

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 mai 2013

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : Mme Rossier et M. Berthoud, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à Morges, recourant, représenté par Me Antoine Eigenmann,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 ss, 43 et 44 LPGA; 17 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 31 mars 2003, T.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1962, marié et père de famille a déposé une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente. A la suite d'une chute en octobre 2001, l'assuré indiquait souffrir de douleurs au genou droit. Il avait travaillé en qualité d'opérateur sur machines jusqu'au début du mois de février 2002.

Dans un rapport intermédiaire et final du 24 octobre 2006, une collaboratrice de la Division administrative de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a observé qu'il ne lui était pas possible d'affirmer que l'octroi de mesures professionnelles sous la forme d'un stage de formation pratique faciliterait le retour de l'assuré sur le marché de l'emploi. Il apparaissait ainsi peu probable que de telles mesures augmenteraient sensiblement ses perspectives de gain sur le moyen terme.

Par décision du 8 mai 2006 - confirmée selon décision sur opposition du 12 juin 2007 - l'OAI a alloué le droit à une rente entière à la famille de l'assuré pour la période du 1<sup>er</sup> février 2003 au 31 mai 2003. Il ressortait des renseignements médicaux en sa possession que depuis le mois de mars 2003, l'assuré présentait une capacité de travail exigible de 75 % dans sa profession et entière dans une activité adaptée (sans montée ou descente d'escaliers à répétition, sans marche sur terrain instable et sans position de genuflexion ou accroupie de façon répétitive), dont il découlait, après comparaison entre les revenus raisonnablement exigibles (71'500 fr. [sans invalidité] et 55'786 fr. [avec invalidité]), un degré d'invalidité de 22 %.

Le 12 juillet 2007, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition précitée devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud (TASS AI 284/07 - 15/2008). Par jugement du 23 janvier 2008, le tribunal a

admis le recours, annulé la décision attaquée et retourné le dossier à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction puis rende une nouvelle décision "que de droit". Il a considéré que la décision litigieuse se fondait sur un rapport du Service Médical Régional (SMR) de l'AI du 9 janvier 2006 relatif à un examen bidisciplinaire du 11 novembre 2005, dont le volet psychiatrique avait été établi par la Dresse A. \_\_\_\_\_ signant ledit rapport avec le titre de psychiatre FMH. Cette médecin n'étant pas titulaire du titre précité, il en résultait des irrégularités d'ordre formel liées à la personne de la Dresse A. \_\_\_\_\_ entachant la fiabilité des conclusions du SMR qui résultaient d'une appréciation consensuelle avec un autre médecin (rhumatologue) du SMR. De plus, aucun autre rapport établi par un spécialiste en psychiatrie ne confirmait celui de la Dresse A. \_\_\_\_\_. La valeur probante de ce dernier s'en trouvait par conséquent affaiblie, de sorte que l'OAI ne pouvait valablement en tirer des conclusions quant à l'état de santé, respectivement quant à la capacité de travail et au taux d'invalidité de l'assuré. En l'absence de toute évaluation psychiatrique probante, un complément d'instruction sous la forme d'une expertise à confier à un expert neutre muni des titres nécessaires s'imposait.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, diverses pièces médicales y ont été indexées, dont en particulier un rapport d'expertise psychiatrique du 7 avril 2009 des Drs G. \_\_\_\_\_, médecin-adjoint et M. \_\_\_\_\_, médecin assistante, de l'Hôpital psychiatrique de [...] établi à l'occasion d'une procédure pénale ouverte à l'encontre de l'assuré. Au terme de leurs examens, ces spécialistes ont observé des troubles psychiques apparus dans les suites de l'accident de 2001 sous la forme de dysthymie (F-34.1) et de syndrome douloureux somatoforme (F-45.4). S'ils ont qualifié ces affections de sévères, ils n'ont toutefois pas considéré qu'elles entravaient les exigences élémentaires de la vie quotidienne mais qu'elles diminuaient néanmoins le seuil de tolérance de l'assuré et son adaptabilité au stress.

Au terme d'un avis médical du 29 novembre 2010, les médecins du SMR ont convenu de suivre le jugement du tribunal du 23 janvier 2008 et décidé la réalisation d'une expertise.

Le 24 février 2011, la Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise psychiatrique. Il en ressort en particulier ce qui suit:

#### "4. Diagnostics

Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10).

##### 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

- Aucun sur le plan psychique.

##### 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

- Syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue F17.25, présent depuis 2007.

#### 5. Appréciation du cas et pronostic

[...]

Je ne retiens pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant en l'absence d'une détresse émotionnelle majeure ou de conflit psychique conséquent. Durant l'entretien, Monsieur est souriant, tonique et n'a aucune plainte spontanée sur le plan psychique. Malgré les algies relatées par M. T.\_\_\_\_\_, il peut fonctionner dans son quotidien, amener son épouse en voiture quotidiennement sur son lieu de travail et aller la rechercher, faire les courses, se rendre 2 à 3 fois par années au Kosovo en avion ou en voiture, profiter des moments agréables avec ses amis au café et avec sa famille. Il s'occupe également de son fils âgé de 11 ans avec qui il se rend annuellement en vacances au Kosovo. M. T.\_\_\_\_\_ évoque un réseau d'amis et copains avec qui il apprécie discuter, boire un café et manger. Régulièrement, Monsieur va rendre visite à des paysans avec lesquels il a travaillé.

Les douleurs alléguées par l'expertisé sont assimilables à une amplification de symptômes.

La thymie est neutre, bien modulée et par conséquent, à ce jour, le diagnostic de dysthymie ne peut être retenu.

M. T.\_\_\_\_\_ ne présente pas d'anxiété, d'attaque de panique, de symptôme compatible avec un état de stress post-traumatique, une psychose ou un trouble de personnalité.

Au vu de ce qui précède, M. T.\_\_\_\_\_ ne présente aucune limitation sur le plan psychique et sa capacité de travail est entière.

Cependant le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraît mauvais car l'expertisé s'estime dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité; ceci sort du champ médical."

Dans un avis médical SMR du 10 mars 2011, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ ont suivi les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique précité et ont retenu une capacité de travail entière de l'assuré. Ils précisaient pouvoir néanmoins admettre un incapacité de travail totale compte tenu de la pathologie rhumatologique pour la période de février 2002 à février 2003. Ils étaient ainsi d'avis que, dès mars 2003, l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et de 80 % dans son activité habituelle de chef de ligne sur des tubes inox. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas de montée/descente d'escaliers à répétition, l'absence de marche en terrain instable et l'absence de genuflexion ou position accroupie prolongée/répétitive.

Par projet de décision du 12 avril 2011, l'OAI a proposé à l'assuré de lui reconnaître le droit à une rente ordinaire entière du 1<sup>er</sup> février 2003 au 31 mai 2003, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé survenue en mars 2003. A la suite de l'opposition élevée par l'assuré contre ce projet de décision, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ du SMR ont notamment apporté, dans un avis médical du 16 juin 2011, les précisions utiles qui suivent:

"[...]

La capacité de travail reste entière sur le plan psychiatrique et c'est pourquoi nous avons suivi les conclusions de Dr C. \_\_\_\_\_ (examen clinique SMR de mars 2003) avec une incapacité de travail totale en raison de la pathologie rhumatologique de février 2002 à février 2003.

A partir de mars 2003, la capacité de travail dans une activité adaptée est totale et la capacité de travail dans son activité habituelle de chef de ligne sur des tubes inox est estimée à 75 %.

Les limitations fonctionnelles sont l'absence de montée et descente d'escaliers à répétition, l'absence de marche en terrain instable, l'absence de position en genuflexion ou accroupie de façon répétitive ou prolongée.

Cette évaluation était en parfaite adéquation avec l'évaluation réalisée par la SUVA, le Prof. V. \_\_\_\_\_, le médecin traitant et l'orthopédiste de cet assuré.

L'avocat de l'assuré, dans une lettre du 26.05.2011, conteste cette décision.

1. Il y a eu, certes, un grand laps de temps entre l'avis clinique bidisciplinaire du SMR de novembre 2005, le jugement du 23.01.2008 et l'expertise psychiatrique du Dr H. \_\_\_\_\_ du 24.02.2011 et nous avons repris uniquement l'expertise psychiatrique qui avait été invalidée du fait de la non reconnaissance du diplôme du Dr A. \_\_\_\_\_. L'examen clinique rhumatologique restant a priori valable.

Une lettre succincte du Dr I. \_\_\_\_\_ [spécialiste en médecine générale] de novembre 2010 ne décrivait pas de symptômes nouveaux ou alarmants. Nous avons téléphoné à la Dresse I. \_\_\_\_\_ le 9.03.2011 concernant le diabète et il n'y avait pas de complications connues.

2. L'avocat de M. T. \_\_\_\_\_ insiste sur l'évolution de l'état de santé et nous dit que M. T. \_\_\_\_\_ présente notamment depuis 2010 une hypercholestérolémie et une hypertension artérielle mais ces deux affections, au sens de l'AI, n'entraînent pas d'incapacité de travail hormis s'il provoque des complications somatiques.

3. Concernant les troubles somatoformes douloureux, il n'est pas incapacitant; la Dresse H. \_\_\_\_\_ en février 2011 ne mentionne pas de détresse émotionnelle majeure ou de conflit psychique conséquent. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale: l'assuré va avec ses amis au café, s'occupe de son fils de 4 ans, va en vacances au Kosovo.

4. Dans l'expertise judiciaire du 7.04.2009 du Dr G. \_\_\_\_\_, il y est certes décrit une humeur déprimée, des troubles du sommeil, de l'appétit et des difficultés de concentration mais le diagnostic porté est celui de dysthymie et non pas de syndrome dépressif car les critères ne sont pas suffisants pour porter ce diagnostic.

Les paragraphes No 3 et 4 soulevés par Me Antoine Eigenmann sont d'ordre administratif et sont à voir avec le service juridique de l'OAI.

En conclusion: aucune aggravation de l'état de santé de nature à modifier le droit aux prestations n'est rendu plausible. Par conséquent, la demande d'une nouvelle expertise est infondée."

Par décision du 7 juillet 2011, l'OAI a alloué une rente entière à l'assuré ainsi qu'à sa famille d'un montant mensuel de 6'963 fr., ceci du 1<sup>er</sup> février 2003 au 31 mai 2003. Ses constatations s'articulaient en ces termes:

"Résultat de nos constatations:

Le 31.03.2003, vous avez déposé une demande de prestations AI.

Depuis le 05.02.2002 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte. A la fin du délai de carence d'une année, soit le 5.2.2003, votre incapacité de travail était encore entière et ce jusqu'au 28.02.2003.

Suite au jugement rendu le 23.01.2008, par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, la décision du 8.5.2006 et la décision sur opposition du 12.6.2007, vous octroyant une rente entière limitée dans le temps, ont été annulées.

Sur la demande de l'instance précitée, nous avons mis en œuvre une expertise psychiatrique qui a été confiée à un expert et muni des titres nécessaires.

Au vu des éléments médicaux recueillis lors de cette investigation, votre capacité de travail est reconnue comme entière sur le plan psychiatrique. En raison de la pathologie rhumatologique, l'incapacité de travail est totale du 5.2.2002 au 28.02.2003.

A partir du 1.3.2003, votre capacité de travail dans l'activité habituelle de chef de ligne sur des tubes en inox est estimée à 80 %.

Mais cette capacité est entière dans une activité adaptée à votre état de santé, soit pour un travail qui n'exige pas les montées et descentes d'escaliers à répétition, la marche en terrain instable, les positions en genuflexion ou accroupie de façon répétitive ou prolongée.

Sans atteinte à la santé, vous pourriez prétendre à un revenu annuel de CHF 71'500.00 depuis le 1.1.2003.

Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées et à temps complet, vous pourriez obtenir un revenu annuel en 2003 de CHF 55'786.00.

Comparaison des revenus:

sans invalidité	CHF 71'500.00	
avec invalidité	CHF 55'786.00	
La perte de gain s'élève à	CHF 15'714.00	= un degré d'invalidité de 22 %"

**B.** Par acte du 6 septembre 2011, T.\_\_\_\_\_, représenté par Me Antoine Eigenmann, a recouru devant la Cour des assurances sociales du canton de Vaud contre la décision précitée. Ses conclusions étaient les suivantes:

"I. La décision entreprise est annulée, la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, et nouvelle décision dans le sens des considérants."

Le recourant avance en substance que compte tenu du délai de plus de cinq ans qui sépare un rapport d'examen médical SMR du 11 novembre 2005 lequel concluait, sous l'angle somatique, à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles

et l'expertise psychiatrique de la Dresse H.\_\_\_\_\_ du 24 février 2011, un examen réactualisé et global s'avérerait nécessaire afin de pouvoir statuer en toute connaissance de cause sur son état de santé. Il indique à ce propos que son état de santé a évolué depuis 2005, de sorte qu'il présente notamment, depuis 2010, respectivement 2011, une hypercholestérolémie et une hypertension artérielle. Il est également d'avis que l'expertise psychiatrique de février 2011 est lacunaire quant à la motivation médicale liée aux diagnostics qu'elle retient et que l'expert n'était pas à même de se prononcer sur une éventuelle interaction entre les problèmes orthopédiques (par rhumatologie) et les troubles psychiatriques dès lors que le dernier rapport établi datait de novembre 2005. Le recourant demande en conséquence, que l'OAI procède à un nouvel examen de son cas sur la base d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Il reproche par ailleurs à l'office intimé de ne pas avoir examiné son droit à l'octroi d'éventuelles mesures professionnelles, alors même qu'il présenterait un taux d'invalidité supérieur à 20 %.

Dans sa réponse du 2 décembre 2011, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il considère que c'est en possession d'un dossier complet et représentatif des problèmes physiques du recourant que la Dresse H.\_\_\_\_\_ s'est positionnée dans son expertise du 24 février 2011. Il nie pour le surplus le droit à des mesures professionnelles en précisant qu'il ressort d'un rapport de son service de réadaptation du 24 octobre 2006 que les conditions n'en seraient pas remplies.

Dans sa réplique du 12 mars 2012, le recourant maintient l'ensemble des conclusions de son écriture du 6 septembre 2011. Il a produit en annexe les pièces médicales suivantes:

- Une correspondance médicale du 6 mars 2012 de la Dresse E.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, adressée au médecin traitant du recourant, dont il résulte les observations et constatations suivantes:

"[...]"

Radiographies de la colonne lombaire (09.09.2011): troubles statiques avec scoliose par probable asymétrie des membres inférieurs (flexum du genou gauche). Anomalie transitionnelle, discopathies L4-L5 et L5-S1.

En conclusion, les problèmes musculo-squelettiques de Monsieur T.\_\_\_\_\_ subjectivement importants avec une très longue incapacité de travail supérieure à 10 ans dans un contexte asséculologique conflictuel n'augurent pas d'un pronostic favorable.

La souffrance de cet homme est indéniable, mais les constatations objectives n'ont jamais permis de poser un diagnostic précis autre que des altérations dégénératives probablement exacerbées par des postures inadéquates et une épargne chronique du membre inférieur droit. L'usage régulier des cannes anglaises a probablement engendré quelques altérations de la coiffe des rotateurs.

[...] Pour la lombalgie irradiante, on aurait pu demander une IRM, mais la claustrophobie du patient l'en empêche. J'ai donc demandé un CT-scan lombaire prévu le 08.03.2012 à l'hôpital de [...]. Cet examen permettra éventuellement d'objectiver un rétrécissement canalaire et peut-être d'organiser des gestes antalgiques, mais cela est encore à discuter. J'ai également organisé des clichés standards des épaules qui pourraient être si nécessaire complétés par une échographie. Les résultats vous parviendront directement et nous pourrons en discuter le cas échéant.

Je ne suis guère optimiste quant aux moyens de soulager ce patient, mais il est indéniable que dans son état actuel, la capacité de travail comme ouvrier est nulle...."

- Un rapport CT-Scan de la colonne lombaire du 8 mars 2012 des Drs F.\_\_\_\_\_, médecin-chef et K.\_\_\_\_\_, médecin-assistante au Service de radiologie de l'Hôpital de [...], a mis en évidence ce qui suit:

"[...]"

Description:

Présence d'une anomalie de transition avec 6 vertèbres à caractère lombaire et 5 vertèbres sacrées.

Pas de confirmation de la spina bifida occulta de L5 supposée à la radiographie.

Discarthrose pluri-étagée avec protrusions discales pluri-étagées sans hernie discale. Les deux derniers espaces inter-vertébraux sont pincés avec hernies de Schmorl.

Pas de lésion lytique ou condensante suspecte, pas de fracture ni de tassement .

Rétrécissements foraminaux droits pluri-étagés, non significatifs ainsi que de l'avant dernier espace gauche également non significatif. Pas de canal lombaire étroit.

Pas de lésion osseuse circonscrite suspecte, pas de fracture ni de tassement."

Le 18 décembre 2012, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin associé du Département de psychiatrie de l'hôpital de Prangins, en charge du suivi psychiatrique du recourant, dans un courrier adressé directement au médecin-conseil de l'intimé, rapporte un état dépressif important sans symptômes psychotiques affectant le recourant, sans plus amples précisions. Il indique avoir, depuis le début du suivi en octobre 2012, prescrit une prise en charge ambulatoire visant la mise en place, dans un second temps, d'un traitement "psychopharmacologique antidépresseur".

Dans sa duplique du 13 février 2013, l'OAI se rallie au point de vue exprimé par Drs L.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ du SMR dans un avis médical du 30 janvier 2013, lesquels retiennent l'indication d'un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique consensuel (auprès de la Dresse H.\_\_\_\_\_, associée à un médecin SMR rhumatologue) au vu des éléments de la sphère ostéo-articulaire et le temps qui les sépare de l'évaluation de 2005 ainsi que du contenu du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_. Il modifie donc les conclusions prises à l'appui de sa réponse du 2 décembre 2011 en ce sens qu'au vu des éléments médicaux apportés, la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) serait judicieux.

Par réponse du 26 février 2013, l'assuré déclare ne pas s'opposer à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Il suggère de faire appel à un centre d'expertise qui bénéficie des diverses spécialisations médicales nécessaires en proposant le CHUV, respectivement la PMU. Il s'oppose par contre à la désignation de la Dresse H.\_\_\_\_\_. L'OAI a reçu cette réponse et ne s'est plus prononcé.

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

**1. a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA et 69 al. 1 let. a LAI (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) compte tenu des fêtes estivales 2011 (art. 38 al. 4 let. b LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

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

**b)** Le litige porte en l'espèce, d'une part sur le droit du recourant à une rente d'invalidité pour la période postérieure au 31 mai 2003, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle et d'autre part, sur la question de savoir s'il a éventuellement droit à l'octroi de mesures professionnelles en regard de son handicap.

**3. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- a. 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;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pris naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40 % au moins (RO 2003 p. 3844). D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA; RO 1987 p. 449).

**b)** L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, 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). Ces dispositions reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1<sup>er</sup>

janvier 2003. Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même (cf. ATF 130 V 343 et 393). Cette définition implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient réaliser en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire dite «de comparaison des revenus» (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 347 consid. 3.3 ss.).

**c)** Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance- invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007, consid. 2; TFA I 554/2006 du 21 août 2006, consid. 3). En vertu de cette disposition, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b).

**d)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_657/2009 du 15 novembre 2010, consid. 4.1, 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2).

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 261 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 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, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C\_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

**e)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se

fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

**4.** Le droit au reclassement dans une nouvelle profession suppose que l'atteinte à la santé entraîne une perte de gain d'une certaine importance, soit une perte de gain durable de 20% environ dans toute activité exigible et qui ne nécessite pas une formation professionnelle complémentaire (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 110 consid. 2b; TF 9C\_576/2010 du 26 avril 2011, consid. 3.2, 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008, consid. 2.2 et 8C\_36/2009 du 15 avril 2009, consid. 4; TFA I 238/2000 du 2 novembre 2000; VSI 2000 p. 64 consid. 1; VSI 2000 p. 196; TAss VD du 28 octobre 1999, AI 90/99 - 37/2000). A noter qu'un taux égal ou supérieur à 20% n'ouvre pas automatiquement droit à des mesures professionnelles, dans la mesure où il y a lieu de prendre en compte les capacités d'apprentissage de l'intéressé, ses aptitudes et sa motivation en particulier ainsi que les professions qui lui sont ouvertes et qu'il pourrait exercer immédiatement sans réadaptation (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3 et 124 V 109 consid. 2a; TFA I 330/2005 du 25 janvier 2006).

Par reclassement, la jurisprudence entend, en principe, la somme des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et adéquates pour procurer à l'assuré une possibilité de gain équivalant à peu près à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a, 122 V 77 consid. 3b/bb et 99 V 35 consid. 2; TF 9C\_913/2010 du 20 juin 2011, consid. 3.3, 9C\_576/2010 du 26 avril 2011, consid. 3.3 et 9C\_644/2008 du 12 décembre 2008, consid. 3).

En règle générale, la personne assurée n'a droit qu'aux seules mesures nécessaires et propres à atteindre le but de la réadaptation visé mais non pas aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas. Car la loi ne garantit la réadaptation que dans la mesure où elle est à la fois nécessaire et suffisante. En outre, il doit exister une proportion

raisonnable entre le succès prévisible d'une mesure et son coût (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3, 124 V 108 consid. 2a et 121 V 258 consid. 2c; TF 9C\_534/2010 du 10 février 2011, consid. 3.1 et 9C\_290/2008 du 27 janvier 2009, consid. 2.1).

**5. a)** En l'espèce, on observe, sur le plan psychiatrique, une contradiction ressortant des pièces médicales au dossier. Au terme d'un rapport d'expertise du 24 février 2011, la Dresse H. \_\_\_\_\_ ne retient pas de diagnostic invalidant sur le plan psychique mais uniquement un syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue F17.25 (présent depuis 2007) sans répercussion sur la capacité de travail. Se basant sur un examen clinique et une lecture détaillée du dossier mis à disposition, cette spécialiste a notamment relevé qu'à compter de 2007, aucun suivi ni médicament n'avait été nécessaire, excepté quatre ou cinq consultations pratiquées à cette époque. Durant son entretien, le recourant lui a paru ponctuel, souriant, tonique sans aucune plainte spontanée sur le plan psychique. La Dresse H. \_\_\_\_\_ a par ailleurs relevé que nonobstant les algies relatées (douleurs au genou droit, au niveau du dos et depuis quelques mois au membre supérieur droit et derrière la tête), l'assuré avait conservé une vie familiale et sociale. Les douleurs alléguées étaient perçues comme des amplifications de symptômes. La Dresse excluait ainsi l'un après l'autre, les diagnostics invalidants de syndrome douloureux somatoforme persistant, de dysthymie et de symptôme compatible avec un état de stress post-traumatique, une psychose ou un trouble de personnalité. Le recourant bénéficiait par conséquent d'une capacité de travail entière, de l'avis de cet expert.

Le 18 décembre 2012, le Dr P. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis le mois d'octobre 2012, fait état de l'apparition depuis deux à trois ans d'une symptomatologie dépressive développée vraisemblablement dans un contexte familial difficile (la situation étant qualifiée de "désastreuse" par le recourant). En ajoutant à ce qui précède la persistance de plaintes algiques, le recourant a présenté un état dépressif important sans symptômes psychotiques. Dans ces circonstances, le Dr P. \_\_\_\_\_ a jugé médicalement justifié de mettre en œuvre, en premier

lieu un suivi ambulatoire tendant à faire reconnaître à l'assuré sa souffrance psychique ce qui une fois réalisé, devait permettre, dans un second temps, un traitement par antidépresseurs pour aider ou soulager le recourant.

A l'aune de ce qui précède, on doit admettre avec les médecins du SMR (cf. avis médical du 30 janvier 2013 des Drs L.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_) que le contenu du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ implique de procéder à un complément d'instruction dans la mesure où il fait mention d'un état dépressif important non délimité dans le temps avec précision et sans classification précise selon la CIM-10 quant à une éventuelle incidence sur la capacité de travail résiduelle du recourant.

**b)** Sur le plan somatique, respectivement rhumatologique, on dispose au dossier d'un rapport d'examen clinique SMR (Dr C.\_\_\_\_\_) du 9 janvier 2006. Ce médecin a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de gonalgies droites chroniques sur un status post-arthroscopie et résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne (M. 17.3). Rejoignant le point de vue de la CNA, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail totale du recourant dès le 5 février 2002 jusqu'à la fin février 2003. A partir de mars 2003, il considérait que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et de 75 % dans son activité habituelle.

Le 6 mars 2012, la Dresse E.\_\_\_\_\_, rhumatologue, pose les diagnostics de troubles statiques avec scoliose par probable asymétrie des membres inférieurs (flexum du genou gauche), anomalie transitionnelle et discopathies L4-L5 et L5-S1 mis en évidence à la suite de radiographies de la colonne lombaire effectuées le 9 septembre 2011. Un CT-Scan de la colonne lombaire du 8 mars 2012 met en évidence une discarthrose pluri-étagée avec protusions discales pluri-étagées sans hernie discale ainsi qu'un pincement des deux derniers espaces inter-vertébraux avec hernies de schmorl. Le moment de l'apparition de ces atteintes objectives n'est pas déterminé, pas plus que ne le sont leurs conséquences sur la capacité

de travail de l'assuré tant dans une activité adaptée que dans son ancienne activité professionnelle.

On doit admettre outre le fait qu'un long laps de temps (in casu plus de cinq ans) sépare l'examen SMR rhumatologique de la décision attaquée du 7 juillet 2011, que des atteintes ostéo-articulaires invalidantes ont été objectivées par un rhumatologue en mars 2012 sans plus amples précisions quant à leur survenance sur la personne du recourant. En tout état de cause, on doit admettre avec ce dernier que ces nouveaux éléments sont de nature à valablement rediscuter la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_ - ou à tout le moins de laisser subsister des doutes -, de sorte que la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur ce seul avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (TF 9C\_355/2011 du 8 novembre 2011, consid. 3.2.1 et les références).

**6. a)** Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par

l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd. n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° u 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170,

consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 5), l'instruction menée par l'intimé sur les plans psychiatrique et somatique (rhumatologique) est lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. De plus, les constatations médicales de l'intimé sur le plan somatique datent de cinq ans avant sa décision.

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) au sens de l'art. 44 LPGA qui devra notamment porter sur un nouvel examen global de l'état de santé du recourant et sur l'incidence précise des éventuelles affections invalidantes diagnostiquées sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Afin de mieux garantir une acceptation des résultats de cet examen et de l'expertise, l'OAI devra mandater, en privilégiant un choix consensuel des experts par l'assuré et l'OAI (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.1.3.3 et 3.4.2.6), d'autres médecins que ceux qui ont déjà participé jusqu'à présent aux examens.

**c)** S'agissant de la problématique du droit à d'éventuelles mesures professionnelles sous la forme d'un reclassement tel que le prévoit l'art. 17 LAI, la Cour de céans relève qu'à défaut de disposer en l'état des renseignements utiles afin de pouvoir statuer sur cette question, il appartiendra, après la mise en œuvre des mesures d'instruction complémentaire susmentionnées, à l'intimé de trancher ce point, soit d'examiner si les exigences légales en sont remplies.

**7.** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance- invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

**b)** Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, a droit à des dépens qui s'élèvent à 1'800 fr. à la charge de l'OAI qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 7 juillet 2011 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T.\_\_\_\_\_, la somme de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Antoine Eigenmann (pour T.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :