé « IP - Rapport initial », l'intéressé a notamment exposé souffrir de douleurs crâniennes à gauche qu'il mettait en relation avec l'accident de 2008. Il précisait avoir tout le côté gauche endormi, de la tête à la main, et était porteur d'un bandage à la main ainsi qu'au poignet gauche. Il ne pouvait plus conduire de véhicule.

Du 24 septembre au 26 octobre 2012, l'assuré a effectué un stage dans un Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI). Il ressort toutefois du rapport final de stage, du 2 novembre 2012, qu'une évaluation des activités professionnelles envisageables n'avait pas été possible en raison des incohérences présentées par l'assuré et de son manque de collaboration. Par communication du 29 novembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement. Des mesures d'instruction complémentaires seraient peut-être nécessaires.

Selon un procès-verbal du 13 novembre 2012 établi à la suite d'une entrevue orale du jour précédent entre un collaborateur de la CNA et l'assuré, ce dernier a notamment mentionné un moral au plus bas, se disant complètement insatisfait de sa condition et exprimant des idées noires qui, de l'avis du Dr X._____, impliquaient un suivi par les médecins du service de psychiatrie à l'Hôpital d'[...]. Par téléphone du 27 novembre 2012, l'assuré a informé la CNA s'être rendu à l'hôpital précité

où il avait tenté de faire le point de la situation avec un psychiatre qui lui avait prescrit des médicaments et fourni un numéro d'urgence à contacter en cas de détresse.

Le Dr N._____ a pratiqué un nouvel ENMG le 30 janvier 2013, lors duquel il a constaté une nette amélioration des paramètres électrophysiologiques pour les nerfs médian et cubital gauches après la deuxième opération de novembre 2011.

Les 12 avril et 28 août 2013, le Dr G._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à des examens cliniques de l'assuré. Il a constaté la persistance de douleurs de réinnervation du membre supérieur gauche après neurolyses itératives du nerf cubital au coude gauche et du nerf médian au poignet gauche, s'accompagnant d'une surcharge fonctionnelle plus ou moins délibérée. Il a mis en doute une incapacité de travail d'origine psychique, mais suggéré néanmoins un examen par un psychiatre pour éclaircir ce point. Sur le plan somatique, le Dr G._____ a attesté une pleine capacité de travail dans toute activité légère, de type industriel, ne nécessitant pas de dextérité particulière, se demandant même si la reprise d'une activité de chauffeur poids-lourds n'était pas envisageable. L'atteinte à l'intégrité était évaluée à 5 % en présence d'une discrète neuropathie résiduelle des nerfs cubital et médian du membre supérieur gauche.

Dans un rapport du 16 mai 2013 à l'intention de l'OAI, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, assisté par la psychologue F._____ et suivant l'assuré à une fréquence mensuelle depuis le 18 décembre 2012, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen (F32.1) depuis environ deux ans, de trouble hypocondriaque (F45.2) depuis environ un an et d'autres troubles spécifiques de la personnalité, type psychotique. Il ressort ce qui suit de la rubrique « 1.4 Anamnèse » de ce rapport :

“M. W._____ a développé des symptômes anxio-dépressifs suite à un accident de travail en 2008 où il rapporte avoir été blessé à la tête (traumatisme crânien selon les dires du médecin traitant, le Dr

X. _____) et au bras. Suite à cet accident, le patient a développé une bursite au niveau du bras, pour laquelle il a bénéficié d'une opération et d'un traitement de réadaptation à la clinique de la SUVA. Toutefois, depuis cette opération, M. W. _____ décrit d'importantes douleurs au niveau de la moitié droite du visage, de l'épaule, du bras et de sa jambe, ainsi qu'une insensibilité. Il dit se sentir diminué au niveau de la moitié de son corps et souffrir terriblement. Il ne se sent pas le même homme, incapable de travailler comme avant et dans ce contexte a développé des symptômes anxieux et dépressifs.

Pour plus de détails concernant les troubles somatiques, veuillez-vous adresser au médecin traitant, le Dr X. _____.

Actuellement, M. W. _____ présente des symptômes psychiatriques correspondant à un épisode dépressif moyen.

Par ailleurs, suite au téléphone avec le médecin traitant et avec le thérapeute de la SUVA, nous émettons l'hypothèse de l'existence d'un trouble hypocondriaque. En effet, M. W. _____ semble convaincu de souffrir d'un trouble somatique grave malgré les conclusions des examens médicaux. A cet effet, nous faisons l'hypothèse que M. W. _____ présente un rapport à la réalité perturbé.”

Pour le Dr D. _____, le pronostic était réservé. Malgré les limitations psychiques retenues (à savoir : tristesse, perte de motivation, colère, perte de plaisir, fatigue, difficultés à se concentrer, troubles de la pensée et perte d'espoir), un arrêt de travail de l'assuré ne se justifiait pas. Le psychiatre traitant relevait qu'au vu des plaintes somatiques et psychiques, une reprise de travail semblait compliquée. Il convenait toutefois d'attendre de connaître l'évolution de l'état de santé de l'assuré avant de se prononcer en connaissance de cause.

Dans un rapport du 17 mai 2013 à l'intention du médecin-conseil de l'assureur perte de gain (K. _____), le Dr D. _____ a mentionné que l'état de santé psychique de l'assuré avait peu évolué depuis le début du traitement. En raison de ses douleurs somatiques et des séquelles de l'évènement accidentel de 2008, l'assuré disait avoir perdu la raison de vivre. Il bénéficiait d'entretiens mensuels avec le projet d'instaurer une médication antidépressive pour stabiliser les symptômes dépressifs. Sans se prononcer en la matière, le Dr D. _____ estimait une reprise professionnelle compliquée, dépendante de l'évolution de l'état de santé de l'intéressé.

Le 8 octobre 2013, le Dr E. _____, psychiatre-conseil de la CNA, a examiné l'assuré et a posé les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) ainsi que de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), sans influence sur la capacité de travail. Ce psychiatre s'est exprimé comme suit dans son appréciation du cas de l'assuré :

“Cet assuré a été victime d'une assez banale contusion du coude gauche dont le traitement n'a pas été particulièrement difficile ni compliqué même s'il a comporté deux interventions chirurgicales.

Actuellement l'assuré présente des plaintes algiques et d'insensibilité qui n'ont aucun substrat étiologique somatique. Les plaintes sont démonstratives et l'amplification est manifeste. L'assuré ne parvient pas à convaincre de la réalité de ses douleurs tellement la démonstrativité est évidente.

Je poste donc un diagnostic d'amplification de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ce diagnostic est fondé sur le fait que l'extension des douleurs et des troubles neurologiques ne repose sur aucune atteinte décelable.

D'autre part, je pose un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte en raison des plaintes que présente l'assuré. Mais je rappelle que le trouble anxieux et dépressif est une entité nosologique que la CIM-10 définit comme se distinguant à peine des variations habituelles de l'humeur et ne nécessitant pas de traitement spécifique. En effet, l'assuré n'a aucune médication psychotrope, mis à part l'Atarax, mais prescrit à des fins antalgiques.

Je ne retiens pas de diagnostic de trouble de l'humeur de type épisode dépressif ou trouble dépressif récurrent car la thymie n'est pas abaissée de manière importante. Les fonctions instinctuelles sont globalement préservées. Il n'y a pas d'idées suicidaires.

Je ne retiens pas de diagnostic de trouble dissociatif ou de conversion car la démonstrativité est trop patente pour inciter les soignants à multiplier les investigations médicales à la recherche d'une origine neurologique de la symptomatologie.

Du point de vue psychiatrique, l'assuré a une pleine capacité de travail dans n'importe quelle activité professionnelle.”

Interpellée, la CNA a répondu le 11 février 2014 à l'OAI qu'au terme de son instruction du cas, une pleine capacité de travail était exigible de l'assuré dans une activité adaptée (activité légère, de type industriel, ne nécessitant pas de dextérité particulière), dès le 1^{er} mars 2014.

La CNA a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 28 février 2014. Par décision du 26 mars 2014, elle a alloué une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 1'163 fr. 70 basée sur un taux d'invalidité de 21 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5 %. La CNA a notamment considéré que sans accident le revenu de l'assuré aurait été de 74'720 fr. alors que celui d'invalidé dans une activité adaptée telle que décrite par le Dr G._____ s'élevait à 58'978 francs. La CNA a confirmé sa décision sur opposition le 28 novembre 2014. A la suite du recours formé le 16 janvier 2015 contre la décision sur opposition précitée par Me Olivier Carré, conseil de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 21 mars 2016 (AA 2/15 - 44/2016), confirmé la décision querellée. Sur le plan médical, la Cour de céans a tenu l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA pour probante. Lors de son examen, le Dr G._____ avait en particulier tenu compte du déconditionnement majeur du bras gauche allégué et ses douleurs en les relativisant toutefois compte tenu de la surcharge fonctionnelle plus ou moins délibérée constatée. Au terme d'une analyse convaincante, le Dr E._____ avait quant à lui exclu un lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques diagnostiqués étant précisé que l'assuré avait subi un accident relativement banal, lequel n'avait pas entraîné d'incapacité de travail près de deux ans après sa survenance (cf. arrêt CASSO AA 2/15 - 44/2016 du 21 mars 2016, consid. 4a).

Dans un rapport complété le 2 décembre 2014 à la suite d'une demande de moyen auxiliaire (appareillage auditif), le Dr U._____, spécialiste en médecine générale et nouveau médecin traitant depuis le 7 mai 2013, a fait part à l'OAI des diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de céphalées chroniques dans le contexte d'un status post-TCC (trouble crânio-cérébral) en 2008, de cervico-brachialgies gauches, de lombalgies dans le contexte d'une discopathie dégénérative avec bombement médian sous ligamentaire du disque L5-S1, et de trouble anxio-dépressif récurrent avec épisode actuel sévère. Il a retenu, sans effet sur la capacité de travail, une hypertension artérielle, un diabète de

type II non insulino-requérant et une hypoacousie appareillée. Indiquant une évolution augurant un pronostic défavorable avec une psychothérapie et un traitement médicamenteux, le médecin traitant a constaté une totale incapacité de travail de l'assuré dans la profession de chauffeur poids-lourds dès le 13 janvier 2011. Il ne s'est par contre pas prononcé sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Malgré le diagnostic psychiatrique de trouble anxio-dépressif récurrent, épisode actuel sévère, les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées.

Dans un rapport du 23 décembre 2014, le Dr I._____, du Service Médical Régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a suggéré de compléter l'instruction par l'obtention de renseignements auprès des médecins de l'assuré et de voir avec la CNA pour recueillir le rapport final de son médecin d'arrondissement.

Dans ses réponses du 13 janvier 2015, le Dr U._____ a mentionné une capacité de travail nulle de l'assuré en toutes activités compte tenu des diagnostics incapacitants de cervico-brachialgies gauches, de lombalgies et de trouble anxio-dépressif récurrent.

Le 16 janvier 2015, la CNA a transmis les rapports d'examens des 28 août et 8 octobre 2013 du Dr G._____, respectivement du Dr E._____, pièces déjà au dossier de l'OAI.

Le 4 février 2015, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, assisté de F._____, a répondu comme suit au questionnaire adressé dans l'intervalle par l'OAI :

“[1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?]
F32.1 Episode dépressif moyen
F60.8 Autres troubles spécifiques de la personnalité, type psychotique

Diagnostic différentiel :
F45.2 Trouble hypocondriaque
F07.2 Syndrome post-commotionnel

[2. Quelle est selon vous la capacité de travail au plan psychiatrique ?]

Actuellement, la capacité de travail est de 0%.

[3. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement psychiatrique ?]

Angoisses, une humeur dépressive, une irritabilité, une anhédonie, une réduction des activités, perte de libido, retrait social, idées suicidaires scénarisées, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité, maux de tête, vertiges, fatigue, difficultés à accomplir des tâches mentales, insomnie, et diminution de la tolérance au stress, aux émotions. Troubles de la pensée, méfiance au niveau relationnel.

[4. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?]

Le patient bénéficie d'entretiens psychologiques mensuels à la Polyclinique psychiatrique d[...]. La compliance est globalement bonne aux entretiens. La question d'introduire une nouvelle médication psychotrope est en cours.

[5. Quel est votre pronostic en termes de capacité de travail ?]

Le pronostic reste réservé.

[6. Autres remarques que vous aimeriez partager ?]

Non."

Dans un nouvel avis SMR du 24 février 2015, le Dr I. _____ a constaté la nécessité de procéder à un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) afin d'évaluer la capacité de travail de l'assuré à l'aune des derniers développements au dossier.

A l'occasion de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique mandaté par l'OAI, l'assuré a été convoqué dans les locaux du SMR à Vevey les 7 et 13 mai 2015. Dans leur rapport bidisciplinaire du 8 juin 2015, les Drs Q. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et L. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, n'ont pas posé de diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail aux plans ostéo-articulaire et psychiatrique. Ils ont par contre retenu, sans effet sur la capacité de travail, un status après neuropathie sensitive du nerf cubital gauche par enclavement dans la gouttière épitrochléenne, traitée par gestes chirurgicaux les 13 janvier et 1^{er} novembre 2011 (G56.2), un syndrome du tunnel carpien gauche, également traité les 13 janvier et 1^{er} novembre 2011 (G56.0), un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et une majoration de symptômes

physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il ressort ce qui suit de la rubrique intitulée « appréciation du cas » de ce rapport d'examen :

“L'assuré déclare être tombé d'une échelle d'une hauteur de 1 mètre 50, le 12.11.2008. Il dit avoir heurté le coude G et la tête sur le sol. Depuis cette chute, l'assuré dit avoir des douleurs au coude en cas d'appui. Il a continué à travailler jusqu'en 2012 comme chauffeur de poids-lourds, gardant une protection sur le coude afin d'éviter les appuis.

Après une 1^{ère} intervention chirurgicale au coude G et au poignet G le 13.01.2011, la douleur est devenue plus forte. L'assuré déclare que la douleur commence à la face interne du coude G puis s'étend vers le bas jusqu'au bout des 5 doigts et vers le haut jusqu'à la tête. La douleur est présente en permanence et augmente lorsqu'il fléchit le coude.

Depuis la chute de 2008, l'assuré dit avoir aussi une douleur lombaire G, s'étendant jusqu'à la face latérale de la hanche. La douleur est toujours présente, comme une piqûre. La douleur augmente s'il reste trop longtemps assis ou debout. Il a aussi des fourmillements dans la jambe G, des orteils jusqu'à la hanche, depuis la 1^{ère} opération de 2011. Pour la jambe D, les fourmillements vont des orteils jusqu'au genou. Il a aussi des sensations de chaleur dans les pieds depuis 2 ans.

Durant la nuit, l'assuré est réveillé par une douleur s'étendant sur la moitié G de la tête, la nuque, les 2 épaules. Cette douleur le réveille 2-3x/nuit. Au lever, le matin, il dit avoir mal partout, comme s'il a été tapé.

L'assuré se présente à l'examen clinique en marchant avec une canne tenue à D. Il porte une attelle au poignet G. Avec la canne, le pas est rapide. Sans la canne, la marche est lente. Il y a une boiterie G intermittente. La position assise est maintenue pendant 25 minutes, puis, à plusieurs reprises, l'assuré alterne la position assise et debout. La gestuelle spontanée est libre. Lors du déshabillage, l'assuré élève les bras sans difficulté au-dessus de l'horizontale. La dextérité des mains est bonne. Le déboutonnage et le boutonnage de la chemise ne posent pas de difficulté. L'assuré manipule aisément son porte-monnaie de la main G, sortant, puis remettant en place une carte de visite alors qu'il tient son attelle de la main D. Durant l'entretien, l'assuré effectue spontanément des mouvements de la colonne cervicale. En phase d'examen clinique, le comportement de l'assuré change. Il émet fréquemment des gémissements. Il restreint activement les amplitudes articulaires, principalement au niveau cervical, lombaire, de l'épaule G et de la hanche G, alléguant généralement une douleur s'étendant de l'arrière de la tête jusqu'au bas de la colonne lombaire.

Les douleurs diffuses s'étendent sur l'ensemble de l'hémicorps G, de la tête jusqu'aux orteils. Il n'y a pas de signe inflammatoire, pas de trouble vasomoteur ni dystrophique pouvant évoquer la présence d'une algoneurodystrophie. Les points douloureux de fibromyalgie sont à 17/18. Les signes et symptômes de non organicité de Waddell à 5/5.

Les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques. La force produite au MSG et au MIG est inconstante. L'assuré parvient à prendre appui sur les MS pour se déplacer sur la table d'examen. Il

se déplace sans difficulté de cette manière (poids 104 kg). L'assuré peut marcher sans boiterie, tenir sur la pointe des pieds ou sur les talons. Par contre, lors de l'évaluation de la force, il lâche contre une faible résistance au niveau de l'ensemble du MSG et du MIG. Il y a des lâchages brusques, évoquant un manque de collaboration.

Lors de l'examen de la sensibilité, il y a une quasi anesthésie tactoalgique, vibratoire et posturale sur l'hémicorps G qui ne correspond pas à une atteinte neurologique. Malgré l'importante atteinte de la sensibilité alléguée par l'assuré, il n'y a pas d'ataxie (manque de coordination des mouvements volontaires). Une ataxie serait inévitable en cas d'une telle atteinte de tous les modes de la sensibilité.

Le rapport des radiographies de la colonne cervicale du 10.02.2012 indique la présence d'une uncarthrose cervicale basse. Il n'y a pas de réduction significative du calibre des trous de conjugaison. Il s'agit d'une atteinte dégénérative banale en rapport avec l'âge de l'assuré.

Le rapport de scintigraphie osseuse du 16.02.2012 permet d'exclure une algoneurodystrophie, une atteinte inflammatoire ou une arthrose active vu l'absence de foyer d'hyper- ou hypofixation.

Le rapport de l'IRM lombaire du 14.04.2014 indique une perte du signal hydrique du disque L5-S1 avec bombement sous ligamentaire médian sans appui sur les racines L5, une absence d'anomalie de signal des articulations sacro-iliaques ou coxo-fémorales, un canal lombaire de dimensions antéro-postérieures limites mais sans sténose compressible au niveau du fourreau dural.

L'IRM cervicale du 12.09.2014 montre un canal cervical étroit constitutionnel sans compression médullaire, l'absence de signe de myélopathie, des lésions dégénératives en C1-C2, une dessiccation discale de C2 à C6 avec bombements discaux étagés sans compression, une uncarthrose étagée sans rétrécissement des foramens. Il n'y a pas de hernie discale.

Les radiographies de la colonne dorsale du 28.05.2015 montrent une inclinaison D du rachis, une petite spondylose antérieure. Les espaces intersomatiques sont conservés.

Les radiographies de la colonne lombaire du 28.05.2015 montrent une petite scoliose à concavité D. La trame osseuse est sans particularité. Les espaces intersomatiques sont conservés.

Les nombreuses incohérences relevées à l'examen clinique (boiterie intermittente, amplitudes articulaire supérieures lors de la mobilisation spontanée que lors de l'évaluation, faiblesse du MSG alors que l'assuré parvient à déplacer ses 104 kg avec un simple appui sur les MS, trouble de la sensibilité non organique), l'inconstance des autolimitations se manifestant principalement en phase d'examen, ne rendent pas vraisemblable une atteinte somatique suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail durable. Les signes dégénératifs et statiques mis en évidence sur les clichés du rachis sont peu importants. Le comportement douloureux est aussi inconstant : l'insensibilité lorsque l'assuré se frappe le membre supérieur G avec un stylo n'est pas cohérente avec les douleurs insupportables qu'il déclare lorsqu'on palpe en douceur le membre.

L'absence de substrat organique clair est évoquée dans de nombreux rapports médicaux :

Le Dr S. _____ et le Dr C. _____ indiquent dans le rapport du 21.03.2012 qu'ils n'ont pas d'explication à cette évolution insatisfaisante.

Le Dr O. _____ mentionne dans son rapport du 29.10.2012 que les parties strictement objectives de l'examen physique montrent peu de perturbations. Le médecin relève des incohérences entre des gestes spontanés et des mouvements demandés. Par manque de collaboration de la part de l'assuré, il n'a pas été possible de déterminer le genre d'activité possible.

Le Dr G. _____ indique dans son rapport d'examen du 12.04.2013 qu'il y a une extension des troubles à tout l'hémicorps G d'allure fonctionnelle, probablement alimenté par des croyances et des interprétations erronées de très mauvais pronostic en termes de réintégration professionnelle. Le Dr X. _____ relève dans son rapport du 15.07.2013 des autolimitations et des blocages psychologiques auxquels pourraient s'ajouter d'autres facteurs médicaux éventuels.

Le Dr G. _____ ajoute dans son rapport d'examen médical final du 28.08.2013 un examen clinique dominé par un comportement douloureux et une exclusion un peu variable du MSG, surtout en situation d'examen.

Sur le plan professionnel, la transposition du nerf cubital G et la cure du tunnel carpien G, effectuées le 13.01.2011 justifient une IT [incapacité de travail] totale dans toute activité à partir de la date de l'opération. L'évolution dans un 1^{er} temps défavorable (cf rapport Dr N. _____ du 28.09.2011), avec reprise chirurgicale le 01.11.2011, justifie une prolongation de l'IT. Après la 2^{ème} intervention chirurgicale, l'évolution électrophysiologique est favorable (cf rapport de l'électromyographie du 20.02.2012, Dr [...]). Le Dr Z. _____ indique dans son rapport du 14.03.2012, se basant sur l'examen du 12.03.2012, qu'il faut absolument remettre le patient au travail. A partir de cette date, il n'y a pas lieu de maintenir une IT sur le plan somatique. Le Dr G. _____ conclut également dans son examen médical final du 28.08.2013 que du point de vue somatique, M. W. _____ à une pleine capacité de travail dans toute activité légère. Le médecin se demande même si la reprise de l'activité habituelle de chauffeur poids-lourds n'est pas envisageable.

Le Dr U. _____ atteste dans son rapport du 02.12.2014 une IT de 100% depuis le 13.01.2011 alors qu'il traite l'assuré depuis le 07.05.2013. Comme diagnostic incapacitant, le médecin relève des céphalées chroniques dans le contexte d'un status post-traumatisme crânio-cérébral en 2008. L'accident de 2008 a provoqué une contusion du coude G. L'assuré n'a pas été mis en arrêt de travail. L'assuré décrit parfaitement le déroulement de l'accident. Il ne mentionne pas de perte de connaissance. En l'absence de perte de connaissance ou d'amnésie, le diagnostic de TCC, s'il a bien eu lieu, est de peu de gravité. Comme autre diagnostic incapacitant, le médecin mentionne une neuropathie sensitive du nerf cubital G et un syndrome du tunnel carpien G. L'électroneuromyographie effectuée par le Dr N. _____ montre une nette amélioration des paramètres électrophysiologiques pour le nerf médian et cubital G après la 2^{ème} opération de novembre 2011 (cf rapport du 30.01.2013). Au vu de cette évolution favorable, il n'y a pas lieu de considérer la neuropathie du nerf cubital et le syndrome du tunnel

carpien comme étant encore incapacitants. Les discopathies dégénératives cervicales et lombaires que mentionne le Dr U._____ sont peu importantes. Elles ne se traduisent pas par une hyperfixation focale du radio-marqueur lors de la scintigraphie osseuse du 16.02.2012. Il ne s'agit donc pas d'atteintes dégénératives actives. Ces discopathies ne provoquent pas de compression radiculaire ni médullaire. Il s'agit d'une atteinte dégénérative banale, de peu de gravité.

Selon le rapport du Dr U._____ reçu à l'OAI le 13.01.2015, il y a une amélioration de l'état de santé. En effet, les diagnostics incapacitants ont diminué. Le médecin mentionne des cervico-brachialgies G, des lombalgies, des troubles anxio-dépressifs récurrents. Sur le plan ostéo-articulaire, il ne subsiste donc que des douleurs cervico-brachiales et lombaires. Malgré la diminution des diagnostics incapacitants et la présence de diagnostics reposant sur une base subjective (douleurs), le médecin considère toujours que la capacité de travail est nulle dans toute activité. En l'absence de lésion organique significative, nous ne nous alignons pas sur l'avis du médecin traitant. Le comportement douloureux et les autolimitations inconstantes de l'assuré ne justifient pas une IT sur le plan médical strict mais par contre représentent un obstacle pour un réentraînement au travail.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit donc d'un assuré de 53 ans, originaire du Kosovo, entré en Suisse en 1982, sans formation, marié, deux enfants, qui travaillait comme chauffeur poids[-]lourd[s] jusqu'à son accident (chute en novembre 2008), après lequel est apparu un syndrome algique à l'origine d'une réaction dépressive secondaire.

L'assuré a bénéficié d'un stage COPAI ([...]) entre le 24.09.2012 et le 26.10.2012. Une note de suivi du 02.11.2012 mentionnait « un manque de collaboration... Capacité de travail difficilement mesurable ».

L'assuré, sans aucun antécédent psychiatrique, rencontre pour la première fois un psychiatre lors d'un consilium effectué à la CRR durant son hospitalisation entre le 08.02.2012 et le 06.03.2012.

Dans son rapport médical du 21.03.2012, la CRR mentionnait qu'« un consilium psychiatrique ne retient pas de diagnostic chez un patient présentant un moral fluctuant ». Aucun traitement psychotrope n'avait été prescrit lors de la sortie.

L'assuré est par la suite adressé au Centre du [...] ([...]) sur le conseil de son médecin traitant. Les consultations ont lieu au début une fois tous les quinze jours et actuellement une à deux fois par mois.

Dans son rapport psychiatrique du 16.05.2012 [recte: 2013], le Centre du [...] retenait les diagnostics suivants : épisode dépressif moyen (F32.1), trouble hypochondriaque (F45.2), autres troubles spécifiques de la personnalité, type psychotique (F60.8) La première consultation était le 18.12.2012. Le rapport précisait : « M. W._____ semble convaincu de souffrir d'un trouble somatique grave, malgré les conclusions des examens médicaux ». Aucune incapacité de travail n'était attestée.

Dans son rapport psychiatrique du 04.02.2015, le Centre du [...] retenait les diagnostics suivants : épisode dépressif moyen (F32.1), autres troubles spécifiques de la personnalité de type psychotique (F60.8). Des diagnostics différentiels étaient envisagés : trouble hypochondriaque (F45.2), syndrome post-commotionnel (F07.2). La capacité de travail attestée était nulle. Les limitations fonctionnelles retenues étaient des angoisses, une humeur dépressive, irritabilité, anhédonie, retrait social, idées suicidaires scénarisées, troubles de la concentration et de la mémoire, diminution de la tolérance au stress, fatigabilité, méfiance au niveau relationnel. Le pronostic était réservé.

L'assuré a passé quatre journées à la Fondation de [...] qui retenait, dans son rapport psychiatrique du 17.05.2013, les diagnostics suivants : épisode dépressif moyen (F32.1), trouble hypochondriaque (F45.2), autres troubles spécifiques de la personnalité type psychotique (F60.8). Ce rapport mentionnait l'introduction d'un antidépresseur.

Dans son rapport médical du 02.12.2014, le médecin traitant de l'assuré, le Dr U._____, retenait le diagnostic psychiatrique de trouble anxio-dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Le traitement psychiatrique comportait escitalopram 20 mg/jour, Rivotril® 2 à 8 gtt/jour. Le Dr U._____ précisait que les capacités de concentration, compréhension et adaptation étaient non limitées, ce qui peut paraître surprenant dans un contexte d'épisode dépressif qualifié de « sévère ».

L'assuré a subi un examen psychiatrique effectué par le Dr E._____ en date du 08.10.2013. Celui-ci retenait les diagnostics suivants : majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). La capacité de travail avait été estimée entière dans toute activité.

L'examen psychiatrique de ce jour objective un trouble anxieux et dépressif mixte, en présence d'éléments anxieux et dépressifs non suffisamment caractérisés pour retenir un diagnostic plus spécifique. Pour cette raison, ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant. En particulier, l'examen n'objective pas d'attente craintive, de tension motrice continue, ni de signe en faveur de l'existence d'un trouble panique. De la même façon, il n'y a pas d'abaissement caractérisé de l'humeur, et l'assuré se montre souvent souriant ; il n'y a pas non plus de franche diminution de l'intérêt et du plaisir, comme le montre la vie quotidienne ; il existe une réduction de l'énergie fluctuante en fonction des jours, paraissant absente durant l'entretien. L'assuré déclare : « *hier, j'étais très fatigué, je suis resté trois heures allongé dès le début de l'après-midi* ». Par ailleurs, l'examen n'objective pas de diminution de la concentration et de l'attention, pas de perturbation du sommeil d'origine dépressive, ni de diminution franche de l'appétit. Il existe par contre une idéation suicidaire fluctuante passive non scénarisée, ainsi qu'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir. Enfin, tous les symptômes du syndrome somatique de la dépression sont absents, hormis une diminution marquée de la libido.

En présence de douleurs et symptômes physiques compatibles avec un trouble physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique de l'assuré, le diagnostic de Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est retenu. Il nous paraît nécessaire de préciser que ce diagnostic ne fait en aucun cas référence à une augmentation délibérée des douleurs, mais bien à un ressenti des douleurs supérieur à ce que laisseraient supposer les lésions organiques sous-jacentes. Ce diagnostic impose la discussion des critères de sévérité : d'une part, il n'existe pas de comorbidité psychiatrique manifeste. D'autre part, si nous sommes bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et si l'on doit admettre que jusqu'à présent le traitement a échoué, on ne peut affirmer que l'état psychique de l'assuré est cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible au plan thérapeutique. Enfin, il n'existe pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le montre la vie quotidienne. L'affection présentée par l'assuré n'est donc pas incapacitante au sens de l'AI [assurance-invalidité], elle ne relève pas de l'AI.

Nous jugeons utile de rappeler que l'assuré ne présentait aucun antécédent psychiatrique avant sa chute de novembre 2008 et que la CRR, dans son rapport médical du 21.03.2012, avait réalisé un consilium psychiatrique qui ne retenait aucun diagnostic « chez un patient présentant un moral fluctuant ». Aucun traitement psychotrope n'avait été prescrit à la sortie. Sont apparus par la suite plusieurs diagnostics que nous devons discuter :

D'une part, le diagnostic d'autres troubles spécifiques de la personnalité, type psychotique. Or, aucun élément de la série psychotique n'a été retrouvé ce jour, même pas une attitude hostile ou méfiante.

Le deuxième diagnostic apparu par la suite est un trouble hypochondriaque. La CIM [Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé] rappelle que dans ce trouble, « les craintes du sujet sont focalisées sur une maladie et ses effets plutôt que sur des symptômes isolés ». Or l'assuré ne parle que de ses symptômes, en l'occurrence des douleurs, et n'exprime absolument pas de « conviction d'être atteint d'une ou de plusieurs maladies somatiques graves ». D'ailleurs, à la fin de l'entretien, l'assuré déclare : « tout allait bien jusqu'à l'accident. Mon problème de santé, c'est les douleurs depuis l'accident. Les cervicales sont tassées, j'ai une hernie discale lombaire, j'ai eu des interventions sur le coude, et j'ai maintenant des douleurs dans tout le bras. J'ai aussi une perte de vision de 50% de l'œil G et une perte d'audition de 50% de l'oreille G ». Nous ne retrouvons pas non plus chez l'assuré la quérulence, hypersthénie, la dimension revendicatrice propres à l'hypochondrie.

Quant au 2^{ème} diagnostic différentiel évoqué dans le rapport psychiatrique du Centre du [...] du 04.02.2015, à savoir un syndrome post-commotionnel, la présentation clinique plaide contre dans la mesure où le trouble douloureux ne se limite pas aux seuls maux de tête, mais englobe plusieurs parties du corps, rachis cervical, rachis lombaire, coude et poignet G, etc.

Au total, sur le plan psychiatrique, nos conclusions rejoignent celles que le Dr E._____ formulait dans son examen psychiatrique du 08.10.2013. Nous devons dès lors considérer que sur le plan psychiatrique, l'assuré n'a jamais connu d'incapacité de travail durable.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan ostéo-articulaire, aucune limitation fonctionnelle.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur le plan ostéo-articulaire, il y a une IT de 100% depuis le 13.01.2011 dans l'activité de chauffeur poids-lourds.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas d'incapacité de travail.

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

Sur le plan ostéo-articulaire, l'assuré a retrouvé une pleine capacité de travail sur le plan médical strict à partir du 12.03.2012, date de la consultation du Dr Z._____ (cf rapport du 14.03.2012).

Concernant la capacité de travail, elle est déterminée par l'évolution favorable sur le plan électrophysiologique de la neuropathie du nerf cubital au coude G et du nerf médian au poignet G. En l'absence de lésion significative au niveau du rachis, il n'y a pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles. Le comportement douloureux de l'assuré et les autolimitations, bien que non incapacitantes sur le plan médical, représentent un obstacle à la remise sur le chemin du travail.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle de chauffeur poids[-]lourds : 100%
Depuis le : 13.03.2012."

Les 17 juin 2015 et 9 février 2016, le Dr I._____, du SMR, a fait siennes les constatations et conclusions de ses confrères les Drs Q._____ et L._____, précisant que sur la base de leur examen et même en considérant la nouvelle grille de lecture de la jurisprudence, il convenait de retenir l'absence de limitations fonctionnelles ainsi qu'une pleine capacité de travail de l'assuré dans toute activité adaptée à ses compétences, telle celle de chauffeur poids-lourds et ceci depuis mars 2012.

Le 12 février 2016, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de refus de rente retenant qu'il avait présenté une incapacité de travail totale du 13 janvier 2011 au 13 mars 2012. Dès cette date, il présentait une pleine capacité de travail. Compte tenu du dépôt tardif de la demande, le 5 juin 2012, il n'avait pas droit à des prestations.

Dans un rapport du 7 mars 2016 au SMR, le Dr U._____ s'est exprimé en ces termes sur l'examen bidisciplinaire effectué les 7 et 13 mai 2015 par les Drs Q._____ et L._____ :

“Le Dr L._____ n'a pas reconnu de troubles psychiatriques limitant la capacité de travail de Mr W._____. Or le patient est bien connu du milieu psychiatrique pour avoir été suivi par le Centre du [...] depuis 2012, et hospitalisé à la Fondation de [...] en mai 2013. Le Dr E._____, dans son examen psychiatrique du 08.10.2013, reconnaît le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, diagnostic aussi posé par le Centre du [...] et la Fondation de [...], mais ne reconnaît pas l'incapacité de travail et le pronostic réservé formulés par le [...]. Je ne suis pas qualifié pour discréditer une ou l'autre partie, mais j'avoue être dubitatif devant ces divergences de point de vue, surtout que le patient est sous traitement psychotrope ordonné par ses psychiatres qui lui font courir un danger certain et inutile s'il ne servait à rien.

Sur le plan somatique, l'examen ostéo-articulaire du Dr Q._____ nous apprend que « des points douloureux de fibromyalgie sont à 17/18 ». En rajoutant les autres symptômes tels que fatigue, céphalées, trouble anxieux et dépressif mixte, on aboutit au diagnostic de fibromyalgie, maladie définie par la présence d'au moins 11 points/18 selon l'ACR [American College of Radiology]. En plus de cette maladie, qui n'a pas été répertoriée à tort dans le chapitre des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, Mr W._____ a présenté en 2015 une névralgie d'Arnold avec nuchalgies, à type de brûlure irradiant à la charnière cervico-occipitale jusqu'à la région frontale. Les douleurs se déclenchent au moindre contact du doigt sur la nuque ou l'occiput. Il est adressé le 27.08.2015 au Dr D._____ qui a effectué des blocs C4-C5 restés sans résultat, a confirmé la névralgie d'Arnold (C2 gauche), et a effectué un bloc du nerf d'Arnold gauche le 31.08.2015, resté malheureusement sans effet, puis a procédé à sa neurolyse en date du 30.11.2015. La situation s'est légèrement améliorée mais les céphalées restent parfois intenses, (jusqu'à 8/10), et invalidantes, l'augmentation de l'arthrose C4-C5 (objectivée par l'IRM cervicale du 19.06.2015) par rapport aux clichés précédents y est pour quelque chose. Devant ces éléments qui n'ont pas été évoqués dans le rapport du 07.05.2015 et 13.05.2015, je vous prie de reconsidérer votre décision et de réexaminer Mr W._____ afin de le rétablir dans ses droits.”

Les 15 mars et 13 mai 2016, l'assuré, par son conseil, a pris position sur le projet précité en indiquant que l'Office AI n'était pas fondé à lui refuser le droit à la rente. Produisant l'arrêt rendu le 21 mars 2016 par la Cour de céans dans le litige avec la CNA (CASSO AA 2/15 - 44/2016), l'assuré soutenait, en substance, que l'expertise du Dr E._____ et le dernier rapport du Dr U._____ justifiaient de tenir compte d'une atteinte à la santé psychique relativement lourde. Il avançait également des affections nouvelles au niveau cervical et dont la répercussion sur la capacité de travail et de gain devait être investiguée.

Le 19 mai 2016, la CNA a transmis à l'OAI une copie de son dossier dont en particulier les derniers documents et pièces suivants :

- un rapport du 25 février 2016 adressé au médecin traitant dans lequel le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, a posé les diagnostics de status après traumatisme en 2008 avec cervico-brachialgies gauches séquellaires, de discopathie cervicale étagée, de déconditionnement physique global et de lombalgies chroniques. Il mentionnait une accentuation des douleurs depuis novembre 2015, avec plus de gêne dans la nuque, et des douleurs de la hanche plus importantes. Ce rapport se termine comme suit :

“Appréciation :

La situation semble être très chronique, envenimée par de nombreux autres problèmes sur le plan socio-professionnel. Il y a un syndrome de majoration qui se surajoute à la situation actuelle.

Dans ce contexte, nous allons essayer de reprendre un traitement physique, en espérant que nos approches physiques actives et passives puissent aider votre patient.

Je ne manquerai pas de vous tenir au courant de l'évolution.”;

- une note médicale rédigée le 2 mars 2016 aux termes de laquelle il est écrit que le suivi psychiatrique de l'assuré n'était pas à la charge de la CNA. Le Dr G._____ a estimé par ailleurs que le traitement des douleurs diffuses, surchargées d'éléments fonctionnels, auprès du Dr V._____ n'était pas non plus à la charge de l'assureur-accidents.

Par décision du 30 août 2016, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet du 12 février 2016, refusant le droit à la rente à l'assuré. Le même jour, l'OAI avait informé l'avocat de l'assuré que sa contestation n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, le projet critiqué reposant selon lui sur une instruction complète qui ne nécessitait pas de complément.

Le 26 septembre 2016, le Dr U._____ a spontanément fait part à l'OAI de l'hospitalisation de l'assuré du 24 août au 24 septembre 2016 à l'Hôpital [...], puis du 11 au 16 septembre 2016 au Service de chirurgie viscérale du CHUV en raison de recto-colite ulcéro hémorragique en poussée sévère au niveau du côlon gauche et du rectum. Il était sous traitement corticoïdes à doses dégressives et avait un rendez-vous fixé le 27 septembre 2016 avec le Dr H._____, spécialiste en gastroentérologie.

B. Par acte du 3 octobre 2016, W._____, représenté par Me Carré, a recouru contre la décision du 30 août 2016. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision dans le sens des considérants. Il conteste essentiellement la capacité de travail totale en toute activité constatée par l'intimé, au motif que la valeur probante du rapport d'examen bidisciplinaire des Drs Q._____ et L._____ serait insuffisante et imposerait à l'OAI de procéder à des investigations complémentaires. Il se prévaut à cet égard de la décision de la CNA, confirmée par le tribunal, de lui reconnaître un degré d'invalidité de 21%. Sous l'angle psychiatrique, il allègue l'existence de comorbidités non prises en compte dans l'approche de la CNA qui devraient être retenues par l'OAI sur la base de l'examen psychiatrique du 8 octobre 2013 du Dr E._____. Il avance, sur le plan somatique, des problèmes à investiguer également. Il soutient que la nouvelle atteinte à la santé attestée le 26 septembre 2016 par le Dr U._____ a un caractère invalidant et justifie le dépôt d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité dans le courant d'octobre 2016. A titre de mesures d'instruction, le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire.

L'intimé a conclu au rejet du recours, le 7 novembre 2016. Il estime implicitement que l'expertise demandée par le recourant n'est pas nécessaire. Il confirme par ailleurs le dépôt d'une nouvelle demande de prestations par le recourant, le 17 octobre 2016.

Par décision du 9 novembre 2016, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 octobre 2016, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré.

Dans sa réponse du 8 février 2017, le recourant a indiqué être désormais suivi par le Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, démarche qui plaiderait pour la nécessité de procéder aux investigations complémentaires sollicitées. En annexe à ses écritures des 8 février, 10 mars, 8 mai, 22 août et 5 septembre 2017, il a produit :

- un rapport du 9 décembre 2016 adressé à son conseil, dans lequel le Dr Y._____ mentionne en particulier un suivi à sa consultation dès le 14 octobre 2016 ainsi qu'une investigation neuropsychologique devant débiter ;

- un courrier médical du 23 février 2017 du Dr Y._____ auquel était joint un rapport du même jour qui mentionne les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de modification de personnalité et de troubles dépressifs récurrents (épisode actuel moyen avec syndrome somatique) F33.11. Ce médecin fait part d'un pronostic défavorable et est pessimiste quant à la reprise d'une activité lucrative, même adaptée ;

- une lettre du 4 mai 2017 adressée au conseil du recourant aux termes de laquelle la psychologue et spécialiste en neuropsychologie FSP A.A._____ indique avoir été mandatée pour la réalisation d'un examen neuropsychologique de l'intéressé ;

- un courrier médical du 5 mai 2017 dans lequel le Dr Y._____ confirme des investigations en cours auprès d'A.A._____ ;

- un rapport d'examen neuropsychologique et logopédique du 17 juillet 2017 d'A.A._____. Cette neuropsychologue basait ses constatations sur ses examens cliniques des fonctions cognitives effectués du 14 mars au 22 juin 2017 avec comme postulat médical, un patient connu pour une chute vers l'arrière depuis l'escalier d'un quai de livraison en 2008, avec choc violent au niveau du coude gauche et nombreuses séquelles (paresthésies, crampes, lâchages, diverses opérations) et perte de connaissance probablement de quelques minutes. Elle observait en particulier l'absence d'éléments en faveur d'une surcharge que ce soit lors d'une épreuve ciblée ou dans la cohérence entre les différents tests de l'examen. Ce rapport se termine comme suit :

“CONCLUSIONS :

Cet examen neuropsychologique et logopédique auprès d'un patient collaborant et nosognosique met en évidence :

- Un dysfonctionnement exécutif sévère sur le plan cognitif avec des difficultés programmation/planification, de flexibilité et d'inhibition, et sur le plan comportemental avec une tendance logorrhéique et des difficultés à inhiber les commentaires à haute voix lors des tests.
- des difficultés attentionnelles, avec ralentissement important de la vitesse de traitement tout au long de l'examen et dans certaines épreuves spécifiques (déficit modéré à sévères), des difficultés d'attention soutenue et sélective et des difficultés d'attention divisée. A noter par ailleurs des difficultés attentionnelles dans les tâches aspécifiques, notamment en écriture avec l'ajout/l'omission de graphèmes ou de chiffres.
- Des troubles mnésiques antérogrades en modalité verbale (en termes d'encodage et probablement de récupération des informations, sans atteinte du stockage) et visuo-spatiale en reconnaissance, et rétrogrades avec mémoire autobiographique tant épisodique que sémantique lacunaire et montrant des éléments de dyschronologie. A noter une probable faiblesse de la mémoire de travail ayant des répercussions en calcul mental. Rappelons l'absence d'amnésie rétrograde franche et d'amnésie post-traumatique lors de l'accident de 2008.
- De possibles difficultés d'accès lexical et langagières plus larges dont se plaint le patient, bien que cet aspect soit difficile à interpréter en raison de la langue maternelle étrangère.

- Des difficultés praxiques gestuelles (pantomimes d'utilisation d'objet avec un corps pris comme objet, gestes symboliques).
- De légers troubles gnosiques visuels (reconnaissance de personnages célèbres, placement de repères sur carte géographique).
- Des difficultés de raisonnement visuo-spatial et verbal.

Préservation de l'orientation aux trois modes, des praxies constructives et de l'imitation de gestes sans signification, de la mémoire immédiate verbale et visuo-spatiale, des réflexes archaïques. Les performances langagières sont difficilement interprétables. Rappelons l'absence d'éléments en faveur d'une surcharge cognitive.

Ces résultats font état d'une atteinte cognitive diffuse prédominant au niveau exécutif et attentionnel, évoquant une atteinte d'allure cortico-sous-corticale plutôt postérieure, peut-être en partie d'origine vasculaire au vu des facteurs de risques cités plus haut, sans exclure un aspect traumatique séquellaire en lien avec la chute de 2008 (lésions axonales diffuses pas toujours visibles à l'IRM). Rappelons qu'un rapport tiré du dossier médical évoque un syndrome post-commotionnel et qu'un questionnaire (Questionnaire de symptômes post-traumatiques de Rivermead) met en évidence de nombreux symptômes dont l'apparition pourrait dater du moment de l'accident. A noter une très probable participation de la thymie dépressive (qui ne peut expliquer l'entièreté du tableau) et une possible participation de la médication (également insuffisante pour expliquer l'entièreté du tableau). Des examens de laboratoire, permettant d'exclure une pathologie provoquant des troubles cognitifs réversibles, et une nouvelle IRM cérébrale de résolution plus précise permettraient peut-être de préciser l'étiologie.

D'un point de vue strictement neuropsychologique, une activité professionnelle dans le libre marché n'est pas envisageable avec de telles difficultés. Par ailleurs, et toujours d'un point de vue strictement neuropsychologique, les difficultés surtout exécutives et attentionnelles sont de nature à contre-indiquer la conduite d'un véhicule automobile.” ;

- un courrier médical du 18 août 2017 dans lequel le Dr Y. _____ constate que les examens précités confirment son évaluation d'une totale incapacité de travail du recourant dans l'économie libre ;

- un rapport du 1^{er} septembre 2017 du Dr Y. _____ qui constate s'agissant de l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis son précédent rapport, une incapacité de travail de celui à 100% en toute activité depuis le 14 octobre 2016, soit la date de sa première consultation, compte tenu de limitations psychiatriques et neuropsychologiques.

Par ordonnance du 11 juillet 2017, le juge instructeur a informé les parties du rejet de la requête d'expertise judiciaire du recourant sur la base d'une appréciation anticipée des preuves et sous réserve d'un avis contraire de la Cour amenée à statuer. La cause paraissant en l'état d'être jugée, les parties ont également été informées que sauf nouvelle réquisition, un jugement leur serait notifié.

Le 25 août 2017, Me Carré a produit la liste détaillée de ses opérations et débours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique

notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects de la prestation litigieuse. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement l'octroi d'une rente de cette assurance.

3. a) 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de

longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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

c) Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1); la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C_125/2015 du 18 novembre 2015 consid. 5.4). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères

d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4).

5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen

de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

6. a) En l'occurrence, le recourant conteste la décision de l'OAI de lui refuser le droit à la rente. Il s'en prend à l'instruction médicale menée par cet office dont il prétend qu'elle a été incomplète. Il réfute en ce sens l'amélioration de son état de santé dès le 13 mars 2012, à savoir une capacité de travail totale en toute activité depuis lors, retenue par les médecins du SMR dans leur rapport d'examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du 8 juin 2015. Sur la base des démarches diligentées en son temps par la CNA, en particulier l'examen psychiatrique du 8 octobre 2013 du Dr E._____, confirmées par arrêt du 21 mars 2016 du tribunal de céans (CASSO AA 2/15 - 44/2016), du rapport du 26 septembre 2016 du Dr U._____ et des récentes investigations effectuées par le Dr Y._____ et la neuropsychologue A.A._____, le recourant soutient qu'il s'imposait à l'OAI de procéder à des investigations complémentaires pour tenir compte, lors de son évaluation de la capacité de travail résiduelle, de l'ensemble des atteintes à la santé.

b) En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail médico-théorique du recourant, l'OAI a mandaté, postérieurement à la décision sur opposition du 28 novembre 2014 de la CNA à laquelle se réfère le recourant dans son acte du 3 octobre 2016, un examen bidisciplinaire SMR. Dans leur rapport du 8 juin 2015, les Drs Q._____ et L._____ n'ont pas retenu de diagnostics incapacitants sur les plans ostéo-articulaire et psychiatrique. Ils ont par contre diagnostiqué, sans

effet sur la capacité de travail, un status après neuropathie sensitive du nerf cubital gauche par enclavement dans la gouttière épitrochléenne, traitée par gestes chirurgicaux les 13 janvier et 1^{er} novembre 2011 (G56.2), un syndrome du tunnel carpien gauche, également traité les 13 janvier et 1^{er} novembre 2011 (G56.0), un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Leurs constatations rejoignent pour l'essentiel celles des médecins d'arrondissement de la CNA. Le Dr G. _____ avait certes proposé de ne prendre en considération une pleine capacité de travail que dans une activité légère, de type industriel, ne nécessitant pas de dextérité de la main gauche, mais il avait tout de même sérieusement mis en doute une incapacité de travail dans l'activité de chauffeur poids-lourds (cf. rapport d'examen final du 28 août 2013, p. 6), laissant en quelque sorte l'assuré au bénéfice de ce doute. Cela explique la différence entre l'évaluation de l'invalidité par l'OAI et par la CNA, l'OAI étant fondé à s'écarter du taux fixé par la CNA dans la mesure où il pouvait se baser sur les constatations et conclusions de l'examen SMR postérieur.

Au demeurant, même en se fondant sur le taux d'invalidité fixé en son temps par la CNA, à savoir 21 %, le recourant ne pourrait pas prétendre de rente dès lors qu'un tel taux est inférieur au seuil minimum de 40 % pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI). On observera de plus qu'il ne pourrait pas davantage prétendre de mesure de reclassement professionnel, dans la mesure où il mettrait manifestement en échec une telle mesure compte tenu de son attitude démonstrative, étant rappelé que si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (cf. TF I 552/2006 du 13 juin 2007 consid. 3.2 ; TFA I 370/1998 du 26 août 1999 publié *in* VSI 2002 p. 111). En outre, le recourant soutient présenter désormais une incapacité de travail totale en raison d'une nouvelle atteinte à la santé sur le plan gastroentérologique (recto-colite ulcéro-hémorragique en poussée sévère au niveau du côlon gauche et du rectum) attestée par son médecin traitant après une hospitalisation en septembre 2016 au sein du service de chirurgie viscérale au CHUV. L'intéressé ne saurait revendiquer une

mesure d'ordre professionnel qui au vu des circonstances n'est de toute façon plus d'actualité. La nouvelle atteinte à la santé diagnostiquée le 26 septembre 2016 alléguée par le recourant à l'appui de son recours ne permet pas davantage de constater une péjoration durable de l'état de santé, de nature à ouvrir droit aux prestations à la date de la décision litigieuse. Cette affection doit faire l'objet d'une procédure de nouvelle demande, que l'assuré a lui-même initiée par le dépôt d'une demande de prestations le 17 octobre 2016.

c) Le recourant a produit plusieurs rapports médicaux à l'appui de son recours. Ces documents, en particulier ceux successifs du Dr Y. _____ depuis le début de son suivi à sa consultation le 14 octobre 2016, postérieurs à la décision querellée, ne remettent pas sérieusement en cause les constatations des Drs Q. _____ et L. _____ à l'époque de leurs examens des 7 et 13 mai 2015 au SMR. A.A. _____, psychologue et spécialiste en neuropsychologie FSP, mentionne des troubles neuropsychologiques en se fondant sur divers examens effectués entre mars et juin 2017, soit postérieurs de plus de six mois à la décision entreprise. Cette neuropsychologue, mandatée par le Dr Y. _____ pour des investigations ciblées, ne semble en outre pas avoir eu une connaissance approfondie du dossier du recourant. En effet, elle part du principe que l'assuré a subi un traumatisme crânio-cérébral lors de l'accident de 2008, avec une « perte de connaissance probablement de quelques minutes » (cf. rapport d'examen neuropsychologique et logopédique du 17 juillet 2017, p. 1). Elle estime ensuite que les troubles neuropsychologiques constatés peuvent être en partie d'origine vasculaire, sans exclure un aspect traumatique séquellaire en lien avec la chute de 2008 (lésions axonales diffuses pas toujours visibles à l'IRM), ainsi qu'une très probable participation de la thymie dépressive et une possible participation de la médication. Or, rien dans les premières déclarations de l'assuré et dans les premières descriptions de l'accident ne permet de constater qu'il y a eu un choc à la tête et un traumatisme crânio-cérébral (cf. déclaration d'accident du 26 janvier 2009, rapport médical LAA du 20 décembre 2010 du Dr X. _____, entretien du 17 mai 2011 à la CNA et rapport du 7 septembre 2011 de la Dresse Z. _____).

L'assuré a travaillé comme chauffeur poids-lourds pendant près de deux ans après l'accident de 2008, sans faire état à ses médecins de troubles cognitifs. Ce n'est qu'à partir de 2012 qu'il évoque, pour la première fois, des douleurs crâniennes à gauche, qu'il met sur le compte de l'accident (cf. entretien du 13 juillet 2012 à l'OAI « IP - Rapport initial » et rapport du 16 mai 2013 du Dr D. _____ et F. _____). L'assuré a par la suite précisé n'avoir pas eu de perte de connaissance (cf. rapport d'examen bidisciplinaire SMR du 8 juin 2015), avant finalement d'exposer à la neuropsychologue A.A. _____ qu'il avait probablement eu une perte de connaissance de plusieurs minutes. En réalité, les pièces au dossier ne permettent pas de tenir un choc à la tête pour établi et, partant, un traumatisme crânio-cérébral en 2008. Par ailleurs, alors qu'en octobre 2013 le Dr E. _____ et qu'en mai 2015 les Drs Q. _____ et L. _____ font état d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), la neuropsychologue A.A. _____ ne constate aucun signe d'une surcharge ni incohérence dans les différents tests effectués, ce qui est plutôt singulier. Même à supposer que les troubles neuropsychologiques constatés par la neuropsychologue A.A. _____ soient avérés, aucun élément au dossier n'autorise à retenir que ces affections seraient d'apparition antérieure à la décision querellée, dès lors qu'ils ont été constatés, pour la première fois, lors d'examens réalisés dans le courant de l'année 2017 et qu'aucun indice, excepté les seules allégations du recourant, ne permet de les relier à l'accident du 12 novembre 2008. Une expertise ne permettrait pas davantage d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, des troubles neuropsychologiques ayant entraîné, au moment de la décision litigieuse, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI). Il appartiendra au recourant de préciser à l'OAI s'il entend que les documents produits en instance de recours soient traités dans le cadre de la nouvelle demande de prestation déposée le 17 octobre 2016.

d) Compte tenu de ce qui précède, l'intimé s'est fondé à juste titre sur le rapport d'examen bidisciplinaire, probant et non valablement contredit, des Drs Q. _____ et L. _____ pour retenir une pleine capacité

de travail de l'assuré, dès le 13 mars 2012, dans toute activité professionnelle sans limitations fonctionnelles.

Il est établi - et non contesté par les parties - que la survenance de l'incapacité de travail totale du recourant remonte au 13 janvier 2011, date de sa première opération chirurgicale. Celui-ci n'a toutefois déposé sa demande de prestations que le 5 juin 2012, faisant valoir à cette date son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Le droit éventuel à une rente n'a donc pas pu prendre naissance avant un délai de six mois dès cette date (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). Or, à l'échéance de ce délai, le recourant ne présentait plus d'incapacité de travail ou de gain pouvant fonder le droit à une telle prestation.

7. Cela étant, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise pluridisciplinaire judiciaire formulée en ce sens par le recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

8. Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En

l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré. Sur la base de la liste des opérations du 25 août 2017 produite, il convient d'arrêter à 2'025 fr. l'indemnité de Me Carré, correspondant à onze heures et quinze minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle s'ajoutent les débours par 100 fr. (cf. art. 3 al. 3 RAJ [Règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]) et la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 2'295 fr. pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272]; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

**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 30 août 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Il n'est pas alloué de dépens.

- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- V.** L'indemnité d'office de Me Carré est arrêtée à 2'295 fr. (deux mille deux cent nonante-cinq francs), TVA comprise.

- 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 d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour W. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :