

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 octobre 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Lehmann, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 87 RAI

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 22 novembre 2000, indiquant avoir subi deux accidents de moto, le 15 juin 1999 et le 5 octobre 2000.

Selon l'expertise médicale réalisée le 17 juillet 2000 par le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré présentait un status un an après un hématome rétro-péritonéal droit, une dissection du tronc cœliaque irradiant dans l'artère hépatique gauche, une ostéosynthèse d'une fracture du 5^e métatarsien du pied droit, des contusions thoracique et pulmonaire, une entorse cervicale, une lésion du ligament croisé postérieur du genou gauche ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien gauche, et souffrait également d'arthrose cervicale. Le Dr I._____ a estimé que l'assuré avait récupéré une capacité de travail de 50 % depuis juillet 2000 dans sa profession d'indépendant en qualité de technicien d'entretien. Dans un rapport du 4 octobre 2001, il a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était limitée compte tenu des atteintes au genou et aux cervicales, mais était totale dans une activité adaptée, avec limitation des mouvements des membres supérieurs au plan horizontal, limitation du port de charges à 10 kg, pouvant comporter des périodes de déplacement, de préférence en terrain plat, mais sans déplacement avec port de charges.

Le deuxième accident de moto a provoqué chez l'assuré des contusions thoraciques avec fractures des côtes 3 à 6 gauches, un pneumothorax gauche et une entorse métacarpo-phalangienne du pouce droit (rapport du Dr K._____ du 15 décembre 2000).

Dans un rapport du 3 août 2004, la Dre L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé comme diagnostics ayant

des répercussions sur la capacité de travail des lombalgies chroniques dans un contexte de lyse isthmique bilatérale L5-S1 et de discrètes discopathies L3-L4, L4-L5, ainsi que des gonalgies post-traumatiques. Elle a indiqué que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle et qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ne nécessitant pas de travail agenouillé ou d'autres postures pénibles telles que rotation, torsion du tronc ou le port de charges supérieures à 10 kg, et permettant le changement de positions. L'assuré avait repris une activité à 50 % comme graveur de plaquettes.

La Dre Q._____ a retenu des diagnostics similaires dans un rapport du 29 mars 2005 et estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions assise et debout, sans position à genoux ou accroupie, ni inclinaison du buste, ni travail sur une échelle ou sur sol irrégulier, avec une limite de poids de 10 kg.

L'OAI a renoncé à mettre en place des mesures de réadaptation (rapport final du 11 avril 2005), l'assuré ne s'étant pas montré demandeur de telles mesures, ayant mis en avant ses problèmes de dos et le fait qu'il assumait seul la garde de ses trois enfants.

Par décision du 24 novembre 2005, confirmée sur opposition le 19 janvier 2007, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré, du fait que son degré d'invalidité était inférieur à 40 %.

Le recours interjeté contre cette décision le 20 février 2007 auprès de la Cour de céans a été retiré en septembre 2008.

B. L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI le 13 septembre 2011.

Par décision du 3 janvier 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande, estimant que l'assuré n'avait pas rendu

vraisemblable une modification essentielle de la situation depuis la dernière décision.

C. Le 29 décembre 2015, l'assuré a sollicité de l'OAI la prise en charge d'appareils auditifs.

Par communication du 6 septembre 2016, l'OAI a pris en charge un forfait de 840 fr. pour un appareil acoustique gauche.

D. A la suite d'une procédure de détection précoce, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, par formulaire daté du 31 octobre 2016 et réceptionné le 2 novembre 2016.

Selon le rapport établi le 8 octobre 2008 par le Dr N._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, l'assuré avait été victime d'un traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) le 7 septembre 2008 ayant provoqué une contusion labyrinthique droite avec un trouble otolithique, un vertige positionnel paroxystique bénin sur cupulolithiase du canal horizontal droit et une surdité profonde. L'imagerie cérébrale avait permis d'écarter une fracture du rocher ou une hémorragie intralabyrinthique.

Le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, a diagnostiqué chez l'assuré un syndrome d'apnées du sommeil de degré léger associé à un probable syndrome de résistance des voies aériennes supérieures (rapport du 15 août 2016).

Dans un rapport du 23 septembre 2016, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics suivants :

- « Syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré léger, probablement associé à un syndrome de résistance des voies aériennes supérieures.
- HTA [réd. : hypertension artérielle] d'origine probablement secondaire.
- Hypercholestérolémie éventuellement d'origine familiale.
- Possible syndrome de stress post-traumatique. Status après 2 accidents de moto le 15.06.1999 et le 20.10.2000, avec plusieurs mois d'hôpital, [hémorragie] interne et plusieurs fractures.
- Gonalgies G [gauches] sur multiples lésions ligamentaires.

- Lombalgies chroniques.
- Abus d'alcool avec retrait du permis de conduire le 02.04.2015.
- Tabagisme chronique interrompu (?) depuis environ 2 ans.
- Surdité de l'oreille D [droite] et baisse de l'ouïe à G. Appareillage de l'oreille D.
- Status après lithiase urinaire il y a environ 20 ans. »

Le Dr J._____ a précisé que l'assuré manifestait des réactions de type phobique vis-à-vis des médecins, des prises de sang et des hôpitaux. Les facteurs de risque cardio-vasculaire n'interféraient alors pas avec sa capacité de travail. L'assuré niait toute consommation régulière d'alcool, mais avouait des excès ponctuels.

Dans un rapport du 14 mars 2017, le Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu les diagnostics de status après rupture du ligament croisé postérieur du genou gauche, de lombalgies chroniques sans déficit neurologique, de gonarthrose gauche débutante, de status après spondylolyse L3-L4, L4-L5 et de syndrome du tunnel carpien bilatéral pour lequel une cure chirurgicale était envisag e. L'assuré n'avait plus pu reprendre son activité depuis 1999.

Dans un avis du 1^{er} juillet 2017, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis 2002 était plausible au vu de la gonarthrose débutante et des lombalgies chroniques post spondylod se.

Le 29 janvier 2018, le Dr Y._____ a fait savoir que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle comme concierge et ponceur de parquet était nulle et qu'il bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % depuis mai 2016 dans son activité de graveur de plaquettes. Les limitations fonctionnelles étaient l'absence de charge lourde de plus de 30 kg, l'absence de travail en porte-à-faux, de longue marche, de travail sur une échelle ainsi que la possibilité d'alterner la position debout et assise.

A l'initiative du SMR, une expertise orthopédique a été r alis e par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie

de l'appareil locomoteur. Les conclusions de son rapport du 20 avril 2018 sont les suivantes :

« **Diagnostics**

Avec répercussion sur la capacité de travail :

- 1 Lombalgies chroniques.
 - Discopathie débutante L3-L4, L4-L5.
 - Spondylolyse L5 bilatérale.
 - Arthrose des articulations postérieures de L4-L5 et L5-S1.
- 2 Gonarthrose secondaire à droite, prédominant dans le compartiment fémoro-tibial interne.
 - Status après entorse du genou gauche avec lésion du ligament croisé postérieur (1999)
 - Instabilité antéro-postérieure du genou gauche.
- 3 Hyper laxité cubitale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit.
 - Status après entorse métacarpo-phalangienne du pouce droit (2010).
 - Status après possible plastie ligamentaire de l'articulation MP du pouce droit en 2008.
- 4 Syndrome du tunnel carpien bilatéral plus marqué à gauche qu'à droite.
- 5 Surdité profonde oreille droite et hypo-acousie à gauche appareillée.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- 1 Hypertension artérielle en traitement.
- 2 Hypercholestérolémie en traitement.
- 3 Syndrome d'apnée du sommeil de degré léger appareill e.
- 4 Tabagisme chronique.
- 5 Status après lithiase urinaire il y a 20 ans.
- 6 Status après polytraumatisme le 15.06.1999 avec hématome rétropéritonéal droit, dissection du tronc c eliasque, fracture du 5 eme métatarsien pied droit opérée, contusion thoracique et pulmonaire, entorse cervicale.
- 7 Status après accident de moto le 05.10.2000 avec fractures costales multiples et entorse grave de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit.
- 8 Status après luxation antéro-inférieure de l'épaule gauche (2010).
- 9 Status après TCC et traumatisme de l'oreille interne droite en 2008.
- 10 Probable consommation excessive d'alcool

[...]

Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Actuellement, l'assur e peut exercer uniquement un métier parfaitement adapt e aux limitations fonctionnelles. Il ne pourra plus exercer son métier de service d'immeubles qu'il a exerc e de 1988  a 1999, car celui-ci ne respecte pas les limitations fonctionnelles. Il

pourrait continuer à exercer son métier de vendeur dans une boutique de porcelaines.

Les limitations fonctionnelles dues aux troubles somatiques constatés sont :

- Un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel, l'assuré puisse alterner la position assise avec la position debout à sa guise.
- Il doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux.
- De courts déplacements à plat sont possibles.
- Il doit éviter les travaux à genoux ou accroupi.
- Il doit éviter le port et le soulèvement de charges de plus de 15 kg.
- Il doit éviter la saisie régulière d'objet avec la main droite de plus de 200 gr.
- Doit éviter de marcher en terrain irrégulier et de monter ou descendre à répétition des pentes ou des escaliers »

Le Dr S. _____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était complète, sans diminution de rendement, au moins depuis la date de l'expertise du Dr I. _____, le 17 août [recte : juillet] 2000.

Par projet de décision du 25 avril 2018, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité n'était que de 18,51 %. Il a retenu que sans atteinte à la santé, le gain annuel brut de l'assuré se serait élevé en 2000 à 61'599 francs. Il a calculé son revenu d'invalidité sur la base des données salariales statistiques, se référant au salaire que pouvait percevoir un homme en l'an 2000 dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, auquel il a appliqué un abattement de 10 % afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles, ce qui donnait un montant de 50'195 fr. 78.

L'assuré a présenté ses objections par courriers des 15 mai et 14 juillet 2018 et a produit des rapports figurant déjà à son dossier.

Dans un avis du 20 août 2018, le SMR a estimé que les documents produits n'apportaient aucune information qui n'était pas déjà connue, précisant notamment que les risques cardiovasculaires n'étaient pas incapacitants et qu'il n'existait aucune atteinte crédible sur le plan

psychiatrique puisqu'un syndrome de stress post traumatique ne pouvait pas évoluer pendant 18 ans.

Par décision du 28 août 2018, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assuré, reprenant les termes de son projet de décision.

E. Par acte du 29 septembre 2018 (date du timbre postal), U._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a fait valoir que l'expert ne l'avait examiné que très peu de temps, que son analyse n'était pas conforme à la réalité et a précisé que son état s'était aggravé entre-temps dans la mesure où son bras droit n'avait qu'une mobilité réduite, ce qui l'empêchait d'exécuter toute activité.

Dans sa réponse du 26 novembre 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a indiqué que même si la consultation devait être considérée comme brève, cela n'enlevait rien à la valeur probante du rapport d'expertise.

Le recourant a adressé un « complément de recours » le 20 mai 2019 par l'intermédiaire d'un mandataire. Il a fait savoir qu'il avait subi un nouvel accident en octobre 2018, dont les conséquences devraient être évaluées avec les pathologies connues, comme proposé par le Dr Y._____ dans un certificat du 15 mai 2019. Il a invoqué qu'en dehors de ses problèmes orthopédiques, il souffrait de nombreuses autres affections pouvant avoir un impact certain sur sa capacité de travail, notamment des problèmes cardiaques et psychiatriques (phobie, possible syndrome de stress post-traumatique, possibles séquelles du TCC de 2008), une surdité totale de l'oreille droite et partielle de l'oreille gauche, des acouphènes, un alcoolisme, etc. et qu'étant donné sa phobie des médecins, il n'avait pas fait investiguer ces affections plus avant. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, comprenant les volets de médecine interne, orthopédique, oto-rhino-laryngologique et

psychiatrique. Il a par ailleurs reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte du renchérissement et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente pour calculer le revenu sans invalidité. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 31 octobre 2016.

L'OAI a maintenu sa position dans son courrier du 6 juin 2019.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

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

s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical,

il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

d) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques et les syndromes de dépendance doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

4. a) En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant et a, compte tenu des rapports médicaux produits, fait réaliser une expertise orthopédique par le Dr S._____. Il y a lieu de constater que le rapport d'expertise remplit les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Le Dr S._____ a pris ses conclusions de manière motivée et circonstanciée sur la base d'une anamnèse complète, d'un examen clinique détaillé, en tenant compte des plaintes du recourant et en pleine connaissance de son dossier. Il a d'ailleurs fait réaliser des imageries supplémentaires afin d'éclaircir le cas (expertise p. 2).

Le recourant estime que la consultation a été brève et que l'analyse de l'expert ne correspond pas à la réalité. Il faut constater que l'entrevue médicale a tout de même duré un peu plus de 2 heures (expertise p. 1), ce qui n'est en soi pas bref. Quoi qu'il en soit, la durée de la consultation n'est, à elle seule, pas un critère suffisant pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise. Il est rappelé à cet égard que, de jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère qu'un entretien de courte durée entre l'expert et l'expertisé n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas (TF 9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Tel est le cas en l'occurrence puisque le Dr S._____ a recueilli une anamnèse détaillée, interrogeant notamment le recourant sur ses plaintes en lien avec les diverses parties du corps (expertise p. 4 à 6) et a procédé à un examen clinique complet (expertise p. 7-8).

b) L'expert a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, de gonarthrose secondaire à droite [recte : gauche], d'hyperlaxité cubitale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit, de syndrome du tunnel carpien bilatéral, de surdité profonde de l'oreille droite et d'hypo-acousie à gauche. Il a considéré que les différents accidents subis par l'assuré étaient désormais sans répercussion sur sa capacité de travail, de même que son hypertension artérielle, son hypercholestérolémie, son syndrome d'apnée du sommeil, son tabagisme chronique, sa probable consommation excessive d'alcool et son status post lithiase urinaire. Le Dr S._____ a ainsi retenu l'ensemble des diagnostics somatiques posés par les différents médecins ayant examiné le recourant. Sur le plan psychique, le Dr J._____ évoque en outre l'existence d'un syndrome de stress post traumatique. Ce diagnostic est toutefois considéré seulement comme possible par ce médecin, lequel n'est par ailleurs pas psychiatre. Dans son avis du 20 août 2018, le SMR écarte un éventuel syndrome post traumatique de manière convaincante, se référant à la chronologie et au fait qu'il n'est pas possible qu'une telle atteinte perdure durant 18 ans, sans évoluer vers une modification durable de la personnalité. De manière générale, il faut relever que le dossier ne fait mention que d'une

consultation psychiatrique dans le cadre du divorce (rapport du Dr J. _____), ce dont le recourant n'a pas jugé utile d'informer l'OAI qui examinait à ce moment-là sa première demande de prestations, et qu'il n'y a plus eu de suivi psychiatrique par la suite (ibidem). Le recourant ne produit d'ailleurs aucun avis médical d'un psychiatre rendant vraisemblable une éventuelle atteinte psychique.

c) Le recourant estime que c'est à tort que le Dr S. _____ a considéré la plupart des atteintes comme non incapacitantes, affirmant que ces affections avaient un impact certain sur sa capacité de travail. Or, le Dr J. _____ a lui-même précisé que les facteurs de risque cardiovasculaire n'interféraient pas sur sa capacité de travail (rapport du 23 septembre 2016). Quant au syndrome d'apnées obstructives du sommeil, celui-ci n'est considéré que comme léger et a pu être appareillé. S'agissant des éventuels problèmes d'alcoolisme du recourant, il apparaît qu'il s'agit plutôt d'excès ponctuels d'alcool, qui ont notamment mené au retrait de son permis de conduire (rapport du Dr J. _____) et qu'aucun des médecins consultés n'a fait état d'un alcoolisme pouvant interférer sur sa capacité de travail. Le recourant indique encore qu'il pourrait souffrir d'éventuelles séquelles du TCC subi en 2008. A cet égard, le Dr S. _____ a tenu compte des pertes d'ouïe touchant les deux oreilles et les a considérées comme ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il n'apparaît pas que le recourant présente d'autres séquelles de ce TCC, celui-ci ayant notamment indiqué au Dr S. _____ qu'il n'avait plus de vertiges (expertise p. 6). Le bilan neurologique et les imageries médicales effectués à l'époque n'avaient par ailleurs pas montré de lésion (expertise p. 5, rapport du Dr N. _____).

Dans son complément de recours, le recourant fait valoir qu'il souffre d'une phobie des médecins et que celle-ci l'aurait empêché de faire investiguer ses diverses atteintes plus amplement. Si cette phobie est mentionnée dans le rapport du Dr J. _____, il faut tout de même constater que le recourant a été en mesure de se rendre régulièrement chez différents médecins, qui ont tous examiné de manière attentive ses plaintes et ont procédé aux investigations nécessaires. On peut en outre

préciser qu'une éventuelle phobie des médecins ne saurait avoir une influence sur sa capacité de travail, dans la mesure où celle-ci ne s'exerce pas dans le domaine médical.

d) Dans son recours, le recourant annonce avoir subi un nouvel accident en octobre 2018 et produit un certificat du Dr Y._____, qui estime qu'en raison de cet événement, une nouvelle évaluation globale de ses atteintes à la santé est nécessaire. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue le 28 août 2018, si bien que les conséquences de l'accident qui s'est produit en octobre 2018 n'ont pas à être prises en compte dans le cadre du présent examen.

e) Le Dr S._____ conclut que les atteintes présentées par le recourant permettent l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Il se réfère notamment aux rapports du Dr I._____ qui, en 2000 déjà, concluait à la récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à la suite du premier accident de moto. En 2004-2005, tant la Dre L._____ que la Dre Q._____ estimaient la capacité de travail du recourant comme totale dans une activité adaptée, tenant compte de l'existence de lombalgies chroniques et de gonalgies post-traumatiques. Dans son rapport du 29 janvier 2018, le Dr Y._____ fixe la capacité de travail à 50 % dans l'activité de graveur de plaquettes, mais n'indique pas pourquoi le recourant ne bénéficie pas d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il mentionne. Quant au Dr J._____, il ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant. Les différents médecins retiennent des limitations fonctionnelles comparables, à savoir la nécessité de pouvoir alterner les positions, de ne pas travailler en porte-à-faux, sur terrain irrégulier, accroupi ou à genoux, et d'avoir un port de charges limité à 10-15 kg. Le

Dr S. _____ rajoute l'absence de saisie régulière d'objets de plus de 200 grammes avec la main droite.

L'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr S. _____ apparaît tout à fait convaincante. Celui-ci retient notamment qu'il y a eu peu d'évolution par rapport à la précédente demande, que le recourant poursuit ses activités quotidiennes sans autres restrictions et qu'il n'a pas utilisé tous les traitements qui lui avaient été recommandés, comme notamment une chirurgie du syndrome du tunnel carpien et des exercices pour la colonne vertébrale. Le Dr S. _____ précise en outre que l'intensité des douleurs et les répercussions professionnelles, sociales et personnelles sont en relation avec la personnalité de l'assuré, sa passivité et son manque d'entrain (expertise p. 10), ce qui avait déjà été relevé par la Dre L. _____ en 2004, celle-ci mentionnant que la mauvaise volonté du recourant faisait obstacle à la reprise d'une activité exigible.

f) Il y a ainsi lieu de conclure que le recourant bénéficie depuis juillet 2000 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ses limitations fonctionnelles sont demeurées les mêmes, si ce n'est que le Dr S. _____ a rajouté le fait d'éviter la saisie régulière avec la main droite d'objets de plus de 200 grammes. L'on peut se demander, au vu du nombre d'activités légères qui demeurent accessibles au recourant, si cette seule limitation fonctionnelle supplémentaire constitue un changement important des circonstances propre à justifier l'application des principes d'une révision au sens de l'art. 17 LPG (TF 9C_793/2011 du 30 juillet 2012 consid. 4.2). Quoi qu'il en soit, si l'on procède à une nouvelle comparaison des gains, comme l'a fait l'OAI, l'on constate que le degré d'invalidité du recourant n'ouvre dans tous les cas pas droit à une rente d'invalidité.

5. a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera,

sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

b) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

aa) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

bb) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de

procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

6. En l'occurrence, pour calculer le revenu sans invalidité, l'OAI s'est basé sur les revenus perçus par le recourant dans le cadre de l'activité qu'il a déployée jusqu'en 1999, tels qu'arrêtés dans la décision sur opposition du 19 janvier 2007, à savoir 61'599 fr. pour l'année 2003. C'est à juste titre que le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir indexé ce montant jusqu'au moment de l'ouverture éventuelle d'un droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222), qui pouvait intervenir au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de prestations selon l'art. 29 al. 1 LAI, soit en 2017. Compte tenu de l'évolution de l'indice des salaires nominaux pour les hommes (ATF 129 V 408) entre 2003 et 2017, le revenu sans invalidité doit ainsi être fixé à 70'861 fr. 69.

Quant au revenu d'invalidé, il convient de se référer à l'ESS 2016 en lieu et place de l'ESS 2000 utilisé par l'OAI. En 2016, le salaire moyen touché par un homme pour des tâches manuelles simples dans les domaines de la production et des services était de 5'340 fr. pour une semaine de 40 heures. Ce montant doit être indexé à l'année 2017 et adapté à la durée usuelle de la semaine de travail en 2017 (41,7 heures), ce qui donne un revenu annuel de 67'070 fr. 61. L'OAI a procédé à un abattement de 10 % sur ce montant en vue de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant, ce qui n'est pas critiquable et n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant. Le revenu d'invalidé doit ainsi être fixé à 60'363 fr. 55.

Le degré d'invalidité du recourant se monte dès lors à 14,81 %. C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a refusé de mettre le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité.

On peut préciser à toutes fins utiles qu'une application de l'ESS 2016 pour calculer le revenu sans invalidité ne mène pas à un résultat plus favorable au recourant, au contraire. Le revenu sans

invalidité calculé sur cette base se monte à 67'070 fr. 61, si bien que le degré d'invalidité ne serait que de 10 %.

7. Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir d'ordonner une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

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

**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 28 août 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'U._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Lehmann (pour U._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :