

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 novembre 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Pasche et M. Berthoud, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

R. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me David Parisod, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, originaire du Kosovo, en Suisse depuis 1989, sans formation, a été actif dans le domaine de la construction comme manoeuvre, en dernier lieu comme poseur de faux-plafonds.

Il a été victime de deux accidents en septembre 1989 et octobre 1992, affectant les membres supérieurs, notamment deux doigts de la main gauche (en 1989) et le genou droit (en 1992). Suite à cela, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), en tant qu'assureur-accidents, lui a versé depuis 1994 une rente d'invalidité de 25%, selon un jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 18 mai 1995 (AA 63/94 - 70/1995). L'assuré a repris un emploi.

Suite à la perte de son emploi, l'assuré a été mis, dès août 2007, au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage.

Le 22 février 2008, l'assuré a subi une nouvelle entorse du genou droit que la CNA a reconnue en tant que rechute de l'accident d'octobre 1992, raison pour laquelle elle a pris en charge les soins médicaux et versé des indemnités journalières. Le 29 août 2008, il a bénéficié d'une plastie du ligament croisé postérieur à droite. L'évolution a été caractérisée par la persistance de douleurs, l'assuré considérant que ses douleurs étaient plus intenses qu'avant cette intervention (cf. rapport d'examen du 3 février 2009 du Dr V. _____, médecin d'arrondissement de la CNA).

L'assuré a déposé en mars 2009 une première demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Comme atteinte à la santé, il a indiqué ses problèmes au genou droit suite à l'entorse subie le 22 février 2008.

b) Du 11 mars au 8 avril 2009, l'assuré a séjourné à la Clinique C._____. Dans le rapport établi le 20 avril 2009 par cette clinique (signé par le Prof. J.____ et la Dresse B.____), il est retenu une incapacité de travail de 100% dans la dernière profession de plâtrier et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes, sans activité contraignante pour les genoux (accroupies, montées-descentes fréquentes de pentes, terrains irréguliers de manière prolongée) et ne mettant pas très fortement à contribution le dos, cette dernière limitation en raison de lombalgies persistantes et d'une discopathie dégénérative débutante. La Clinique C._____ a, entre autres, retenu que concernant le genou droit, l'assuré déclarait que cela n'allait pas depuis l'opération d'août 2008, que toutes ses activités étaient restreintes; il mettait en avant des douleurs intolérables à 10/10 au moindre effort. Par ailleurs, il se plaignait notamment de ne pas pouvoir rester plus de 10 minutes assis et de ressentir parfois des blocages lors des mouvements de flexions répétées. Il déclarait avoir un handicap fonctionnel important à cause de la douleur du dos. Des lombalgies persistantes, de nature musculo-squelettique, non spécifiques, ainsi qu'une discopathie dégénérative débutante L4-L5 ont été diagnostiquées (cf. notamment rapports des Drs P._____ et M._____, spécialistes en médecine physique et réhabilitation à la Clinique C._____, du consilium de l'appareil locomoteur rachis du 27/31 mars 2009 et genou du 1^{er}/3 avril 2009; évaluation du 31 mars 2009 du physiothérapeute de la Clinique C._____, Q._____). Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22) a été posé. La réaction anxiodépressive n'était pas consécutive à un accident dont il a été victime, mais en relation avec les problèmes ophtalmologiques (perte de l'œil) de son fils cadet. Par ailleurs, le comportement démonstratif de l'assuré était évocateur d'une amplification de symptômes. Aucune réduction de la capacité de travail en raison de l'état psychique n'a été retenue (cf. aussi consilium psychiatrique du 26 mars 2009, rédigé en date du 9 avril 2009 par la Dresse W._____, spécialiste en psychiatrie de la Clinique C._____).

c) Sur la base du dossier de l'OAI et de la CNA, le Dr D._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a posé dans un rapport médical du 10 juin 2009 les diagnostics suivants : gonalgies droites post-traumatiques, lombalgies non spécifiques, et - sans influence sur la capacité de travail - un status post écrasement de la main gauche en 1989 ainsi que des troubles de l'adaptation. La capacité de travail était de 0% comme manœuvre de chantier et de 100% dans une activité adaptée. Il a indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges réguliers de plus de 15 kg, pas de station debout prolongée, pas de déplacements sur de longues distances et sur sol irrégulier, pas de montées/descentes régulières d'escaliers et pas de travaux en position accroupie/à genoux ou en porte-à-faux.

L'OAI a alors rédigé, en date du 7 juillet 2009, un projet de décision tendant au rejet de la demande de prestations AI, tout en proposant une aide au placement. L'assuré a formulé des objections en faisant valoir qu'il souffrait toujours lors de ses déplacements et lors de trop longues stations debout ou assises ; avec de tels problèmes, il ne pourrait jamais se faire engager ; il demandait une « réexpertise ».

Entre-temps, la CNA avait rendu le 17 juin 2009 une décision de maintien de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents à 25% et mettant fin au 31 mai 2009 aux indemnités journalières, versées depuis la rechute de février 2008, la situation étant superposable à celle qui prévalait en 1994 et l'assuré étant apte à travailler. La CNA s'est notamment basée sur le rapport précité de la Clinique C._____ et a déclaré qu'elle n'allait pas organiser une nouvelle expertise. Elle a confirmé ce point de vue par décision sur opposition du 12 août 2009, contre laquelle l'assuré n'a pas recouru.

d) Par décision du 11 décembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré conformément à son projet du 7 juillet 2009. Dans cette décision et une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a retenu que l'atteinte à la santé contre-indiquait l'exercice de

l'activité habituelle de l'assuré de monteur en faux-plafonds. L'OAI a intégralement repris les limitations fonctionnelles retenues dans l'avis du SMR du 10 juin 2009. Dans une activité respectant ces limitations, sa capacité de travail était de 100%. Vu que l'assuré n'avait pas repris de travail, l'OAI a déterminé le salaire d'invalidé sur la base des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique en appliquant les montants indiqués pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services ; TA 1, niveau de qualification 4). Par comparaison des revenus annuels de valide de 62'218 fr. 25 et d'invalidé de 55'996 fr. 40, ce dernier impliquant un abattement de 10% pour les limitations fonctionnelles, l'OAI a admis un degré d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente.

L'assuré n'a pas non plus recouru contre cette décision.

L'OAI lui avait proposé dès juillet 2009 une aide au placement que l'assuré n'a pas revendiquée par la suite.

B. a) Par formulaire signé le 12 décembre 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Au sujet de l'atteinte à la santé, il a expliqué qu'il avait été opéré en 2002 d'une hernie discale qui serait réapparue en 2010 (ch. 6.2 du formulaire). Il a joint à sa demande les documents suivants :

- certificat médical de novembre 2010 de la Dresse Z._____, médecin assistante en neurochirurgie auprès de l'Hôpital F._____, attestant une interruption de travail du 26 octobre au 7 décembre 2010 ;
- certificat médical, sans date, de la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne, attestant une incapacité de travail dès le 7 décembre 2010 avec durée probable jusqu'au 7 janvier 2011 ;
- rapport d'une IRM lombaire du 17 septembre 2010 du Dr K._____, de l'institut de radiologie de la Clinique T._____, adressé à la Dresse L._____ ; les conclusions de ce rapport sont formulées ainsi : « Hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane gauche responsable d'une

amputation de l'émergence de la racine S1 gauche sur la séquence myélographique. Discopathies aux deux derniers niveaux lombaires. » ;
- courrier du 11 novembre 2010, adressé à l'assuré par le secrétariat du Centre Universitaire Romand de Neurochirurgie, fixant un rendez-vous de contrôle pour le 23 décembre 2010.

Par courrier du 20 décembre 2010, l'OAI a demandé à l'assuré de produire dans un délai de 30 jours un rapport médical détaillé qui précisait entre autres le diagnostic, la description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré d'incapacité de travail et le pronostic.

En réponse à ce courrier, la Dresse L. _____ a informé l'OAI le 17 janvier 2011 que l'assuré souffrait d'une sciatalgie gauche avec syndrome irritatif sévère depuis le mois de septembre 2010 suite à une récurrence de hernie discale L5-S1 médiane et para-médiane gauche objectivée par l'IRM lombaire du 17 septembre 2010 pour lequel elle renvoie au rapport susmentionné du Dr K. _____. L'assuré était à l'arrêt de travail à 100% depuis le 13 septembre 2010 et ce pour une durée indéterminée. Il serait suivi à la consultation d'antalgie de l'Hôpital F. _____ le 26 janvier prochain et une nouvelle évaluation neurochirurgicale était prévue le 3 février 2011.

b) Dans un avis médical du 27 janvier 2011, les Drs N. _____ et X. _____, médecins auprès du SMR, ont retenu que sur la base des documents présentés une aggravation de l'état de santé de l'assuré avait effectivement été rendue plausible à compter du 13 septembre 2010. Ils ont préconisé de se procurer l'évaluation neurochirurgicale prévue le 3 février 2011.

D'un courrier du 4 février 2011 au sujet de ladite évaluation neurochirurgicale du Dr S. _____, chef de clinique adjoint auprès de l'Hôpital F. _____, Service de neurochirurgie, il ressort que l'assuré présente une radiculopathie irritative S1 gauche, présente depuis le mois de septembre 2010. Il existe un conflit disco-radriculaire en L5-S1, pouvant

expliquer les douleurs de l'assuré. En l'absence de déficit neurologique, il ne subsisterait actuellement pas d'indication neurochirurgicale urgente. En cas d'échec du traitement conservateur semi-invasif, une chirurgie d'exploration et de décompression de la racine de S1 gauche pourra être rediscutée. L'assuré serait opposé à une nouvelle chirurgie. L'assuré aurait un rendez-vous le 11 février 2011 auprès du Dr G._____ du Service d'antalgie de l'Hôpital F._____ pour une infiltration en L5-S1.

Suite à ce courrier, le Dr N._____ (SMR) a retenu, dans un avis du 25 février 2011, qu'il n'y avait pas de nouvelles limitations fonctionnelles que celles d'épargne du dos déjà définies dans le rapport SMR du 10 juin 2010 (recte : 2009 ; cf. ci-dessus let. A.c).

L'OAI a alors formulé, en date du 12 mai 2011, un projet de décision tendant au rejet de la nouvelle demande de prestations. L'assuré ne présentait pas de nouvelles limitations fonctionnelles. Celles concernant l'épargne du dos auraient déjà été prises en compte dans la décision du 11 décembre 2009 ; de plus, les douleurs s'amenderaient progressivement et aucune intervention n'était prévue.

c) Par courrier du 9 juin 2011, l'assuré s'est opposé à ce projet. Il a critiqué le fait que la précédente procédure AI, qui avait abouti à la décision de l'OAI du 11 décembre 2009, concernait des problèmes aux genoux, tandis que la présente demande « concerne des problèmes de dos ». Il a par ailleurs fait valoir qu'il était envisagé, qu'après une première opération en raison d'une hernie discale en 2002, il subisse une deuxième opération. A ce sujet, une décision serait prise après une consultation du 14 juillet 2011 auprès du Dr S._____. Dans un certificat médical joint à cet envoi et établi le 2 mai 2011, la Dresse L._____ a prescrit un arrêt de travail de cette date jusqu'au 12 juin 2011, à réévaluer par la suite. Dans une autre annexe, se trouvait une convocation de l'Hôpital F._____ au 14 juillet 2011 pour une IRM lombaire et une consultation ambulatoire auprès du Dr S._____.

L'OAI a alors adressé un nouveau formulaire pour rapport à la Dresse L._____, d'une part, et à l'Hôpital F._____, d'autre part.

d) En date du 12 août 2011, la Dresse L._____ a rempli ce formulaire dans lequel elle a notamment retenu qu'actuellement aucune activité n'était exigible, qu'une amélioration de la capacité de travail était « peu probable vu l'évolution depuis septembre 2010 » et qu'il y avait lieu de réévaluer ce point dans le cas d'une prise en charge chirurgicale. Elle a joint à son rapport divers documents médicaux de l'Hôpital F._____, dont 3 courriers du Service de neurochirurgie du 6 novembre 2010, du 29 décembre 2010 et, déjà cité ci-dessus, du 4 février 2011, ainsi que :

- courrier du 25 mars 2011 des Drs H._____ et G._____ du Service d'anesthésiologie adressé au Dr S._____, retenant que l'assuré se plaignait depuis le mois de septembre 2010 à nouveau de lombosciatalgies gauches dans le cadre de récurrences d'une hernie discale L5-S1 avec conflit de la racine S1 du côté gauche ; une infiltration péri-radriculaire L5-S1 gauche aurait été effectuée ; ce geste n'aurait eu des effets sur les douleurs que pendant deux jours.

- courrier du 7 juillet 2011 du Dr S._____ adressé à la Dresse L._____ avec le contenu suivant :

« Anamnèse intermédiaire

M. R._____ ne présente pas de nouveau déficit neurologique, il est toujours invalidé par une douleur irradiant au versant postérieur latéral de la cuisse et au versant inférieur et postérieur de la jambe ainsi que latéral du pied gauche.

Status

Le status neurologique est superposable à celui de février, sans signe d'atteinte motrice nouvelle. Le signe de Lasègue est toujours positif à 30° du côté gauche.

Conclusions, traitement et évolution

Ce patient présente donc une radiculopathie S1 gauche, invalidante. Le traitement conservateur bien conduit semble malheureusement ne pas être suffisamment efficace. J'ai reconsidéré avec M. R._____ la potentialité d'un geste neurochirurgical explorateur et décompressif sur la racine de S1. Ce jour il se montre un peu moins ambivalent et j'ai donc prévu de le revoir à court terme avec une nouvelle IRM lombaire, la dernière datant de plus de 6 mois. Au cas où celle-ci devait confirmer la persistance d'un conflit discal et

radiculaire, j'ai proposé formellement un geste chirurgical à M. R._____ et ne manquerai pas de vous tenir informé quant à mes futures considérations. »

D'un rapport du 20 septembre 2011 sur formulaire de l'OAI, signé par le Dr S._____, il ressort que l'assuré a été hospitalisé du 18 au 22 juillet 2011 au Service de neurochirurgie de l'Hôpital F._____, avec intervention chirurgicale le 19 juillet 2011. L'incapacité de travail comme ouvrier était de 100% du 18 juillet 2011 à ce jour ; la suite était à évaluer par le médecin traitant et le Service d'antalgie de l'Hôpital F._____. Il était difficile à ce jour de se prononcer sur l'exigibilité de la reprise d'une activité ; cela dépendrait de l'évolution. Les restrictions physiques étaient dues aux lombalgies qui se manifestaient par des douleurs. Selon l'annexe au formulaire principal, toutes formes d'activités (debout, assise, en différentes positions, accroupi, à genoux etc.) étaient « limitées actuellement par les douleurs. »

Dans un courrier du même jour adressé à l'OAI par la Dresse L._____, celle-ci a déclaré qu'elle avait revu l'assuré en consultation le 29 août 2011 lors de laquelle il aurait décrit une évolution défavorable des douleurs depuis la sortie de l'hôpital.

e) Suite à un avis du SMR du 23 février 2012, demandant une actualisation des informations médicales, l'OAI a adressé à la Dresse L._____ et à l'Hôpital F._____ des questions sur l'évolution de l'état de santé depuis septembre 2011 ainsi que sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. La Dresse L._____ a répondu le 5 avril 2012 en ces termes:

« Depuis septembre 2011, le patient se plaint de façon persistante de lombalgies invalidantes et de paresthésies du membre inférieur malgré les multiples traitements médicamenteux antalgiques [...], et une infiltration pratiquée en novembre 2011, également restée sans effet.

Une nouvelle IRM lombaire pratiquée le 13.10.2011 par le service de Neurochirurgie de l'Hôpital F._____ n'a pas montré de récurrence des hernies discales mais une inflammation des plateaux vertébraux L5-S1.

La capacité de travail dans son activité habituelle de poseur de plafond est de 0%.

La reprise d'une autre activité professionnelle n'est actuellement pas envisageable au vu de l'absence de réponse aux traitements proposés et du syndrome lombo-vertébral persistant. »

La Dresse A._____ du Centre d'antalgie de l'Hôpital F._____ a retenu, dans un rapport du 18 avril 2012, des lombosciatalgies gauches comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail existant depuis septembre 2010. Pour l'activité de manœuvre en bâtiment une incapacité de travail de 100 % était retenue. Au sujet d'une activité adaptée au handicap, il était indiqué « A voir avec les spécialistes ». Les restrictions physiques seraient une impotence de la jambe gauche et les lombalgies.

f) Dans un courrier du Dr E._____, médecin associé au Service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital F._____, adressé le 30 avril 2012 à la Dresse L._____, il était surtout question des problèmes de l'assuré au genou. Le médecin a notamment retenu ce qui suit :

« Marche avec une boiterie d'épargne à droite, et avec un manque de propulsion du pied gauche. [...] Mobilité du genou à 5-0-140°, a priori peu douloureuse. Autrement, le patient est passablement démonstratif pour tous les autres tests. Mobilisation de la hanche libre et indolore. Toutes les mobilisations lui causent des douleurs au niveau lombaires basses. Il présente une hyposensibilité dans le territoire de S1. [...]

[L'assuré] présente une évolution défavorable sur une instabilité multidirectionnelle du genou droit qui n'a pas bien répondu à une plastie du ligament croisé postérieur, que l'on doit actuellement considérer comme partiellement compétent. Néanmoins, la symptomatologie principale est la douleur et non pas l'instabilité. Le genou ne présente pas d'arthrose avancée et, dans ce contexte, je ne peux pas proposer de traitement chirurgical qui pourrait améliorer l'état du genou de [l'assuré]. Il n'y a donc surtout pas d'indication à se lancer dans une reconstruction multiligamentaire. A terme, le traitement sera une prothèse du genou de semi-contrainte, mais je reste un peu perplexe par rapport à la discrépance entre le bilan radiologique et les plaintes du patient. Vu les différents traitements chirurgicaux appliqués, je reste aussi sceptique par rapport au succès d'une intervention de telle importance. »

g) Sur demande de l'OAI, l'assuré lui a déclaré le 25 mai 2012 qu'il était suivi par le médecin psychiatre Dr I._____, la dernière consultation ayant eu lieu le 23 mai 2012. Dans un rapport sur formulaire de l'OAI du 25 juin 2012, ce médecin, qui suivait l'assuré depuis le 13

février 2012 et l'avait vu la dernière fois le 12 juin 2012, a retenu, comme diagnostics sur le plan psychiatrique, des « autres modifications durables de la personnalité F 62.8 ». Comme restrictions physiques ou psychiques, il a mentionné les douleurs multiples qui empêchaient l'assuré d'exercer une activité lucrative et qui se manifestaient par des limitations dans ses mouvements. Bien que le psychiatre retienne que l'activité de manœuvre de chantier n'était plus exigible, il ne se prononçait pas sur la question de savoir si une activité adaptée était possible. Dans une annexe au rapport, il expliquait que le travail psychiatrique visait un soulagement clinique et non pas un changement. Selon le psychiatre, l'assuré se dépeignait comme isolé, angoissé, nerveux, en colère contre tout le monde ; il exprimait des idées d'auto- ou hétéro-agressivité et décrivait des troubles du sommeil, sous forme de réveils nocturnes fréquents en raison de ses douleurs, des cauchemars à répétition (« du béton qui lui tombe dessus »), des oublis fréquents, des moments de désespoir. Il avait de la peine à faire des liens. Sous le titre « constat médical », le psychiatre a relevé ce qui suit :

« Homme de 45 ans, fruste, orienté aux trois modes, présentant un discours focalisé sur ses opérations et ses symptômes. Il présente une démarche boiteuse, accentuée au démarrage. Il exprime un sentiment d'impuissance face à ses difficultés, de colère face aux personnes qui n'arrivent pas à le comprendre. Incapacité d'introspection et d'élaboration. Passivité, délégation de son agressivité. »

h) Par courrier de son mandataire du 27 juin 2012 adressé à l'OAI, l'assuré a fait valoir qu'il n'était plus en mesure d'exercer une activité professionnelle, dans son métier ou dans une quelconque autre profession. Partant, il aurait droit à une rente entière de l'AI. Il renvoyait aux documents susmentionnés des Drs E. _____ et I. _____ ainsi qu'à un courrier d'une page que la Dresse L. _____ lui avait envoyé le 11 juin 2012. Celle-ci y déclarait que « sur la base des plaintes douloureuses exprimées par l'assuré et l'absence de réponse aux différents traitements proposés, la reprise d'une autre activité professionnelle n'est actuellement pas envisageable. » Il n'y aurait actuellement pas de nouvelles perspectives de traitement. Sur le plan psychique, elle notait comme diagnostic un état anxio-dépressif.

i) Par avis du 29 juin 2012, le SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, orthopédique et psychiatrique. Les Drs E._____, L._____ et I._____ ne se seraient pas prononcées sur la capacité de travail ou n'auraient pas argumenté leur avis à ce sujet. Dans cette mesure, le SMR a convoqué l'assuré le 8 août 2012 pour un examen médical prévu le 3 septembre suivant.

Avant cet examen, le mandataire de l'assuré a demandé des informations au Centre d'antalgie de l'Hôpital F._____. Les Drs H._____ et A._____ lui ont répondu par courrier du 28 août 2012 qu'une dernière consultation avait eu lieu le 18 avril 2012 pour remplir des documents à l'intention de l'AI, la précédente consultation s'étant déroulée le 2 novembre 2011. Différents traitements avaient eu lieu. On retient ce qui suit :

« Mon collègue avait signalé des plaintes de type lombosciatalgies gauches avec paresthésies du pied gauche, sans déficit moteur, apparues depuis septembre 2010. [...] Le 14 octobre 2011, le patient revient au Centre d'antalgie avec toujours des plaintes de type lombosciatalgies et des douleurs de type neuropathique au pied gauche. Il signale être en arrêt de travail à 100%. Du Lyrica a été ajouté à son traitement per os et nous proposons au patient d'essayer des infiltrations facettaires lombaires bilatérales au niveau L5-S1 puisque ceci est un geste un peu moins invasif que les infiltrations de racine et périurale (réd. : qui ont eu lieu les 11 et 25 février 2011 selon le présent courrier des médecins). Il est convoqué le 2 novembre 2011 pour ce geste, mais finalement adopte un comportement très oppositionnel, ce qui rend le geste impossible. En commun accord avec le patient, nous décidons d'arrêter les infiltrations et d'opter pour un traitement antalgique per os sous forme de Ponstan 3 x 500 mg/jour, Tramal et Lyrica. »

j) Suite à l'examen susmentionné du 3 septembre 2012, les Drs O._____ spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, et Y._____, psychiatre, médecins auprès du SMR, ont rédigé en date du 1^{er} novembre 2012 un rapport selon lequel la capacité de travail exigible de l'assuré était de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée depuis octobre 2011, soit deux mois après l'intervention du 19 juillet 2011. Ils n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Sur le plan somatique, ils ont précisé les limitations

fonctionnelles ainsi : « Travail sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges. Doit éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux. Doit éviter la position accroupie. Doit éviter de monter ou descendre les pentes et les escaliers. Doit éviter de marcher en terrain irrégulier. » Après une anamnèse et une description du status, les deux médecins concluent au sujet des diagnostics et de l'appréciation du cas à ce qui suit :

« Anamnèse psychosociale et psychiatrique

[...]

Sur le plan psychiatrique, lors de son hospitalisation à A.A. _____, un traitement antidépresseur a été introduit pour une réaction dépressive lié à la perte de l'œil de son fils. A la fin de son séjour, on lui a proposé un suivi spécialisé, l'assuré dit avoir laissé passer le temps et n'a pas suivi les conseils reçus. Il dit avoir reçu ces conseils parce qu'il n'arrive pas à supporter les gens, il peut s'énerver et crier.

En ce qui concerne son traitement actuel, l'assuré dit ne pas ressentir un effet, le but était qu'il soit un peu calme. Il ajoute qu'il est calme quand il est tout seul.

[...]

Plaintes actuelles

Genou droit : L'assuré se plaint d'avoir des gonalgies à D de caractère continu et d'intensité de 9/10 à l'échelle visuelle. Les douleurs augmentent lorsqu'il marche. Il a une sensation d'instabilité de son genou, mais il n'a pas eu de lâchage ou de blocage de son genou. Celui-ci est parfois tuméfié. Il peut marcher à plat 5 à 10 minutes, après quoi les gonalgies et les lombalgies augmentent d'intensité. La position assise est bien tolérée en ce qui concerne le genou.

Colonne vertébrale : en 2002, l'assuré a été opéré à l'Hôpital F. _____ pour une hernie discale L5-S1 avec un syndrome de la queue de cheval. L'évolution fut marquée par la persistance de lombalgies. Lors de son séjour en 2009 à la Clinique C. _____, des radiographies standard de la colonne lombaire ont montré des discopathies L4-L5 et L5-S1, plus marquées en L5-S1, s'accompagnant d'une discrète ostéophytose. Durant son séjour, le rachis a été évalué par le Dr M. _____, spéc. FMH en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie. Il a noté des discordances majeures et plusieurs symptômes et signes de non-organicité. A l'époque, il avait des lombalgies persistantes avec des blocages intermittents.

En septembre 2010, il a développé des sciatgies à G. Il consulte son médecin traitant, la Dresse L. _____. Une IRM lombaire a été effectuée le 17.09.2010, qui a mis en évidence une hernie discale L5-S1 médiane et para-médiane G avec probable conflit avec la

racine S1 G, ainsi qu'une discopathie L4-L5. L'assuré a été évalué par le service de neurochirurgie de l'Hôpital F._____. Il a consulté le service des urgences de l'Hôpital F._____ à plusieurs reprises. L'assuré est hospitalisé du 26.10 au 04.11.2010 dans le service de neurochirurgie de l'Hôpital F._____. Il n'avait pas de déficit sensitivomoteur. En l'absence de déficit neurologique, ils ont décidé de faire une infiltration radiculaire. L'assuré est vu par le Dr H._____ du service d'antalgie de l'Hôpital F._____. Il a effectué une infiltration péri-radriculaire L5-S1 G sous contrôle de radioscopie, le 23.03.2011. Ce geste a eu un effet positif sur les douleurs durant deux jours. Par la suite, les douleurs ont persisté. L'assuré a été alors hospitalisé à nouveau au service de neurochirurgie de l'Hôpital F._____. Il a bénéficié, le 19.07.2011, d'une hémilaminectomie L5-S1 G, adhésiolyse et foraminectomie S1 à G. L'évolution fut caractérisée par la persistance de douleurs. L'assuré a bénéficié d'un traitement de physiothérapie pendant deux mois. Les douleurs ont persisté.

Actuellement, l'assuré se plaint d'avoir des lombalgies de caractère continu d'intensité évaluée à 9/10 à l'échelle visuelle. Les douleurs le réveillent souvent la nuit. Elles augmentent lorsqu'il marche. Il peut marcher 5 à 10 minutes. Les douleurs augmentent lorsqu'il reste assis plus de 15 minutes.

[...]

Vie quotidienne

L'assuré habite dans un appartement de 4 pièces. Il se lève entre 07h00 et 08h00, il boit un café, s'installe devant la télévision ou peut sortir pour aller au bistrot, où il ne peut pas rester plus de 5 minutes, il n'arrive pas à tenir sur place. A midi, il peut ne pas manger. L'après-midi, il peut sortir marcher ou s'installer devant la télévision. Le soir, il mange entre 19h00 et 20h00 ou il peut ne pas manger. Ensuite, il peut regarder la télévision. Il va se coucher vers 21h00 ou 22h00. En ce qui concerne l'endormissement, des jours il peut d'endormir vite d'autres il peut ne pas s'endormir. Il décrit 3 à 4 réveils à cause de ruminations. Il décrit la présence de cauchemars, le thème c'est l'accident vécu, les cauchemars sont présents 3 à 4 fois par semaine.

[...]

Colonne vertébrale : il n'y a pas de trouble majeur de la statique vertébrale. Les flèches de Forestier sont de 5 cm en regard de C7, 0 cm en regard de D7, 5 cm en regard de L3 et 0 cm en regard du sacrum. Il y a une sensibilité exagérée à la pression, tant superficiellement qu'en profondeur. Lors des manœuvres simulées de pression axiale sur le crâne ou de rotation du buste, l'assuré décrit des douleurs. Lorsque l'on fait la manœuvre de Lasègue, il décrit des douleurs à partir de 60°. Il peut s'asseoir sur la table d'examen avec les jambes étendues. La distance doigts-sol est de 49 cm. La distance doigts-orteils en position couchée jambes étendues est de 27 cm. Les inclinaisons latérales de la colonne dorsolombaire sont de 30-0-30°. Elles ne sont pas harmonieuses, car elles s'effectuent de façon prédominante sur les segments dorsaux de la colonne. Les rotations de la colonne dorsolombaire sont de 20-

0-20°. En ce qui concerne la colonne cervicale, les rotations sont à 70°, symétriques, les inclinaisons latérales sont à 30° symétriques et la flexion-extension complète, avec une distance menton-sternum maximum de 15 cm, minimum de 3 cm. Il n'y a pas de contracture de la musculature paravertébrale.

Membres inférieurs : pas de trouble majeur du morphotype. Pas d'inégalité de longueur. Périmètre des cuisses mesurés à 15 cm des pôles supérieurs des rotules 49,5 cm à D et 52 cm à G. Périmètre des mollets mesurés à 15 cm des pôles inférieurs des rotules 36 cm à D et 37,5 cm à G. En ce qui concerne les hanches, leur mobilité est complète, symétrique et indolore avec une flexion-extension à 140-0-0°, rotations interne-externe 40-0-40°, abduction-adduction 50-0-50°. En ce qui concerne les genoux, à D les cicatrices opératoires sont calmes. Flexion-extension 130-0-0° avec distance talons-fesses de 23 cm. Il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire. Rabot rotulien négatif. Lachmann à arrêt dur. Tiroir postérieur ++. Battement interne en extension (+), en flexion de 30° (++) , signes méniscaux négatifs. Examen des chevilles et pieds dans la limite de la norme.

Status psychiatrique

L'assuré a été accompagné à la gare par son fils aîné, puis a pris le train seul. Tenue et hygiène soignées. L'assuré est tendu, il est facilement irritable. Pas de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire d'évocation. Absence de trouble du contenu de la pensée. L'assuré exprime une tristesse accompagnée des idées hétéro-agressives, il pense régulièrement à tuer quelqu'un, il ajoute : « ça vient comme ça ». Diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables. L'assuré a une dévalorisation de l'image de soi liée à sa santé et, en ce qui concerne l'avenir, il le voit tout en noir au vu de sa santé. L'appétit et la libido sont décrits comme étant diminués. Pas de symptomatologie anxieuse de type crise de panique déclenchée au cours de l'entretien.

Plaintes psychiatriques

L'assuré dit être fâché avec le corps médical, il dit ne pas le comprendre. Il ajoute qu'il a « trop de pression. »

[...]

DIAGNOSTICS

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***
 - GONALGIES PERSISTANTES À D. STATUS APRÈS PLASTIE DU LCA ET DU LCP. T 93.8.
 - LOMBALGIES CHRONIQUES SANS TROUBLES NEUROLOGIQUES MOTEURS. STATUS APRÈS CURE DE HERNIE DISCALE L5-S1. STATUS APRÈS ADHÉSIOLYSE ET FORAMINECTOMIE S1 À G. M 51.2.
 - STATUS APRÈS TRAUMATISME DE LA MAIN G AVEC ARTHRODÈSE DE L'ARTICULATION IPP DE L'AURICULAIRE.

- ***sans répercussion sur la capacité de travail***

- TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT LIÉS À L'UTILISATION D'ALCOOL, TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ OU DU COMPORTEMENT. F 10.71 »

APPRÉCIATION DU CAS

Sur le plan somatique, cet assuré de 45 ans, sans formation professionnelle particulière, ayant travaillé comme manœuvre dans la construction a eu une première entorse de son genou D en 1992 avec une lésion du LLI et du LCA. Il a bénéficié d'une plastie du LCA en 1993. L'évolution fut caractérisée par la persistance de douleurs. En février 2008, il fait une nouvelle entorse de son genou D. Une plastie du LCP a été effectuée en août 2008. L'évolution fut caractérisée par la persistance de douleurs et d'une sensation d'instabilité sans lâchages ni blocages du genou.

Lors de son séjour à la Clinique C._____ de A.A._____ en 2009, une capacité de travail complète dans une activité adaptée lui a été reconnue.

En 2002, il a eu une cure de hernie discale L5-S1 pour des sciatalgies à D, associées à un syndrome de la queue de cheval. L'évolution fut caractérisée par la persistance de douleurs. Lors de son séjour à la Clinique C._____, ils ont remarqué beaucoup d'autolimitations et un comportement douloureux. En septembre 2010, il a développé des sciatalgies à G, sans troubles neurologiques. Après échec de multiples traitements conservateurs et une infiltration, il a bénéficié, en juillet 2011, d'une hémilaminectomie L5-S1, adhésiolyse et foraminectomie S1 à G. L'évolution fut caractérisée par la persistance de douleurs lombaires et d'une hypoesthésie de la plante du pied G. Lors de cet examen, on met en évidence des signes de non-organicité selon Waddell (4/5). Sur le plan somatique, l'assuré ne peut plus exercer son métier de manœuvre dans le bâtiment. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est uniquement limitée par des douleurs. A noter que l'état actuel est similaire à celui décrit lors de son hospitalisation à la Clinique C._____ en 2009.

Sur le plan psychiatrique. L'anamnèse psychiatrique ne permet pas de constater une maladie psychiatrique sévère ou un trouble de la personnalité décompensé avant son hospitalisation à la Clinique C._____. Le consilium psychiatrique, fait par la Dresse W._____, a retenu un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive - F 43.22 (dont l'intensité est insuffisante même pour retenir un trouble dépressif léger, toujours selon la CIM-10), et, dans la discussion, la réaction anxiodépressive est liée aux problèmes ophtalmologiques de son fils cadet et non à l'accident dont il a été victime en février 2008 (entorse du genou droit). Un traitement de Sertraline® lui a été proposé et la Dresse W._____ est restée à disposition pour revoir le patient en cas de nécessité.

En outre, la Dresse W._____ signale une consommation compulsive d'alcool qui avait débuté depuis quelques mois, parallèlement à la symptomatologie anxiodépressive.

Début 2012, en suivant la proposition de suivi spécialisé fait à la SUVA, l'assuré est pris en charge par le Dr I. _____, psychiatre FMH (depuis le 13.02.2012). Le Dr I. _____ retient le diagnostic de modification durable de la personnalité (rapport médical du 25.06.2012), sur la base de cauchemars (accident de 1989). Une modification durable de la personnalité n'est pas retenue lors de l'examen de ce jour, malgré la présence de cauchemars dont il voit la scène de l'accident 3 - 4 x/semaine (du béton qui lui tombe dessus, entorse du genou), vu l'absence de flashbacks. En outre, une expérience traumatique dévastatrice ou un trouble mental sévère ne sont pas décrits ni mis en évidence par l'anamnèse pour pouvoir retenir ledit diagnostic (selon la CIM-10).

Lors de l'examen psychiatrique au SMR, l'assuré présente une irritabilité faisant partie du [diagnostic de] troubles mentaux et du comportement liés à la consommation continue d'alcool, et d'après l'anamnèse obtenue auprès de l'assuré, cette consommation doit être considérée comme étant primaire (selon la jurisprudence LAI) même si elle est secondaire aux problèmes ophtalmologiques de son fils et à la longue démarche assécurologique dans laquelle l'assuré se trouve.

En outre, l'examen psychiatrique n'a pas permis de constater une symptomatologie psychotique dépressive ou anxieuse. L'assuré exprime quelques éléments réactionnels à sa santé (tristesse, diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne ou les activités habituellement agréables, une dévalorisation de l'image de soi) mais ils sont insuffisants pour retenir un trouble mental spécifique. »

k) Dans un avis SMR du 15 novembre 2012, le Dr U. _____ a retenu ce qui suit :

« Suite à mon avis du 29.6.2012, un examen bidisciplinaire, orthopédique et psychiatrique, a été mis sur pied le 3.9.2012. L'incapacité de travail dans l'activité de manœuvre, déjà reconnue précédemment, est confirmée. Les lombalgies chroniques sans trouble neurologique après cure de hernie discale L5-S1 gauche entraînent des limitations fonctionnelles détaillées en p. 7 du rapport d'examen. L'examen psychiatrique ne montre pas de pathologie incapacitante de ce registre. L'irritabilité fait partie des troubles du comportement liés à la consommation d'alcool, considérée comme primaire. Au total, il est conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis octobre 2011 (2 mois après la dernière intervention). Nous nous rallions à ces conclusions. »

l) En date du 20 novembre 2012 et conformément à son projet du 12 mai 2011, l'OAI a alors rendu une décision par laquelle il a rejeté la demande de prestations au motif que l'assuré présentait toujours une capacité de travail raisonnablement exigible à 100% dans une activité

adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a renvoyé à l'examen clinique du SMR du 3 septembre 2012 qui avait pleine valeur probante. Il a proposé à l'assuré une aide au placement. Les écritures de l'OAI du 20 novembre 2012, tout comme le projet de décision du 12 mai 2011, ne contenaient pas de (nouveau) calcul du degré d'invalidité par comparaison des revenus de valide et d'invalidé.

C. Par acte de son mandataire du 21 décembre 2012, l'assuré a interjeté un recours auprès de la Cour de céans. Il conclut en substance, avec « suite de frais et dépens de première et seconde instances », à l'octroi d'une rente entière de l'AI avec effet au 12 décembre 2010 avec intérêt à 5% l'an dès cette date. Subsidiairement, il demande l'annulation de la décision du 20 novembre 2012 et le renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. À titre de mesure d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, « tant du point de vue physique que psychique ». Il a aussi requis la production par la CNA du dossier constitué auprès d'elle. Il a joint à son recours des documents qui faisaient déjà partie du dossier de l'OAI, dont notamment copie des rapports médicaux susmentionnés du 30 avril (Dr E. _____), 11 juin (Dresse L. _____), 25 juin (Dr I. _____) et 28 août 2012 (Dresse A. _____).

Par réponse du 12 février 2013, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il est d'avis que le rapport de l'examen SMR du 3 septembre 2012 a pleine valeur probante et que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire n'est pas nécessaire. Il a produit son dossier de 855 pages.

Par réplique du 20 mars 2013, l'assuré a confirmé ses conclusions et ses réquisitions de preuve.

Le juge instructeur a requis, le 27 mars 2013, auprès de la CNA la production de son dossier complet, ce dont les parties ont été informées. Elles ont eu l'occasion de consulter ce dossier (couvrant la

période de septembre 1989 à décembre 2012) et de s'exprimer à ce sujet (cf. courrier du tribunal du 15 mai 2013).

L'OAI a maintenu sa position par duplique du 10 juin 2013. Il en va de même des parties dans leurs écritures subséquentes respectives des 14 et 29 août 2013.

Par écriture du 26 février 2014, le juge instructeur a expliqué aux parties qu'il les informerait d'ici au mois d'avril 2014 au cas où il comptait mettre en œuvre une expertise judiciaire. Dans le cas contraire, le tribunal rendrait directement un jugement.

Par courrier du 2 octobre 2014, l'assuré a insisté sur sa requête de mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il n'était aujourd'hui toujours pas en mesure d'exercer une quelconque activité en raison de « ses troubles médicaux qui ont d'ores et déjà été établis ». Par courrier du 30 octobre 2014, le juge instructeur a informé les parties qu'il n'ordonnerait pas d'expertise judiciaire, sous réserve d'une appréciation différente de la Cour.

Dans la mesure utile, les arguments des parties seront repris par la suite.

E n d r o i t :

1. Le litige a trait à l'assurance-invalidité, donc à une assurance sociale.

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 (art. 1 al. 1 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 et 58 LPGA, 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, donc en l'espèce du canton de Vaud.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton selon 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard notamment la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière. Le recourant en tant que personne concernée par la décision attaquée a qualité pour recourir au sens de l'art. 59 LPGA.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le contexte d'une nouvelle demande de prestations.

a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives 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 au sens de l'art. 6 LPGA d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable,
- c) au terme de cette année, il est invalide au sens de l'art. 8 LPGA à 40% au moins.

Est réputée incapacité de travail, selon l'art. 6 LPGA, 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.

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.

b) L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité : un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Selon l'art. 28a al. 1 LAI, c'est l'art. 16 LPGA qui s'applique à l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, respectivement désirant en exercer une à plein temps sans invalidité. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

Lorsque, comme en l'espèce, la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 109 V 262 consid. 3). Si l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2, 343 consid. 3.5.2).

Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet toutefois pas de conclure à l'existence d'une aggravation qui justifierait une révision de la décision d'octroi ou de refus de rente. Car la procédure de révision selon l'art. 17 LPGA ne sert pas à remettre en cause une décision rendue suite à une appréciation divergente d'un état de fait qui n'a pas connu de modification notable (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b; SVR 1996 IV n° 70 p. 203 consid. 3a ; TFA I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

d.aa) Pour l'évaluation de l'incapacité de travail au sens des art. 6 LPGA et 28 LAI ainsi que pour savoir s'il y a eu une modification notable des circonstances, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_682/2013 du 25 février 2014 consid. 3.2.1).

Dans le domaine des assurances sociales, 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 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il appartient à l'assureur, respectivement au juge, de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références).

En procédure judiciaire, l'art. 61 let. c LPGA prévoit le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

d.bb) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). 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 et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont dûment motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; 135 V 465 consid. 4.7; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) a une pleine valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Toutefois, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2; 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est ainsi pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. En regard de ces règles, il est en principe admissible qu'un tribunal se fonde sur les preuves obtenues de manière correcte par l'assureur et renonce ainsi à sa propre procédure probatoire. Car, selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; 124 V 90 consid. 4b ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 V 157 consid. 1d ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées ; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

3. En l'espèce, le recourant déclare dans son recours que la nouvelle intervention chirurgicale sur les ligaments croisés du genou droit en 2008 avait entraîné des douleurs vives qu'il ressent encore aujourd'hui et qui l'empêchent d'exercer la moindre activité lucrative. En parallèle, il a ressenti des douleurs au niveau du dos et de la colonne vertébrale depuis l'intervention effectuée en 2002 pour une hernie discale. Ces maux ont progressivement évolué vers des douleurs vives et handicapantes qui persistent depuis lors. Cependant, sa première demande d'octroi d'une rente de l'assurance invalidité de mars 2009 a été rejetée par décision du

11 décembre 2009. Depuis lors, il a ressenti, en 2010, de nouvelles douleurs vives, consécutives à une hernie discale. Ces douleurs ont été accompagnées de maux particulièrement importants au niveau de la colonne vertébrale. Il a ainsi été opéré une nouvelle fois en 2011. A cela s'est encore ajoutée une évolution négative de la situation du genou droit qui engendre des douleurs et l'empêche de marcher normalement. Il souffre également de différents troubles psychiatriques qui trouvent en partie leur origine dans sa situation médicale difficile et dans les traumatismes engendrés par les nombreux accidents dont il a été victime. Il cumule ainsi différents troubles médicaux d'ordres physiques et psychiques qui ont pour conséquence une incapacité de travail totale. Il n'est pas en mesure de se déplacer librement, il ressent de vives douleurs en restant debout ou assis après une période de plusieurs minutes et il n'est pas en mesure de porter des charges. Les douleurs ressenties l'affaiblissent de manière supplémentaire par le fait qu'il se réveille fréquemment en pleine nuit.

L'OAI estimait donc à tort qu'il présentait toujours une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI ne pouvait reprendre telle quelle l'argumentation qu'il avait exposée dans son projet de décision du 12 mai 2011 sans tenir compte des nouvelles interventions subies depuis lors et des nombreux rapports médicaux établis qui confirmaient l'évolution négative de sa situation. Les différents avis médicaux établis par les thérapeutes l'ayant suivi concordaient tous au sujet de son incapacité de travail de 100%. L'OAI n'aurait par ailleurs pas pris en compte l'influence négative sur la capacité de travail du cumul des causes de ses troubles. De plus, il y aurait contradiction, lorsque la CNA admettait à tout le moins une incapacité de travail de 25% déjà en 1994, alors que l'OAI arrivait à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le principe même d'une activité adaptée était purement théorique, dès lors que les troubles médicaux dont il souffre « l'empêchent quasiment de produire un quelconque effort, ne lui permettent pas de porter des charges et sont incompatibles avec des situations lors desquelles [il] serait debout, respectivement assis au-delà de plusieurs minutes ». Il serait

manifestement impossible de trouver une activité qui pourrait raisonnablement être exigible de sa part en pratique.

Le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, car sa situation serait médicalement complexe par les multiples causes à l'origine de ses maux, mais également par l'interaction négative que provoquent les différents troubles, en se cumulant, sur la capacité de travail résiduelle.

4. L'OAI se fonde en premier lieu sur l'examen auquel les médecins du SMR ont procédé le 3 septembre 2012 et leur rapport du 1^{er} novembre suivant pour motiver le refus de rente AI.

a) Certes, la décision attaquée du 20 novembre 2012 est formulée quasiment de manière identique que le projet de décision du 12 mai 2011 soumis par l'OAI au recourant, bien que par la suite plusieurs médecins, dont notamment ceux du SMR, aient encore procédé à des examens ou appréciations avant que l'OAI ne rende ladite décision. Celle-ci ne doit toutefois pas déjà être annulée pour cette raison. L'OAI a en effet joint à sa décision une lettre d'accompagnement qui complète la motivation et dans laquelle il se réfère à l'examen du SMR, qui pour sa part tient compte des autres documents médicaux qui avaient été produits après l'envoi du projet de décision.

b) Ce rapport du SMR répond en outre à tous les réquisits de la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante. Il ressort dudit rapport qu'il se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant et qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée dans le rapport. La description du contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale sont claires et ne contiennent pas de contradiction. De plus, les experts ont dûment motivé leurs conclusions (cf. ci-dessus consid. 2.d.bb ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

c) Pour remettre en cause les conclusions du SMR, le recourant renvoie toutefois à l'appréciation que le Dr E. _____ avait adressée le 30 avril 2012 à la Dresse L. _____. Selon cette appréciation, le recourant présentait une évolution défavorable sur une instabilité multidirectionnelle du genou droit qui n'a pas bien répondu à une plastie du ligament croisé postérieur. Il y a toutefois lieu de rappeler que ce médecin a retenu que la symptomatologie principale était la douleur et non pas l'instabilité du genou. Ce médecin restait par ailleurs perplexe par rapport à la discrédence entre le bilan radiologique et les plaintes du recourant. De plus, ce dernier avait déjà mis en avant des douleurs intolérables à l'occasion des examens effectués en février et mars/avril 2009 par le Dr V. _____ et la Clinique C. _____. Il avait alors également fait valoir que l'évolution suite à la plastie du ligament effectuée en août 2008 avait été défavorable en ce qui concernait les douleurs. Par la suite, l'OAI avait rendu sa décision du 11 décembre 2009 entrée en force, selon laquelle le recourant pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui tenaient compte des problèmes aux genoux. Le recourant n'a ni expliqué, ni démontré ce qui aurait finalement changé au niveau des genoux par rapport à la situation avant ladite décision de décembre 2009. Selon le rapport d'examen du SMR de septembre 2012, le recourant peut toujours marcher 5 à 10 minutes, après quoi les gonalgies et lombalgies augmentaient d'intensité, et la position assise était bien tolérée en ce qui concernait le genou. De plus, le médecin traitant, la Dresse L. _____, qui connaissait notamment l'appréciation du Dr E. _____ puisqu'elle lui avait été adressée, n'a pas évoqué de problème du genou comme nouvelle cause pour une incapacité de travail, ni dans son rapport rédigé le 17 janvier 2011 à l'intention de l'OAI pour rendre plausible une aggravation de son état de santé par rapport à l'état antérieur à décembre 2009, ni dans celui du 12 août 2011 où la plastie ligamentaire du genou droit était indiquée comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, ni dans son dernier courrier du 11 juin 2012 auquel le recourant a renvoyé dans son recours. Elle se réfère bien plutôt à une sciatalgie et à des lombalgies. Par ailleurs, le recourant n'avait lui-même pas évoqué une aggravation par rapport à ses genoux lorsqu'il avait déposé sa deuxième demande de prestations AI. Encore à l'occasion

de son objection du 9 juin 2011 contre le projet de décision, il a insisté sur le fait que la demande actuelle concernait les problèmes de dos et non pas des genoux qui avaient fait l'objet de la procédure close par la précédente décision de l'OAI du 11 décembre 2009. Et comme déjà évoqué, cette décision tenait compte de limitations fonctionnelles dues notamment aux problèmes des genoux. Dès lors, l'appréciation du Dr E._____ ne jette pas de doute sur l'appréciation du SMR au sujet des membres inférieurs.

d) Le recourant évoque également que, dans son rapport du 25 juin 2012, le Dr I._____ avait posé le diagnostic d'« autres modifications durables de la personnalité F 62.8 ». Cependant, ce médecin n'a retenu qu'une incapacité de travail pour l'activité habituelle et, malgré la question explicite, ne s'est pas prononcé sur une activité adaptée. De plus, il fondait l'incapacité de travail pour l'activité de manœuvre de chantier uniquement sur les douleurs somatiques qui limitaient le recourant dans ses mouvements et non pas sur des problèmes psychiques. Le psychiatre traitant n'a donc pas retenu d'incapacité de travail totale dans toutes activités, et encore moins en raison de problèmes psychiques. Son constat médical (cf. ci-dessus let. B.g) et ses explications ne permettent en définitive pas non plus de conclure à une telle incapacité de travail. Par ailleurs, les médecins du SMR décrivent de manière convaincante pourquoi il n'y a pas lieu de retenir un trouble mental spécifique et le fait que les troubles du comportement (telle que l'irritabilité) étaient liés à la consommation continue d'alcool. Ils expliquent de la même manière pourquoi une modification durable de la personnalité ne pouvait pas être retenue. Ils évoquent à cette occasion autant le rapport psychiatrique de la Clinique C._____ que celui du Dr I._____. Par ailleurs, il sera relevé que le recourant n'a fait état de cauchemars en relation avec la chute de béton sur lui qu'en 2012, alors que cela concerne un accident de 1989 – donc de largement plus de 20 ans – lors duquel il avait été blessé aux membres supérieurs. A l'occasion de l'examen psychiatrique à la Clinique C._____ de 2009 il n'avait rien mentionné à ce sujet et lors des procédures en AI il n'a pas non plus évoqué des douleurs ou problèmes persistants aux membres supérieurs,

respectivement suite à l'accident de 1989. En 2009, il avait uniquement évoqué une réaction anxiodépressive suite aux problèmes ophtalmologiques de son fils cadet. Le Dr I._____ n'évoque ni l'appréciation de la Clinique C._____, ni la consommation compulsive d'alcool de l'assuré, ni les problèmes ophtalmologiques de son fils, bien que ces deux derniers points aient déjà été évoqués par la Clinique C._____ et que le problème d'alcool persiste. Dans cette mesure, il ne peut être conféré une valeur probante à son rapport. Celui-ci ne permet pas non plus de remettre en doute l'appréciation du SMR au sujet des effets de l'état psychique sur la capacité de travail. Par ailleurs, il sera une fois de plus rappelé que le recourant avait évoqué uniquement des problèmes de dos à l'occasion de sa nouvelle demande de prestations AI et de ses objections contre le projet de décision de juin 2011.

e) Le recourant renvoie également au courrier que les Drs A._____ et H._____ du Centre d'antalgie de l'Hôpital F._____ ont adressé à son mandataire en date du 28 août 2012. Ces médecins se sont toutefois exprimés uniquement sur différents traitements entrepris ou suggérés pour soulager les douleurs que le recourant faisait valoir. Ils mentionnent que le recourant s'est opposé à des infiltrations facettaires lombaires et indiquent le traitement antalgique par médicament pour lequel il avait finalement opté. Les experts du SMR ont repris cette médication, sans conclure à une incapacité de travail en raison de celle-ci ou des douleurs en cause. Bien que les Drs A._____ et H._____ aient été conscients qu'ils rédigeaient leur écriture pour être introduite dans la procédure AI, ils n'ont pas retenu d'incapacité de travail. Déjà à l'occasion de leur rapport à l'intention de l'OAI du 18 avril 2012, le Centre d'antalgie ne s'était pas prononcé sur une capacité de travail dans une activité adaptée. Il s'était contenté de retenir une incapacité de travail totale dans l'activité de manœuvre en bâtiment, constatation qui a aussi été faite par les experts du SMR. Concernant une activité adaptée, les médecins du Centre d'antalgie renvoyaient aux « spécialistes ». Ils n'excluaient donc pas d'entrée toutes activités lucratives. Ils évoquaient juste des restrictions physiques consistant en une impotence de la jambe gauche et des lombalgies, ce dont le SMR a tenu compte notamment en retenant

diverses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, le recourant n'a plus consulté ce centre pour un traitement depuis début novembre 2011, alors que les médecins avaient rédigé leurs écritures le 28 août 2012. Les appréciations des médecins du Centre d'antalgie ne remettent donc pas en question les conclusions du SMR.

f) Le recourant se réfère en particulier au courrier que son médecin traitant, la Dresse L._____, a adressé le 11 juin 2012 à son mandataire. Selon ce médecin, malgré de multiples traitements médicamenteux antalgiques qui n'ont subjectivement apporté aucun soulagement, de même qu'une infiltration péri-radiculaire pratiquée en novembre 2011, il persistait actuellement des lombalgies invalidantes. La capacité de travail dans l'activité habituelle de poseur de plafond était nulle. Sur la base des plaintes douloureuses exprimées par le recourant et l'absence de réponse aux différents traitements proposés, la reprise d'une autre activité professionnelle n'était actuellement pas envisageable. Il n'y avait actuellement pas de nouvelle perspective de traitement.

Contrairement au rapport d'examen du SMR, les divers documents présentés par la Dresse L._____ ne contiennent toutefois pas d'étude circonstanciée des points litigieux. Ce médecin se base en première ligne sur les plaintes exprimées par le recourant, sans les exposer avec toutes leurs particularités - au contraire des experts du SMR - et ne discute pas non plus en détail comment et pourquoi celles-ci empêchent toute activité du recourant. Dans son rapport à l'attention de l'OAI du 12 août 2011, où il était explicitement demandé une énumération des restrictions physiques, la Dresse L._____ s'est contentée de retenir de manière très générale une « limitation marquée de la mobilité », sans donner d'autres précisions. Et lorsque l'OAI lui a demandé par courrier du 6 mars 2012 une actualisation notamment au sujet des limitations fonctionnelles, la Dresse L._____ n'a rien indiqué de précis à ce sujet, mais s'est contentée de répondre que le recourant « se plaint de façon persistante de lombalgies invalidantes et de paresthésies du membre inférieur » (réponse du 5 avril 2012). Dans ce contexte, il doit aussi être relevé que la Dresse L._____ n'est, contrairement à l'expert du SMR, pas

spécialiste en orthopédie et traumatologie, mais spécialiste en médecine interne. En définitive, elle est la seule qui a retenu une incapacité de travail entière dans toute activité. Aucun médecin traitant auprès de l'Hôpital F._____ n'a déclaré dans un rapport remis à l'OAI qu'une activité adaptée n'était plus envisageable ou - au-delà des limitations fonctionnelles - que de manière restreinte.

Au sujet des plaintes, voire des douleurs exprimées par le recourant, le SMR a à juste titre exposé que l'état actuel était similaire à celui décrit lors de l'appréciation par la Clinique C._____ en 2009. Certes, le recourant a déclaré qu'à l'époque, en 2009, il s'agissait d'une rechute au niveau du genou qui avait provoqué la demande de prestations AI, tandis que l'actuelle demande de prestations était due à ses problèmes de dos. Mais le recourant faisait déjà valoir en 2009 face à la Clinique C._____ un handicap fonctionnel important à cause de douleurs du dos, ne pouvant pas tenir assis plus de 5 à 10 minutes, devoir se coucher sur un canapé et avoir des douleurs nocturnes occasionnelles, raisons pour lesquelles sa situation avait déjà été évaluée également au niveau du dos (cf. rapport de consilium du Dr M._____ de la Clinique C._____ du 27/31 mars 2009). Dans cette mesure, au niveau des douleurs en position assise, il y a même une certaine amélioration par rapport aux plaintes exprimées en 2009, puisque le recourant a déclaré face au SMR que les douleurs n'augmentaient que lorsqu'il restait assis plus de 15 minutes.

Ainsi, il n'est pas critiquable que le SMR ait retenu pour l'essentiel les mêmes limitations fonctionnelles qu'en 2009. En définitive, seul le port de charges, limité dans un premier temps à 15 kg, a été reformulé en 2012 dans le sens que des charges moindres sont également exclues, sans que le maniement d'objets légers soit pour autant exclu. Cela ne change donc rien aux facultés du recourant à exercer une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire. Dès lors l'appréciation de la Dresse L._____ ne remet en définitive pas non plus en question les conclusions du SMR qui sont convaincantes. Il sera pour le surplus rappelé que la Dresse L._____ est médecin traitant du recourant et peut ainsi

être enclin à prendre parti pour lui en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée.

g) Au vu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire n'est, selon une appréciation anticipée des preuves, pas nécessaire. La demande du recourant à ce sujet doit donc être rejetée. Un assuré n'a pas de droit inconditionnel à une surexpertise ou expertise judiciaire. Les autorités ainsi que les tribunaux peuvent donc se baser sur l'expertise du SMR, d'autant plus qu'en l'espèce il n'y a pas d'éléments suffisants à éveiller des doutes sur la fiabilité, pertinence et la validité des constatations des médecins du SMR (cf. ci-dessus consid. 2.d.bb in fine avec les références citées; TFA I 674/99 du 25 octobre 2000 let. C et consid. 2a). Certes, le recourant fait valoir que des troubles psychiques et physiques s'additionnent et interagissent, ce qui rendrait une expertise pluridisciplinaire nécessaire. Cependant, l'examen du SMR a été effectué conjointement par deux experts de différents domaines qui ont procédé à une évaluation globale et ont ainsi justement pu tenir compte des interactions des différents troubles, tant sur le plan somatique que psychique.

h) Compte tenu de l'appréciation convaincante du SMR du 3 septembre/1^{er} novembre 2012, qui a, comme déjà retenu, valeur probante, le recourant ne présente pas une modification de son incapacité de travail notable et ne subit ainsi pas non plus une modification notable de son taux d'invalidité par rapport à la situation tranchée par la première décision de décembre 2009 de l'OAI entrée en force.

Le recourant fait encore valoir que la CNA lui avait reconnu un taux d'invalidité de 25% pour les suites de ses accidents, tandis que l'OAI n'admettait un taux d'invalidité qui n'atteint même pas ce chiffre. Certes, contrairement à l'avis de l'OAI, le taux de 25% n'avait pas été fixé à l'occasion d'une transaction, raison pour laquelle la jurisprudence que l'intimé cite à ce sujet pour nier d'être lié par l'appréciation de l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 2b ; 112 V 174 consid. 2a) n'est pas applicable. Cependant, à l'argument du recourant il faut, d'une part,

opposer que le taux d'invalidité de 25% en assurance-accidents avait été reconnu pour la première fois en 1995 et suite à la rechute de 2008, l'assurance-accidents l'ayant maintenu par décision du 17 juin 2009 et décision sur opposition du 12 août 2009. Par décision du 11 décembre 2009, l'OAI avait retenu un taux de 10%. Cette décision est entrée en force. Le recourant, qui connaissait alors déjà le taux fixé en assurance-accidents, ne peut donc pas demander par le moyen d'une révision ou reconsidération de revoir son cas compte tenu du taux divergent qui avait été fixé en assurance-accidents avant la première décision de l'OAI. D'autre part, et comme l'a retenu l'OAI, ce dernier n'est pas lié par l'évaluation de l'assurance-accidents, d'autant plus qu'il a finalement procédé à sa propre instruction au niveau médical notamment par l'examen du SMR (cf. ATF 133 V 549 ; 131 V 362). Enfin, le taux de 25% avait été fixé à l'origine par l'assurance-accidents pendant la première partie des années nonante en tenant compte de la situation d'alors, tant en ce qui concerne l'état de santé de l'assuré, que ses possibilités de revenu et de la pratique alors applicable (cf. jugement cité AA 63/94 du 18 mai 1995). Cette situation n'a pas à être réévaluée pour la présente procédure en AI et peut diverger de la pratique et des circonstances qui prévalent aujourd'hui à ce sujet.

5. Le recours s'avère donc mal fondé et doit être rejeté, la décision de l'OAI du 20 novembre 2012 étant confirmée.

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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge du recourant, qui n'a pas obtenu gain de cause. Pour cette même raison, le recourant n'a pas non plus droit à des dépens (cf. 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 20 novembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de R. _____, qui succombe.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me David Parisod, avocat (pour R. _____),
- 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).

Le greffier :