

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 juillet 2018

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
M. Jomini et Mme Silva, juges assesseurs  
Greffière : Mme RoCHAT

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à (...), recourant, représenté par Me César Montalto, avocat à Lausanne,

et

**I.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 6 et 8 LPGA ; 4 et 28 LAI**

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

**A.** Q.\_\_\_\_\_, ressortissant [...], né en [...], est arrivé en Suisse en [...]. Sans formation professionnelle, il a travaillé pour des entreprises de nettoyage. A partir de 2006, il a été inscrit auprès d'une société de location de services ( [...]) et le 14 mars 2007, alors qu'il travaillait sur un chantier dans le cadre d'une mission, il a reçu un lourd plateau glissant d'une pile dans la région de l'épaule droite et sur le pouce droit. Il a été en incapacité de travail pendant plusieurs mois et il a été licencié en mai 2007 par son employeur.

Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), qui a organisé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à [...] en novembre 2007. Q.\_\_\_\_\_ a notamment été vu par le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu que, du point de vue psychologique, il faisait "globalement face bien qu'une surcharge psychique soit présente, en particulier depuis l'annonce très récente de son licenciement". Du point de vue thérapeutique, ce médecin n'avait pas de proposition particulière à formuler (consilium psychiatrique du 8 novembre 2007).

La CNA a mis fin à aux prestations de l'assuré au 30 septembre 2008, sur avis de son médecin-conseil. Ce dernier avait estimé, dans son rapport d'examen médical final du 10 juin 2008, que l'assuré pouvait travailler dans une activité de nettoyeur léger. L'assuré n'a cependant plus repris d'emploi depuis son accident du 14 mars 2007.

**B.** Le 6 mars 2008, Q.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

L'OAI a établi, le 1<sup>er</sup> septembre 2008, un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, au motif que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité légère ainsi que pour l'activité habituelle de nettoyeur pour autant que ses limitations fonctionnelles (pas de travaux de force ni de travaux au-dessus

de l'horizontale du bras droit) soient respectées. Après comparaison du revenu sans invalidité (revenu annuel de 45'383 fr. selon la convention collective de travail 2008 dans la branche du nettoyage) et avec invalidité (55'250 fr.), l'OAI constatait qu'un nouveau travail, respectant les limitations fonctionnelles, n'entraînerait aucune perte de gain et que par conséquent l'assuré n'avait pas le droit à une rente d'invalidité. Une aide au placement pouvait toutefois lui être octroyée.

En l'absence d'objections de la part de l'assuré, l'OAI a confirmé son projet par décision du 9 octobre 2008.

**C.** Q. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a fait valoir en substance qu'il avait perdu quasiment toute capacité de travail depuis son accident, à cause de douleurs chroniques à l'épaule droite.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours par un arrêt du 3 décembre 2010 (arrêt AI 549/08 - 482/2010). Elle a retenu, notamment sur la base des rapports des médecins de la CNA, de la CRR et du Service médical régional de l'Office AI (ci-après : SMR), que la capacité de travail de l'intéressé était totale dans une activité adaptée respectant les limitations pour le travail de force et répétitif au-dessus du plan des épaules (activité légère, par exemple dans le nettoyage de bureaux). Il est notamment exposé dans l'arrêt qu'aucun des médecins de l'assuré n'avait fait état d'une péjoration de son état de santé et qu'il ne résultait pas du dossier qu'il aurait besoin de l'aide d'un tiers pour certains actes de la vie. Par ailleurs, aucun médecin ne retenait une diminution de la capacité de travail au plan psychique (consid. 4).

Pour déterminer le taux d'invalidité, la Cour a comparé le revenu que le recourant aurait pu obtenir sans l'atteinte à la santé (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle). Comme le recourant n'avait pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalidité

a été déterminé sur la base de données statistiques (salaires bruts standardisés, données ESS de l'Office fédéral de la statistique), le salaire de référence étant celui auquel pouvaient prétendre, en 2008, les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) ; un montant annuel de 53'981 fr. a été déterminé ainsi (y compris un abattement de 10 %, par rapport aux valeurs ESS, pour tenir compte d'empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées à l'âge, à la nationalité, etc.). Quant au revenu sans invalidité, il a été évalué sur la base des salaires du recourant en 2006 et aussi en fonction des rémunérations prescrites par la Convention collective de travail 2008 dans la branche du nettoyage, soit un revenu hypothétique annuel de 45'383 francs. La Cour a considéré en définitive que dès lors que le revenu que le recourant était susceptible de réaliser dans une activité adaptée était supérieur à celui qu'il réaliserait sans invalidité, il ne subissait aucune perte économique et n'avait droit ni à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel (consid. 5).

**D.** Q.\_\_\_\_\_ a recouru en vain auprès du Tribunal fédéral contre l'arrêt du 3 décembre 2010 de la Cour des assurances sociales (arrêt d'irrecevabilité 9C\_80/2011 du 17 octobre 2011).

**E.** Le 16 décembre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de rente auprès de l'OAI. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a demandé des rapports aux médecins traitants de l'assuré.

La Dresse N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, qui suit l'assuré depuis janvier 2010, a communiqué un rapport du 22 juillet 2014, qui retient principalement les diagnostics suivants:

« Etat dépressif sévère traité.  
Douleurs du membre supérieur droit d'étiologie multifactorielle dans un contexte de :  
Névralgie cervico-brachiale droite C5-C6-C7 sur sténoses foraminales disco-ostéophytaires C5-C6 et C6-C7 droites.

Epaule droite douloureuse sur status post accident de travail le 14.03.2007 avec, à l'arthro-IRM du 01.06.07, déchirure partielle du sus-épineux, tendinopathie sévère du long chef du biceps, forte suspicion de lésion labrale de type SLAP.

Syndrome de négligence antalgique du membre supérieur droit.

Possibles douleurs référées d'origine pulmonaire, en cours d'investigation.

Lomboradiculalgies à bascule des membres inférieurs dans le contexte d'un canal lombaire étroit L4-L5 et d'une arthrose postérieure en phase active.

Syndrome obstructif sur sévère tabagisme arrêté il y a 3 ans (dose cumulée à 5060 UPA).

Syndrome d'apnées du sommeil nécessitant une c-PAP.

Possible asbestose pulmonaire en cours d'investigations. »

La Dresse N. \_\_\_\_\_ précise ce qui suit :

"La situation médicale du patient ne s'améliore pas tant sur le plan somatique mais surtout sur le plan psychiatrique. Monsieur Q. \_\_\_\_\_ présente en effet un état dépressif marqué avec tristesse, apathie, aboulie, troubles du sommeil, irritabilité, troubles de l'appétit. En avril 2013, j'avais demandé une évaluation psychiatrique au Docteur H. \_\_\_\_\_. Je n'ai reçu jusqu'à ce jour aucune information et le patient a interrompu la prise en charge.

L'aggravation des troubles thymiques m'a fait instaurer le 11 juillet dernier à ma dernière consultation un traitement vespéral par Saroten retard à posologie progressive dont il conviendra d'évaluer les effets à distance.

A mon sens, l'intensité de l'état dépressif actuel du patient l'empêche d'entrevoir une quelconque activité professionnelle raison pour laquelle il m'apparaîtrait nécessaire qu'une évaluation de la situation psychiatrique actuelle puisse être effectuée."

[...]

Sur le plan psychique Monsieur Q. \_\_\_\_\_ m'apparaît présenter un état dépressif sévère pour lequel j'ai instauré un traitement antidépresseur par Amitriptyline. J'avais demandé au printemps 2013 une évaluation psychiatrique au Docteur H. \_\_\_\_\_ à Crissier, je n'ai aucune information. Dans ce sens une réévaluation psychiatrique de la situation m'apparaîtrait importante. Pour moi l'état de santé psychiatrique actuel du patient l'empêche d'entrevoir toute activité.

Sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles sont liées à l'utilisation du membre supérieur droit dans les mouvements d'élévation, d'abduction, de rotation interne et externe de l'épaule, le port de charges, l'élévation des bras au-dessus de l'horizontale. Les mouvements contraignant la nuque en hyper-extension et en rotations ne sont pas tolérés. Sur le plan rachidien, lombaire et des membres inférieurs, les lombalgies et les lombo-radiculalgies contre-indiquent la marche sur de longues distances, les contraintes en antéflexion rachidienne, en hyper-extension et en rotations, le port de charges, la marche sur terrain instable, les mouvements en porte-à-faux.

Compte tenu de l'état de santé du patient, tant physique que surtout psychiatrique, aucune activité n'est à mon sens actuellement envisageable.

L'OAI a également reçu un rapport du 3 novembre 2014 de la Dresse H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui retient les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble somatoforme et autres troubles de l'humeur.

Elle a par ailleurs fait l'appréciation suivante du cas :

« Anamnèse :

Le patient m'a été adressé par son assistante sociale. En effet, il présente des symptômes dépressifs comme l'isolement social. M. Q. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs importantes à l'épaule droite, il décrit également un sentiment d'irritabilité. Il se sent parfois nerveux voire agressif envers son entourage, il souffre également d'importants troubles du sommeil. Le patient était technicien de surface, métier qu'il a arrêté il y a 7 ans suite à un accident. Ses douleurs ne se sont pas améliorées malgré tous les traitements antidouleurs qu'il prend notamment : Irfen 2-3 fois par jour, Dafalgan 1g 4 fois par jour ainsi que Lyrica tramal gouttes en réserve. Tous ces traitements ont été apparemment sans succès. De plus, le Stilnox CR 12,5 mg en réserve, prescrit pour ses troubles du sommeil importants.

J'ai vu le patient à 4 reprises au courant de l'année 2013, traitement qu'il a arrêté sans aucune raison apparente. Dès lors il revient afin d'être réévalué sur le plan psychologique dans le cadre de la demande AI activée par l'assistante sociale. En effet, après avoir revu le patient au bout de plus d'une année, je note une différence concernant son poids. Le patient aurait une hyperphagie, il a pris presque 20kg en un an ; il a passé selon ses dires de 85 à 105kg. M. Q. \_\_\_\_\_ a une attitude plutôt de pessimisme massif pour tout ce qui concerne ses projets de vie professionnels. Il se dit aussi surchargé à cause d'une problématique physique de son épouse qui a dû se faire opérer d'une hernie discale.

Le bilan de la prise en charge de l'année passée a été pour lui négatif car, son état ne s'était pas amélioré malgré l'introduction, à l'époque de Trittico 100mg, 1 fois le soir. Ses troubles du sommeil n'ont également pas changés, c'est pourquoi il a arrêté le suivi. En effet, le patient ne voyant pas de résultats « spectaculaires » de cette prise en charge psychiatrique qui avait été fortement proposée par son médecin traitant et l'assistante sociale. Ses doléances actuelles sont identiques : perte d'intérêt, douleurs focalisées à l'épaule droite (qui le font quelques fois aller aux urgences pour des consultations), des peurs en ce qui concerne son avenir, des changements sur le plan de l'appétit avec une hyperphagie, des troubles du sommeil. En effet, tout cela a une influence sur sa vie familiale, qu'il exprime par de l'irritabilité, hétéro-agressivité verbale, manque de patience ainsi que la perte de la joie de vivre. Le patient décrit sur sa vie intime, une perte de libido et un manque d'intérêt envers sa partenaire mais que cela est aussi lié à l'état de celle-ci qui est souffrante depuis plusieurs années. Le patient a une vie sociale très pauvre, il se sent assez seul. Il a besoin de se distancier de tout, car il trouve qu'actuellement son état et son niveau social n'a aucun intérêt pour les autres. Il décrit également des difficultés de concentration ainsi qu'une fatigue importante

notamment, matinale. Il dit ne pas se rappeler de son traitement raison pour laquelle, son médecin de famille lui a préparé une liste de tous les traitements au cas où il devrait aller à quelque part en urgences.

Constat médical:

On est en face d'un patient qui présente une bradypsychie avec une fluidité verbale assez ralentie, un discours très pauvre focalisé sur ses difficultés et ses douleurs. Mais aussi sur l'impact que la maladie a sur sa vie de famille et sa situation financière. Le patient souffre également d'une tristesse accrue sur sa situation, il se ressent une dévalorisation totale face à son entourage. Il a un pessimisme accru et de la culpabilité avec des idées de ruine. Il essaie de combler tous ses sentiments d'impuissance par des pensées positives qui sont en lien à ses croyances religieuses « c'est Dieu qui a voulu que cela se passe ainsi ». Pas d'idées noires ni suicidaires par contre une anhédonie, chez un patient qui présente une thymie assez triste, anhédonique avec un regard sombre, un visage bouffi ainsi qu'une obésité non présente il y a une année. M. Q. \_\_\_\_\_ se déplace en mode ralenti, on dirait qu'il fait plus âgé que son âge (52ans).

Pronostic

Il semble y avoir une chronicité des symptômes, car le patient ne travaille plus depuis 7 ans, et les symptômes notamment sur le plan thymique semblent de plus en plus importants. »

La Dresse H. \_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail à 50 % à partir du 19 septembre 2014. Elle a estimé que l'activité précédente était encore exigible sur le plan psychiatrique, si l'état physique de l'assuré le permettait ; elle fait référence à un travail à 50 % de type conciergerie, *"un travail où le patient aurait le choix du moment de l'effectuer. Le patient se sent mieux physiquement l'après-midi que le matin où il décrit une fatigue importante liée à un sommeil peu récupérateur"*.

**F.** Dans le cadre d'une expertise mandatée par l'OAI, l'assuré a été convié auprès du Centre d'Expertise Médicale (ci-après : CEMed). Il a été examiné les 27 et 28 janvier 2016 par les Drs [...], spécialiste en médecine générale, la Dresse [...], spécialiste en rhumatologie et le Dr [...], spécialiste psychiatre-psychothérapeute. Le rapport d'expertise du 27 mai 2016 retient notamment ce qui suit:

« *Diagnostics (p. 38-39):*

*Diagnosics ayant une incidence sur la capacité de travail: Broncho-pneumopathie chronique obstructive avec composante asthmatiforme de stade 2 selon GOLD.*

*Diagnosics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail:  
Dysthymie (F34.1) apparue progressivement depuis 2007.  
Syndrome métabolique avec obésité à BMI de 34.8 dès 2012.  
Hypertension artérielle traitée.  
Syndrome des apnées obstructives du sommeil de degré modéré,  
non appareillé.  
Micronodules pleuraux stables depuis 2011 dans le cadre d'une  
probable exposition à l'amiante.  
Tuberculose latente non traitée.  
Reflux gastro-oesophagien.  
Interaction des diagnostics:  
Les capacités fonctionnelles de l'assuré sont diminuées en raison de  
la dyspnée de stade 1 à 2 dans le contexte de la BPCO  
[bronchopneumopathie chronique obstructive], cependant, sans  
insuffisance respiratoire et sans syndrome restrictif malgré l'obésité.  
La dysthymie est réactionnelle aux problèmes de santé physique »*

Dans le chapitre "Synthèse et discussion" (p. 32-34), les experts exposent ce qui suit :

"Sur le plan de la médecine interne Monsieur Q. \_\_\_\_\_ présente une obésité avec BMI de 34.8 kg/m<sup>2</sup>, associée à un syndrome des apnées obstructives du sommeil non appareillé, mais modeste ainsi qu'une hypertension artérielle contrôlée sous traitement. Un important syndrome de déconditionnement explique une dyspnée de stade NYHA entre 1 et 2 associée à une BPCO sur ancien tabagisme. La bronchopneumopathie chronique de stade II est stable avec VEMS à 2.18 L, soit à 62 % de la valeur prédite.

Une maladie de reflux est asymptomatique sous traitement. Sous ces conditions, la dyspnée n'est plus invalidante, les capacités fonctionnelles à peine réduites. Les capacités fonctionnelles de 8,2 Mets correspondent à une appréciation fonctionnelle moyenne permettant des activités de mécanicien, par exemple, de peintre en bâtiment, d'électricien, de magasinier, des activités de nettoyage sans port de charges de plus de 15 kg de manière itérative, à plein temps et sans perte de rendement.

Sur le plan rhumatologique il s'agit d'un assuré qui n'a pas repris le travail suite à un accident de travail banal en mars 2007 (contusion de la main droite et de l'épaule droite), ceci dans le domaine du nettoyage. Suite à cet accident, l'assuré a présenté des douleurs persistantes au niveau cervico-scapulo-brachial droit, avec cliniquement des signes de conflit sous-acromial chronique, ainsi qu'une possible cervico-brachialgie irritative. L'IRM de l'épaule droite a montré un acromion crochu de type II susceptible d'irriter chroniquement la coiffe des rotateurs et une coiffe des rotateurs intacte, puisqu'aucune fuite du liquide de contraste dans la bourse sous-acromiale. L'IRM cervicale n'a pas montré de compression radriculaire nette. Théoriquement, l'indication chirurgicale à pratiquer une acromioplastie existe, mais on a renoncé à une telle intervention en raison du contexte psychiatrique.

L'assuré présente par ailleurs deux éléments qui peuvent faire évoquer la possibilité d'un rhumatisme inflammatoire, à savoir des lombalgies basses occasionnelles, ainsi que des talalgies bilatérales intermittentes. Dans ce contexte, le médecin rhumatologue traitant,

Dr J. N. \_\_\_\_\_, a demandé une IRM lombaire en juillet 2015, qui ne figurait pas dans le résumé de dossier puisqu'elle est récente. Cet examen est quelque peu déroutant, puisqu'il montre plusieurs sites d'activité inflammatoire, soit des enthésopathies, au niveau vertébral. Nous ne disposons malheureusement pas des clichés de cette IRM.

Nous notons toutefois que notre confrère a renoncé à introduire un traitement biologique comme parfois on le fait dans un tel cas de possible spondylarthropathie. Il est possible que notre collègue ait des craintes quant à la compliance du patient dans un tel contexte biopsychosocial. En effet, un tel traitement demande une bonne conscience de la part du patient des éventuels effets secondaires et des risques infectieux. L'expert comprend donc que notre collègue n'ait pas tenté d'introduire un tel traitement, l'estimant trop risqué. Ce type de raisonnement a d'ailleurs été également fait par le Dr Stalder, chirurgien orthopédiste lorsqu'il a examiné le patient en 2014 pour la problématique de l'épaule droite. En effet, les nombreuses autres comorbidités et le contexte bio-psycho-social rendaient l'issue d'une telle intervention très incertaine.

Lors de l'examen clinique de ce jour, on peut retenir des signes de conflit sous-acromial persistant, mais aussi des phénomènes d'autolimitations (principalement à l'examen de la nuque, de l'épaule D et du coude D) et une réaction exagérée à la palpation des mêmes régions. La présence de deux signes de non-organicité de Waddell parle également dans ce sens. On se trouve donc devant un syndrome douloureux qui s'est chronicisé et qui est ciblé sur la région cervico-scapulo-humérale droite, l'endroit justement impliqué dans l'accident de travail. Il n'y a pas d'élément à l'expertise de ce jour pour une maladie rhumatismale inflammatoire surajoutée, ni à l'anamnèse ni à l'examen

La capacité de travail est de 50% maximum comme employé dans une entreprise de nettoyage, en raison des difficultés à travailler en hauteur et à effectuer des mouvements répétés avec le membre supérieur droit (MSD).

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100%. L'activité adaptée doit satisfaire aux critères suivants : pas de travail au-dessus du niveau de l'épaule avec le MSD, pas de mouvements répétés avec le MSD, pas de port de charges de plus de 5 kg avec le MSD, et de 8 kg avec les deux mains.

Sur le plan psychique, l'expertisé se plaint d'une symptomatologie dépressive liée à ses problèmes physiques : tristesse, pleure facilement, irritabilité ; tendance au repli social, diminution de la libido depuis quelques mois, a des problèmes d'érection ; tendance à trop manger par nervosité, prise de 30 kilos en 8 ans ; troubles à l'endormissement en raison des douleurs ; fatigue de forte intensité liée à la démoralisation ; se sent faible, honteux d'être dans cet état, se sent nul ; difficultés de concentration ; idées suicidaires deux à trois fois par semaine.

Il se décrit comme un homme gentil, travailleur, qui n'a jamais eu de problèmes relationnels ni au travail ni dans sa vie privée, satisfait de son caractère. La recherche de traits de personnalité dépendante se révèle négative : il se décrit comme un homme indépendant, qui n'aimait pas être aidé par autrui. Il n'a jamais eu peur de la

séparation, ni d'être abandonné, il est affirmé (capable de refuser et de critiquer). Il a arrêté de fumer il y a 5 ans, fumait auparavant jusqu'à 4 paquets de cigarettes par jour. Il n'a pas d'autre habitude toxique.

La description des activités quotidiennes nous apprend qu'il a arrêté de jouer au football après son accident en 2007, il est retourné en vacances au Kosovo il y a trois ans pour la dernière fois, il conduit parfois au maximum une vingtaine de minutes de suite, ne participe ni au ménage ni aux tâches administratives, ne lit pas ne fait pas d'ordinateur, regarde le téléjournal, il aimerait jardiner s'il en avait la possibilité. Il sort faire une promenade quotidiennement, en profite pour effectuer quelques courses légères et échanger quelques mots avec des connaissances. Il a des contacts réguliers avec sa fratrie.

L'examen psychiatrique montre un homme obèse, peu soigné, paraissant fatigué, il a les mains moites au début de l'entretien. Il paraît un peu démonstratif dans l'expression de sa souffrance psychique. Il n'est pas ralenti. Il montre des signes de fatigue en fin d'entretien (baille, se déconcentre). La datation des événements anciens est imprécise, il peine à se souvenir de la date des décès intervenus dans sa famille, de la date de son mariage, et de l'âge de sa fille aînée. Aucun autre trouble cognitif patent n'est observé. Le contenu de la pensée est fixé sur son sentiment de faiblesse, son sentiment de honte d'être dans cet état, ses douleurs chroniques et toutes les répercussions sur sa vie quotidienne. L'humeur est légèrement dépressive, il se montre triste, il a une mauvaise opinion de lui.

Le dosage plasmatique de la fluoxétine montre un taux se situant dans l'intervalle de référence, argument pour une bonne observance thérapeutique.

Concernant les ressources personnelles de l'expertisé, il a fait preuve de résilience vis-à-vis de l'événement traumatisant qu'il a vécu dans son pays, il a pu s'adapter en Suisse y travailler dans un autre domaine que le sien et même être promu d'après ses dires responsable d'équipe. Il a appris deux langues supplémentaires que sa langue maternelle même s'il a perdu en grande partie le français depuis qu'il a arrêté de travailler.

En conclusion, nous retenons un diagnostic de dysthymie (F34.1) apparue progressivement depuis 2007 et réactionnelle aux problèmes de santé physique. Il n'est pas constaté de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique. Sa capacité de travail est complète, sans diminution de rendement."

Dans un avis médical du 16 juin 2016, le SMR a indiqué qu'il suivait les conclusions de l'expertise du CEMed.

**G.** Le 1<sup>er</sup> septembre 2016, l'OAI a envoyé à Q.\_\_\_\_\_ un projet de décision selon lequel il n'avait droit ni à une rente d'invalidité, ni à des

mesures professionnelles, le degré d'invalidité étant évalué à 10 %. Ce projet expose notamment ce qui suit :

"Il ressort des observations médicales que la capacité de travail est restée de 100 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : Inapte à un travail en hauteur, pas de mouvements répétés avec le membre supérieur droit au-dessus du niveau de l'épaule, port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit et de 8 kg avec les deux mains ; phénomènes d'autolimitations et de réaction exagérée. Aucune atteinte psychiatrique incapacitante au sens de l'AI.

Tel est le cas dans des activités simples et répétitives dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, opérateur de production (préparation de commandes, contrôle de qualité), ouvrier dans le conditionnement de matériel léger (mise sous pli, emballage)."

Le 8 novembre 2016, Q.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI ses objections en faisant valoir en substance que son état de santé s'était aggravé depuis son examen par les médecins du CEMed. Il s'est référé à un courrier que la Dresse N.\_\_\_\_\_ avait adressé à l'OAI le 25 avril 2016, où ce médecin évoquait de nouveaux diagnostics après un examen IRM, à savoir une "spondylarthropathie inflammatoire indifférenciée HLA-B27 négative, de forme axiale et périphérique".

Le Dr X.\_\_\_\_\_, du SMR, a pris position dans un avis médical du 30 novembre 2016, en exposant en substance ce qui suit :

"Les experts du CEMed ne retiennent pas d'arguments pour une maladie rhumatismale inflammatoire ; ils disposaient du compte-rendu de l'examen radiologique (IRM du 27 juillet 2015) ; l'examen rhumatologique au CEMed, au niveau du rachis et des articulations périphériques, ne milite pas en faveur de la spondylarthropathie".

Le 14 décembre 2016, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de prestations AI. La motivation de cette décision correspond à celle du projet du 1<sup>er</sup> septembre 2016.

**H.** Par acte du 31 janvier 2017, Q.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de refus de prestations précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité. A titre subsidiaire, il a conclu au prononcé

de mesures de réinsertion "afin de pouvoir plus facilement trouver un travail adapté à [ses] conditions". Le recourant affirme que ses médecins traitants ont constaté que son état de santé se péjorait de jour en jour malgré les multiples traitements effectués et qu'il était dans l'impossibilité d'exercer une activité, même adaptée à sa situation. Il prétend avoir, en vain, tout entrepris afin d'exercer une telle activité adaptée.

Dans sa réponse du 27 mars 2017, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le recourant, agissant par son conseil Me César Montalto, a répliqué le 4 septembre 2017, en produisant les deux avis médicaux suivants :

- rapport de la Dresse N.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2017, qui confirme le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. La symptomatologie algique génèrait chez l'assuré une fatigabilité majeure et retentissait sévèrement sur sa thymie. La capacité de travail de l'assuré était nulle, compte tenu de sa double atteinte à la santé d'ordre rhumatologique et psychiatrique.

- rapport de la Dresse H.\_\_\_\_\_ du 11 mai 2017, laquelle a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré s'était encore péjorée depuis son dernier rapport. Il était toujours sujet d'un épisode dépressif majeur qui devenait progressivement chronique.

L'OAI s'est déterminé le 22 septembre 2017, relevant que les rapports produits par le recourant ne faisaient pas mention d'appréciations de son état de santé dont il n'avait pas déjà connaissance.

Par décision du 27 février 2017, la juge instructrice a accordé à l'assuré le bénéfice de l'assistance judiciaire, en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires, ainsi qu'en désignant Me César Montalto en qualité d'avocat d'office.

## **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 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)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile. Les exigences de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont par ailleurs été respectées. Le recours est en conséquence recevable quant à la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié au recourant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 16 décembre 2012. Il conviendra de déterminer si l'intéressé a rendu plausible une modification significative de son état de santé entre la décision rendue le 3 décembre 2010 et la décision litigieuse, qui justifierait la révision de son cas eu égard aux pièces médicales produites par devant l'intimé, ceci aux conditions qui seront énoncées au considérant 5b ci-après.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

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

**b)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

**c)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois 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 devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

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 (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

**4. a)** La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) ou la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, 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 (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). 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 objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

**b)** La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en

principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

Cette grille comprendra 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

sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il sera également tenu compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du 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, comme par le passé, 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 référence citée).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra 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 (inévitabile) 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 référence citée).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 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). 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 ; ATF 115 V 133, consid. 2 ; ATF 114 V 310, consid. 3c ; ATF 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).

**5. a)** 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 ; ATF 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 ; ATF 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 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). Par ailleurs, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

**b)** Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 64, consid. 2, ATF 133 V 108, consid. 5.2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque 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. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5.4 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5.2).

**6.** En l'espèce, l'OAI a considéré que le recourant conserve – comme en 2008, ce qui avait été confirmé en 2010 par le Tribunal cantonal – une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles ont été précisées : actuellement, l'activité adaptée consiste en un travail ne s'accomplissant pas en hauteur et n'impliquant pas de mouvements répétés avec le membre supérieur droit au-dessus du niveau de l'épaule ni de port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit et 8 kg avec les deux mains. Ce qui est déterminant, c'est que l'OAI considère toujours, comme lors du traitement de la première demande de prestations, que le recourant a une capacité de travail entière dans certaines activités professionnelles compatibles avec les limitations fonctionnelles, qui ne diffèrent pas sensiblement entre 2008 et aujourd'hui. En particulier, le nouveau diagnostic de broncho-pneumopathie chronique n'a pas d'effet sur cette définition des limitations fonctionnelles et le recourant n'invoque du reste pas cet élément pour justifier sa demande de nouvelles prestations AI.

L'appréciation de l'OAI est fondée sur le rapport des experts du CEMed. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il faut établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour contredire le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère

incomplet. Il convient, en l'occurrence, d'examiner si les critiques du recourant, à propos de l'expertise pluridisciplinaire du CEMed, sont concluantes.

**7. a)** Au plan somatique, le recourant se prévaut du dernier avis de la Dresse N.\_\_\_\_\_, laquelle a retenu le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Ce médecin, qui avait déjà posé ce diagnostic préalablement à la décision litigieuse, a confirmé sa position dans un rapport qu'elle a adressé au conseil du recourant le 1<sup>er</sup> septembre 2017. Ce document retient que *"c'est actuellement la problématique algique de l'appareil locomoteur qui entrave au quotidien la qualité de vie et la fonctionnalité [du recourant], en raison de sévères douleurs tant axiales (rachis cervico-dorsal, lombaire, sacro-iliaques et bassin) que périphériques (multiples enthèses aux membres supérieurs et inférieurs)"*. Un traitement de fond rhumatologique n'avait pas encore pu être initié. Ce rapport n'invoque pas une aggravation récente de l'état de santé mais se réfère, à propos du diagnostic, à des éléments déjà existants à la date de la décision attaquée (examen clinique). Il ne ressort pas non plus du rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2017 qu'un nouvel examen clinique approfondi aurait été fait par le médecin traitant après l'examen effectué par le rhumatologue du CEMed ; la Dresse N.\_\_\_\_\_ mentionne plutôt, à propos de l'évolution récente, la recherche d'un traitement médicamenteux adapté.

Le recourant ne peut pas reprocher aux experts du CEMed d'avoir ignoré le diagnostic de maladie rhumatismale inflammatoire, puisqu'ils l'ont exclu expressément, faute d'éléments résultant de l'anamnèse et de l'examen. L'anamnèse a permis une description des activités quotidiennes (marche, conduite de véhicules, etc.) et l'examen a révélé des phénomènes d'autolimitation ainsi qu'une réaction exagérée à la palpation ; les experts en ont déduit que le syndrome douloureux était "ciblé sur la région cervico-scapulo-humérale droite, l'endroit justement impliqué dans l'accident de travail". Cette constatation n'est pas contestée de manière concluante par le recourant. L'avis de son médecin traitant n'est pas propre à mettre en doute l'analyse des experts. L'OAI pouvait donc considérer que les douleurs chroniques à l'épaule droite, déjà

présentes en 2008, n'avaient certes pas disparu mais qu'il n'y avait pas pour autant d'aggravation significative de l'état de santé sur le plan somatique.

**b)** Au plan de la santé psychique, la psychiatre traitante retenait notamment dans son rapport du 3 novembre 2014 le diagnostic incapacitant de trouble somatoforme. Cela étant, la Dresse H.\_\_\_\_\_ se montre peu disserte sur ce diagnostic, qu'elle ne discute pas spécifiquement dans son rapport. Il ressort par contre de l'expertise de mai 2016 que les critères de classifications diagnostiques d'un trouble somatoforme douloureux font défaut (cf. supra consid. 4). En particulier, il ressort de l'anamnèse (cf. pp. 21-22), que l'assuré a conservé une vie familiale, stable et harmonieuse, puisqu'il décrit une bonne relation avec ses enfants et sa femme. Il entretient par ailleurs des contacts réguliers avec ses frères et sœurs qui viennent le visiter une fois par mois. Il fait régulièrement des petites courses, se promène, discute à ces occasions avec ses compatriotes et se maintient informé par le biais de la télévision. Il n'existe donc pas de signe d'exclusion sociale. L'assuré dispose par ailleurs de bonne ressource personnelle, qu'il a su mettre à profit lors de son arrivée en Suisse, notamment.

On ne voit pas dans l'argumentation du recourant de critiques concluantes de l'expertise du CEMed. Le dernier avis du psychiatre consulté, du 11 mai 2017, ne contient aucun élément que les experts auraient ignoré, puisqu'il fait état comme précédemment de troubles d'humeur en réaction directe avec l'état général et les douleurs, troubles existant depuis au moins 2015.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que c'est à juste titre que les experts n'ont retenu aucune incapacité de travail au plan psychiatrique, étant observé que le diagnostic de dysthymie qu'ils ont posé est sans influence sur la capacité de travail. Par rapport à 2008, où aucun diagnostic n'avait été retenu sur le plan de la santé psychique, la situation n'a en définitive pas subi d'évolution significative.

**8.** Le requérant expose qu'il ne voit pas concrètement quelle activité professionnelle il pourrait exercer, à cause notamment de sa connaissance limitée du français. Comme cela a déjà été relevé dans le premier arrêt de la Cour de céans, du 3 décembre 2010 (consid. 3d), les difficultés linguistiques, le manque de formation professionnelle ou l'âge, qui sont des facteurs étrangers à l'invalidité, n'ont pas à être pris en considération. Au surplus, il est manifeste qu'il existe, dans les entreprises ou dans l'administration publique, certaines activités légères qui sont compatibles avec les limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise du CEMed.

On ajoutera à cet égard que le requérant n'a pas droit à des mesures professionnelles, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C\_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4).

**9.** Il résulte des considérants qui précèdent que l'OAI n'a pas violé le droit fédéral en refusant la nouvelle demande de prestations présentée par le requérant. Ses griefs sont mal fondés, ce qui entraîne le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

**a)** La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

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. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

**b)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me César Montalto à compter de février 2017 (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations faisant état d'un temps consacré à la défense du recourant de 17 heures et 45 minutes. La liste précitée comporte notamment 3 postes pour l'étude du dossier totalisant 9 heures de travail et 17 courriers au client pour un total de près de 3 heures. Le temps indiqué pour l'étude du dossier et le temps consacré à l'envoi de courrier au client paraissent excessifs, étant précisé que Me Montalto n'est intervenu qu'au stade des déterminations, une fois le recours déposé par Q. \_\_\_\_\_ lui-même. La liste des opérations de Me Montalto est ainsi réduite de trois heures. Son indemnité est arrêtée à 2'895 fr. 25 (débours par 26 fr. et TVA par 214.25 fr. compris), compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr. pour un avocat breveté.

**c)** La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant 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).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 14 décembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité du 14 décembre 2016 est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaire, arrêté à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** L'indemnité d'office de Me César Montalto est arrêtée à 2'895 fr. 25 (deux mille huit cent nonante-cinq francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA compris.
  
- V.** Q.\_\_\_\_\_, bénéficiaire de l'assistance judiciaire, est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
  
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me César Montalto, à Lausanne (pour Q.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :