

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 novembre 2014

---

Présidence de       Mme     DESSAUX  
Juges     :       MM. Merz et Bonard, assesseur  
Greffier       :       M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à A.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat auprès de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 et 44 LPGA ; 87 al. 2 et 3 RAI**

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

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, marié et père de deux enfants nés en 1994 et 1996, originaire du Portugal, est entré en Suisse en 1990. Il est au bénéfice d'une autorisation de séjour (B). Sans formation professionnelle, il a travaillé dès le 28 mai 2001 en tant qu'ouvrier - monteur de fenêtres au service de l'entreprise U.\_\_\_\_\_ SA. Le dernier jour de travail effectif a été le 23 décembre 2005.

Le 27 juillet 2006, l'assuré a déposé, par l'intermédiaire du Dr R.\_\_\_\_\_, aujourd'hui médecin-chef au service de médecine physique et rééducation à l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_ et médecin traitant depuis janvier 2004, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI), tendant à l'octroi de diverses mesures professionnelles (orientation professionnelle, reclassement dans une nouvelle profession et rééducation dans la même profession) ainsi que d'une rente. Il était fait état d'une spondylarthrite ankylosante et d'un psoriasis cutané, existant tous deux depuis la fin de l'année 2003. Le médecin prénommé a fixé le début de l'incapacité totale de travail au 6 janvier 2006.

Procédant à l'instruction de la cause, l'administration a recueilli divers renseignements, notamment d'ordre médical. A la suite d'un avis médical du 24 juin 2009 du Dr B.\_\_\_\_\_, médecin rattaché au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), l'office AI a diligenté une expertise rhumatologique afin d'obtenir une estimation aussi objective que possible de la capacité de travail médicalement exigible de l'assuré. Elle a été confiée au Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Dans son rapport du 31 août 2009, il a posé les diagnostics suivants affectant la capacité de travail : lombalgies chroniques (M 54.1) avec probable spondylarthropathie indifférenciée et discopathies L3-L4 et L4-L5 débutantes. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une obésité (BMI à 33) (E 66.9) et un tabagisme chronique (F 17.1). Il a

considéré que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans un avis du 23 octobre 2009, le Dr B.\_\_\_\_\_ a entériné les conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_.

L'office AI a rendu, en date du 12 mai 2010, une décision déniait le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Se référant à l'expertise rhumatologique du Dr J.\_\_\_\_\_, il a considéré que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait plus d'exercer son activité habituelle d'ouvrier d'usine. Il a en revanche estimé qu'une pleine capacité de travail était raisonnablement exigible dès le mois de janvier 2006 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : possibilité de changement de position plusieurs fois par heure, pas de port de charges excédant 10 kg et pas de maintien en porte-à-faux du rachis.

N'ayant pas été contestée, cette décision est entrée en force.

**B.** Le 29 mai 2012, V.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en faisant valoir comme atteintes à la santé une maladie de Bechterew ainsi qu'un bégaiement et un tremblement, tous deux qualifiés de sévères. Il a précisé que le bégaiement existait depuis la naissance. L'administration a traité cette requête comme une demande de révision.

Le 20 juin 2012, le Dr R.\_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'office AI une lettre dans laquelle il relevait que la situation de l'assuré s'était péjorée ces trois dernières années avec des douleurs de plus en plus invalidantes et des synovites plus marquées. A son avis, l'incapacité de travail était complète dans l'activité habituelle. Il estimait qu'il n'y avait pas non plus de capacité résiduelle dans une profession adaptée et que les possibilités de réadaptation étaient nulles compte tenu des problèmes rhumatologiques avec une atteinte axiale et périphérique associée à un tremor et un bégaiement majeurs et invalidants. Il concluait son appréciation en qualifiant le pronostic de mauvais et en soulignant l'absence d'alternative thérapeutique, l'intéressé ayant essayé sans

succès tous les traitements disponibles sur le marché. Le Dr R.\_\_\_\_\_ demandait par conséquent un réexamen du droit aux prestations en fonction de ces éléments.

Dans un rapport du 5 novembre 2012 à l'office AI, le Dr R.\_\_\_\_\_ a précisé les considérations contenues dans sa lettre du 20 juin précédent. Il a posé les diagnostics de spondylarthrite ankylosante, bégaiement idiopathique sévère et invalidant, tremor essentiel majeur et coxarthrose bilatérale débutante. Il a également mentionné une arthrite périphérique avec synovites des coudes, des phalanges métacarpiennes, des poignets et des genoux. On extrait encore les passages suivants de son rapport :

« Le pronostic est mauvais. La maladie rhumatologique est sévère avec une atteinte axiale aussi bien du rachis cervical, dorsal que lombaire, et une atteinte périphérique inflammatoire touchant les coudes, les poignets, les mains, les genoux, les chevilles et les épaules, alors qu'il existe aussi une coxarthrose débutante. Le patient est résistant aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, aux traitements de fond conventionnels et aux traitements biologiques, y compris tous les anti-TNF disponibles sur le marché, l'Orencia et l'Actemra. Actuellement, je n'ai pas d'alternative raisonnable à lui proposer chez un patient qui reste au bénéfice d'un simple traitement d'anti-inflammatoire non stéroïdien avec protection digestive.

(...)

Patient qui est incapable d'exercer son ancienne activité. Malheureusement, il n'existe pas d'activité adaptée chez un patient qui présente une atteinte axiale et périphérique dans le cadre d'un rhumatisme inflammatoire avec une atteinte des coudes, des poignets, des doigts, des genoux, des chevilles et des hanches. Cette atteinte est encore péjorée par un tremor important rendant toutes les manipulations impossibles et par un bégaiement invalidant et majeur rendant tout travail nécessitant un contact avec un interlocuteur simplement impossible. »

Le Dr R.\_\_\_\_\_ a écrit en guise de conclusion que l'assuré présentait une incapacité de travail complète, sans possibilité de capacité résiduelle dans une activité adaptée quelconque.

Ayant constaté qu'il existait sur le plan clinique des faits nouveaux, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin rattaché au SMR, a préconisé dans un

avis médical du 17 mai 2013 une expertise rhumatologique auprès du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie.

Déposé le 4 novembre 2013, le rapport de l'expert contient un résumé des documents médicaux et administratifs au dossier (pp. 3-7), rend compte des documents recueillis par l'expert à la suite de divers examens effectués entre 2011 et 2013 (radiographie du bassin et de la colonne lombaire [face et profil] du 22 juin 2011, examen de liquide de ponction articulaire [genou droit] du 12 septembre 2012 et IRM du genou droit du 16 avril 2013) (p. 7), puis sous l'intitulé « questions cliniques », évoque diverses questions telles que l'anamnèse de l'assuré, ses antécédents médicaux et le status ostéoarticulaire (pp. 8-11). L'expert a ensuite posé avec effet sur la capacité de travail le diagnostic de spondylarthrite ankylosante HLA B27 positif (M 45), existant depuis 2006. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une obésité (E 66) et un psoriasis cutané (L 40). L'expert s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation clinique » :

« (...)

Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante a été posé en 2004.

En 2009, on parle de rhumatisme psoriasique.

Cette même année, lors d'une expertise, le Dr J. \_\_\_\_\_ remet en question ces deux diagnostics. Il ne retrouve aucune atteinte de psoriasis, ni d'arthrite. L'examen clinique est dans la norme. Il parle de spondylarthropathie indifférenciée et retient une capacité de travail entière dans une profession adaptée.

Par la suite, le rhumatologue traitant persiste dans son diagnostic en produisant le résultat d'un scanner des sacro-iliaques mettant en évidence une sacro-iliite.

Pour terminer, dans le cadre de cette expertise, nous avons dosé le HLA B27 qui est positif.

Face à ces deux éléments cliniques (sacro-iliite et HLA B27 positif) je retiens le même diagnostic que le Dr R. \_\_\_\_\_ soit une spondylarthrite ankylosante HLA B27 positive.

Par contre, je n'ai pas trouvé d'arthrite périphérique, malgré la présence de lésions de psoriasis au niveau des deux pieds.

L'examen clinique peut être considéré dans la norme.

Il n'y a pas de signe inflammatoire ni de raideur (l'examen a été fait le matin).

La revue des images du scanner démontre la présence d'une sacroiliite chronique (sclérose avec peu d'érosions) et non aiguë.

L'absence de raideur à l'examen, les images du scanner me permettent de penser que la spondylarthrite ankylosante est actuellement dans une période de rémission.

La capacité de travail est de 0% dans son activité de poseur de fenêtre, mais elle est de 100% dans une activité adaptée et ceci depuis le jour de l'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ (mon examen clinique et mes constatations sont les mêmes que celles de cet expert).

[Suit l'énoncé des limitations fonctionnelles retenues]

Pour terminer, j'aimerais porter à votre attention le fait suivant.

A la fin de l'expertise, alors que je raccompagnais Monsieur, sa femme qui l'attendait me demande un certificat pour son travail prouvant qu'il avait dû s'absenter pour l'expertise.

Devant mon étonnement, Monsieur prend le bras de sa femme et sort rapidement de mon cabinet.

Il est donc probable que Monsieur travaille. Vous devriez enquêter sur ce fait. »

Répondant aux questions posées, l'expert a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg, possibilité de changer de positions toutes les 45 minutes, pas de position debout statique et pas de mouvements répétés en flexion du rachis. L'activité habituelle de poseur de fenêtres n'était plus exigible.

Se prononçant dans un avis médical du 13 novembre 2013 sur les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a fait siennes ces dernières, les estimant justes et convaincantes. Il a relevé que la situation apparaissait inchangée depuis l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2009.

Par décision du 24 janvier 2014, l'office AI a nié le droit de l'assuré à une mesure de reclassement ainsi qu'à une rente, au motif qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a ajouté que l'examen de la nouvelle demande

de prestations n'avait pas objectivé une modification de la situation, de sorte que la décision du 12 mai 2010 devait être confirmée.

**C.** Par acte du 20 février 2014, V. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en demandant qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée. A titre de motivation, il a joint un rapport médical du Dr R. \_\_\_\_\_ du 24 décembre 2013 à l'intention de l'office AI. Ce médecin faisait en premier lieu état du préjugé négatif manifesté par le Dr M. \_\_\_\_\_ à l'endroit du recourant, en cherchant à faire passer ce dernier pour un simulateur. Selon le Dr R. \_\_\_\_\_, la remarque figurant à la fin du rapport d'expertise était de nature à disqualifier l'intégralité du travail du Dr M. \_\_\_\_\_. Sur le fond, le Dr R. \_\_\_\_\_ s'est étonné du fait que si le diagnostic de spondylarthrite ankylosante HLA B27 avait été retenu, plusieurs pathologies avec une répercussion définitive sur la capacité de travail n'avaient pas été diagnostiquées : lésion sévère du ménisque, bégaiement majeur et invalidant ainsi qu'un tremor essentiel majeur, incapacitant dans les gestes fins. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a aussi relevé une méconnaissance flagrante des critères d'évaluation de la spondylarthrite ankylosante, ajoutant qu'il n'y avait aucune évidence dans la littérature d'une corrélation quelconque entre une rémission et des images scannographiques ou l'absence de raideur à l'examen physique. Pour ces raisons, le Dr R. \_\_\_\_\_ a fait savoir qu'il ne pouvait se rallier à l'évaluation de la capacité de travail effectuée par le Dr M. \_\_\_\_\_, au regard des limitations majeures dont l'assuré est atteint. Selon le Dr R. \_\_\_\_\_, celui-ci ne peut pas exécuter de travail fin ni interagir avec autrui oralement ; il ne peut pas non plus porter de charges ni se déplacer ni encore rester en station debout ; il souffre par ailleurs d'un rhumatisme inflammatoire actif et nullement en rémission, malgré un examen au CT normal. A son avis, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité.

Par décision du 26 février 2014, le magistrat instructeur a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 février précédent. Il était exonéré du paiement d'avances, de frais judiciaires

ainsi que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Jean-Marie Agier lui a été désigné.

Dans sa réponse du 7 avril 2014, l'intimé propose le rejet du recours. Il se réfère à un avis médical du SMR du 31 mars 2014, dans lequel le Dr D.\_\_\_\_\_ relève que le certificat du Dr R.\_\_\_\_\_ du 24 décembre 2013 n'apporte aucun élément nouveau. En outre, il se fonde sur des critères bio-psycho-sociaux, lesquels ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. Rappelant que le Dr M.\_\_\_\_\_ n'a pas trouvé d'atteinte périphérique et que son examen clinique était dans la norme sans signe inflammatoire, ni raideur, il ne voit pas pourquoi une capacité de travail, même médicothéorique, ne pourrait pas être reconnue à l'assuré dans une activité sédentaire à semi-sédentaire, en position assise, avec alternance des positions assise et debout, dans le secteur tertiaire ou celui de l'industrie légère. Il considère enfin que le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ revêt une pleine valeur probante, de sorte que ses conclusions doivent être préférées à celles émanant du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin traitant.

En réplique du 5 mai 2014, le recourant observe, sur le plan formel, que le Dr M.\_\_\_\_\_ use de qualifications dépréciatives ou de tournures à connotation subjective, ce qui est de nature à faire douter de son impartialité. Il précise que le certificat médical sollicité pour le jour de l'expertise était destiné aux ateliers Afiro au service desquels il travaille à 50% pour un salaire mensuel de 560 fr. ainsi que cela ressort des pièces jointes. Le recourant constate que le soupçon de tricherie porté à son endroit par le Dr M.\_\_\_\_\_ conduit à retenir que la relation de l'anamnèse dans le rapport d'expertise est lacunaire, en ce qu'elle ne mentionne pas l'activité en question. En conséquence, il conclut, à titre préalable, à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Sur le fond, il oppose l'argumentation médicale développée par le Dr R.\_\_\_\_\_ à celle du Dr M.\_\_\_\_\_, fondant la position de l'intimé et réclame la réforme de la décision entreprise, en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, dès une date laissée à dire de justice.

Dupliquant le 26 mai 2014, l'intimé propose derechef le rejet du recours. S'appuyant sur l'avis du SMR du 21 mai 2014 joint en annexe, il estime que la situation médicale est inchangée par rapport à celle prévalant en 2010. Le rapport d'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ du 4 novembre 2013 a pleine valeur probante et les éléments allégués par l'assuré ne sont pas pertinents.

Dans une ultime écriture du 18 juin 2014, le recourant fait remarquer que l'office intimé ne répond à aucun des arguments soulevés dans son complément au recours, que cela soit sur le plan strictement médical ou sur celui de la validité formelle de l'expertise. En conséquence, il confirme ses conclusions précédentes.

**D.** Invité à déposer dans un délai fixé au 23 septembre 2014 une liste détaillée des opérations et débours concernant la présente procédure, le conseil du recourant n'a pas procédé.

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

**1.** **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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.

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

2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** A titre liminaire, on peut se demander si, au vu de sa motivation très sommaire, la lettre du 20 février 2014 satisfait aux conditions formelles de recevabilité d'un acte de recours prévues à l'art. 61 let. b LPGA. Or, cette disposition, en relation avec l'art. 61 let. a LPGA, lequel prévoit la simplicité de la procédure, découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. Par conséquent, il convient de ne pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours, d'autant qu'en l'occurrence le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 24 décembre 2013 auquel renvoie la lettre du 20 février 2014 supplée au défaut de motivation de cette dernière en exposant de façon suffisamment explicite les motifs invoqués (cf. ATF 134 V 162 ; TF 8C\_828/2009 du 8 septembre 2010 consid. 6.2 et la référence). Interjeté pour le surplus en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

**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, singulièrement sur le point de savoir si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'état de santé de celui-ci a subi une modification notable susceptible d'influencer son taux d'invalidité et, partant, son droit aux prestations. Pour répondre à cette question, il convient au préalable de se demander si les éléments médicaux sur lesquels s'est fondé l'office intimé étaient suffisants pour statuer sur les effets des atteintes à la santé présentées par le recourant sur sa capacité de travail et de gain.

**3.** **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble

ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (première phrase).

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

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 raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**b)** Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b p. 412 ; 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). Lorsque l'administration – ou, en cas de recours, le juge – est entrée en matière selon l'art. 87 al. 3 en lien avec l'al. 2 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2 p. 75 ss), 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351 ; TF 9C\_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2). Cela revient à comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente (TF 9C\_246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2).

**c)** Pour l'évaluation de la capacité de travail, 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 ; TF 9C\_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

**d)** 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 p. 396); 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 p. 352 ; TF 9C\_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_152/2014 du 21 juillet 2014 consid. 3.1.1).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353). Par ailleurs, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (TF I 53/06 du 22 mars 2007 consid. 5).

**4.** En l'espèce, l'office intimé, entrant en matière sur la deuxième demande de prestations du recourant, a confié au Dr M.\_\_\_\_\_ le soin de réaliser l'expertise rhumatologique de l'assuré. Considérant que le rapport déposé le 4 novembre 2013 par l'expert pouvait se voire reconnaître pleine valeur probante, l'intimé a fait siennes ses conclusions, fixant à 100% la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, situation au demeurant inchangée depuis la décision rendue le 12 mai 2010. L'assurance lui a en conséquence refusé tout droit à ses prestations.

V.\_\_\_\_\_ conteste la valeur probante de l'expertise susmentionnée. Sous l'angle formel, il reproche au Dr M.\_\_\_\_\_ d'avoir tenu à son endroit des propos dépréciatifs et empreints de subjectivité. Du point de vue médical, il fait grief à l'intimé, respectivement à son SMR, de

ne pas avoir répondu aux arguments soulevés par le Dr R. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 24 décembre 2013, lequel atteste une aggravation de son état de santé. Au vu du caractère insatisfaisant du rapport du Dr M. \_\_\_\_\_, le recourant estime par conséquent que la capacité de travail retenue par l'administration ne saurait être confirmée, de sorte qu'il sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale aux fins de clarifier la situation. Les critiques du recourant sont convaincantes tant sur la forme que sur le fond.

**a)** En ce qui concerne les objections de nature formelle, on constate que le rapport d'expertise du 4 novembre 2013 ne satisfait pas à plusieurs des réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante (cf. consid. 3d supra). Certes, le fait que le Dr M. \_\_\_\_\_ suggère une enquête ne constitue en soi pas un signe de prévention, d'autant que le départ précipité du recourant et de son épouse aura pu fausser les apparences. En revanche, il convient de suivre le recourant lorsque celui-ci soutient que cette suggestion accrédite une anamnèse lacunaire. En effet, en ne faisant pas figurer dans son rapport d'expertise que le recourant travaillait à 50% (ou 55% selon les fiches de salaire produites) au service des ateliers Afiro, le Dr M. \_\_\_\_\_ n'a pas procédé à une anamnèse complète de la situation du recourant, notamment sous l'angle socio-professionnel. Par ailleurs, les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_ ne sont pas étayées par des explications claires quant aux motifs pour lesquels l'atteinte à la santé constatée conduirait à la reconnaissance d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. L'expert a certes indiqué qu'il n'y avait pas de signe inflammatoire ni de raideur, que l'examen clinique était dans la norme et que la spondylarthrite ankylosante était dans une période de rémission. Ces affirmations ne sont toutefois pas fondées sur une analyse concrète et approfondie de la situation de l'assuré, mais relève bien plutôt d'une appréciation de nature générale et subjective, les constatations cliniques du Dr M. \_\_\_\_\_ étant au demeurant particulièrement succinctes. Les explications - non motivées - du Dr M. \_\_\_\_\_ ne sont par conséquent pas suffisantes, au regard du tableau clinique présenté par l'assuré, pour que l'on puisse se convaincre, au degré de vraisemblance requis, que la capacité de travail

du recourant serait entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**b)** S'agissant de l'appréciation médicale proprement dite, on constate que le Dr M.\_\_\_\_\_ ne discute pas les résultats de l'examen de liquide de ponction articulaire au genou droit du 12 septembre 2012 ni de l'IRM du genou droit pratiquée le 16 avril 2013. En d'autres termes, il ne se prononce pas sur l'atteinte présentée par l'assuré au genou droit ni, à plus forte raison, sur son éventuelle répercussion sur la capacité de travail. Le Dr R.\_\_\_\_\_ relève que l'IRM du 16 avril 2013 démontre une lésion sévère du ménisque interne droit, dont il ne fait selon lui pas de doute qu'elle affecte la capacité de travail de l'assuré. Dans ces circonstances, on aurait pu attendre du Dr M.\_\_\_\_\_ qu'il se prononce sur l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_, auquel sa qualité de privat-docent et de médecin chef du service de médecine physique et rééducation de l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_ confère un poids particulier. Au vrai, le Dr M.\_\_\_\_\_ se devait d'autant plus de prendre position sur les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_ que celles-ci divergent expressément des siennes propres quant au bégaiement et quant au tremor. En effet, alors que le Dr R.\_\_\_\_\_ considère ces troubles comme incapacitants, le Dr M.\_\_\_\_\_ leur dénie toute incidence sur la capacité de travail. Il explique à cet égard n'avoir constaté aucun tremblement et assure que le recourant reste compréhensible malgré son défaut d'élocution.

**c)** Concernant le bégaiement, il convient d'admettre, à l'instar du Dr M.\_\_\_\_\_, qu'en principe, il n'entravera pas le recourant dans les activités professionnelles qu'il est présumé pouvoir exercer et ne l'a d'ailleurs pas empêché de travailler par le passé comme actuellement au sein des ateliers Afiro. En revanche, la divergence entre l'expert et le médecin traitant quant au tremor des mains peut s'expliquer dans l'hypothèse d'une impermanence de cette affection ; l'expert n'aura pu nécessairement l'observer à la faveur d'un unique examen au contraire du médecin traitant recevant régulièrement son patient. Cette affection aurait dû être investiguée, le cas échéant dans un premier temps sous forme de renseignements à requérir auprès de l'employeur et en fonction des

informations recueillies, notamment quant à l'ampleur et à la fréquence de ce tremor, par un examen médical.

**d)** Nonobstant les critiques soulevées par le recourant à l'endroit de l'expertise administrative, on constate encore que le Dr M. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de spondylarthrite ankylosante HLA B27 positif (M 45), lequel n'avait pas été retenu par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 31 août 2009. Il s'agit donc d'un nouveau diagnostic. Certes, le Dr M. \_\_\_\_\_ considère que l'examen clinique se situe dans la norme et que la spondylarthrite ankylosante est en rémission de telle sorte que la capacité de travail de l'assuré demeure entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cependant, le Dr R. \_\_\_\_\_ relève que le Dr M. \_\_\_\_\_ méconnaît les critères d'évaluation de la spondylarthrite ankylosante et ajoute qu'il n'y a aucune évidence dans la littérature d'une corrélation quelconque entre une rémission et des images scannographiques ou l'absence de raideur à l'examen physique. Dans ces conditions, on peut nourrir des doutes quant à la pertinence des conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_ et se demander si ce diagnostic ne laisse pas entendre une modification de l'état de santé de l'assuré et, le cas échéant, une éventuelle répercussion sur sa capacité de travail, ce d'autant que ni le Dr M. \_\_\_\_\_ ni le SMR ne se prononcent sur les éléments soulevés par le Dr R. \_\_\_\_\_.

**e)** Sur le vu de ce qui précède, les considérations de l'office intimé ne suffisent pas pour retenir que le recourant présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée, sans changement depuis la décision du 12 mai 2010. A lui seul le rapport Dr R. \_\_\_\_\_ du 24 décembre 2013 laisse subsister de réels doutes à cet égard. En outre, contrairement à ce qu'affirme l'intimé, il ne peut être accordé de valeur probante à l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, celle-ci ne remplissant pas plusieurs des conditions énoncées par la jurisprudence en la matière. Partant, l'intimé ne pouvait s'en contenter. Ainsi, en présence d'une instruction lacunaire et non d'un seul conflit d'avis médicaux imposant une surexpertise, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il effectue, sous la forme d'une expertise rhumatologique au sens de l'art. 44 LPG, A,

une nouvelle évaluation de la capacité de travail et du rendement exigible de la part du recourant dans une activité adaptée, à l'aune des affections constatées et des limitations qu'elles entraînent. L'expert disposera de toute la latitude nécessaire pour s'adjoindre, le cas échéant, les services d'un autre spécialiste, si l'examen de la situation médicale l'imposait. On ajoutera encore que le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration était 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 (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence).

**5.** En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI le 24 janvier 2014, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

**6.** Ayant procédé par l'intermédiaire d'un avocat du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, qui peut se voir accorder des dépens, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPG, art. 55 LPA-VD et 7 TFJAS [Tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

Au vu des opérations effectuées par le conseil d'office et compte tenu de l'allocation de pleins dépens, dont la perception est certaine, il n'est pas dû d'indemnité au conseil d'office.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 24 janvier 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- 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 V. \_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs).

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat auprès de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour V. \_\_\_\_\_),
- 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 :