

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 février 2016

---

Composition : Mme THALMANN, président  
Mme Dessaux et M. Dépraz, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Mathieu Blanc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7, 8, 43 et 44 LPGA ; 4 al. 1 LAI ; 69 al. 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, ressortissant portugais au bénéfice d'une autorisation de séjour en Suisse de type « C », est sans activité lucrative depuis janvier 2011. Il reçoit ainsi le revenu d'insertion (RI) des services sociaux de la ville de [...]. Sans formation professionnelle en Suisse, il a été engagé en dernier lieu comme maçon du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2010 par le bureau d'architectes H. \_\_\_\_\_ à [...].

Le 1<sup>er</sup> mars 2013, Q. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI en indiquant souffrir de problèmes dorsaux (hernies discales), d'arthrose multiple ainsi que de dépression depuis 2005.

Dans un rapport du 2 avril 2013, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, allergologie et immunologie, suivant l'assuré depuis le mois de juin 2012, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif, d'obésité, de canal lombaire étroit, de troubles digestifs fonctionnels, d'hypertension artérielle (HTA) et de syndrome d'apnées du sommeil (SAS). Il indiquait que le pronostic était mauvais, l'assuré ne suivant pas les recommandations qui lui étaient faites. Il attestait une incapacité de travail à 100% depuis sa prise en charge le 28 juin 2012 et indiquait que l'assuré ne pouvait pas effectuer tout travail de force, que celui-ci souffrait de troubles psychiatriques non définis et qu'une expertise psychiatrique était nécessaire. Il précisait que l'assuré refusait une consultation psychiatrique. Etaient notamment annexés à son rapport, les documents médicaux suivants :

- un rapport d'IRM lombaire du 3 août 2005 du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie du Centre d'Imagerie [...] ( [...]) à [...], dont la conclusion est la suivante :

“Discopathie et protrusion discale postéromédiane, légèrement sténosante en L4-L5.

Discopathie et protrusion discale postéromédiane paramédiane et foraminale gauche modérément sténosante en L5-S1.

Le matériel discal est susceptible d'irriter la racine sus-jacente gauche dans son trou de conjugaison ainsi que la racine S1 gauche à son émergence.

Le canal lombaire est par ailleurs rétréci de L3-L4 à L5-S1 par une hypertrophie des ligaments jaunes et en L5-S1 par des remaniements arthrosiques postérieurs." ;

- un rapport de polygraphie (établi au moyen du logiciel Somnologica®) du 2 août 2010 ;
- l'extrait d'un rapport d'ergospirométrie du 26 août 2010 du laboratoire de la Pneumologie de [...] à [...] ;
- un rapport de CT-scan abdominal du 16 juillet 2012 de la Clinique [...] à [...] sans particularités et n'objectivant notamment pas de pathologie des voies biliaires visible chez l'assuré ;
- un rapport du 6 août 2012 des médecins du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle au CHUV mettant en évidence une arthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne bilatérale débutante des deux genoux de l'assuré ;
- un rapport d'IRM lombaire réalisée le 13 août 2012 et au terme duquel, le Dr S. \_\_\_\_\_, radiologue, a conclu comme il suit :

"CONCLUSION :

Canal lombaire étroit en L3-L4 secondairement rétréci par une protrusion discale postéromédiane paramédiane des deux côtés légèrement sténosante et une arthrose interfacettaire.

Hernie discale postéromédiane paramédiane et latérale droite modérément sténosante en L4-L5, qui en association avec une arthrose interfacettaire est susceptible de produire un conflit avec la racine L5 droite.

Hernie discale postéromédiane paramédiane et latérale gauche légèrement à modérément sténosante en L5-S1, qui en association avec une arthrose interfacettaire peut produire un conflit avec la racine S1 gauche." ;

- un rapport du 20 août 2012 des Drs N.\_\_\_\_\_, médecin associée, et J.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du Service de rhumatologie au CHUV. Ces spécialistes ont posé le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes sur troubles statiques et dégénératifs rachidiens (micro-instabilité segmentaire lombaire basse et déconditionnement physique global et focal) avec les comorbidités de stéatose hépatique, de trouble anxio-dépressif, de syndrome de dépendance à l'alcool, de tabagisme et de syndrome sévère d'apnées du sommeil appareillé. Ils se sont prononcés en ces termes sur le cas de l'assuré :

“Conclusions, traitement et évolution

Votre patient présente des lombalgies chroniques sur discopathie étagée et canal lombaire étroit. Au vu de l'insistance du patient et de l'acutisation des douleurs, nous reprogrammons une IRM lombaire au début août ainsi que des radiographies standards des genoux. Durant ce laps de temps, nous avons proposé à Monsieur Q.\_\_\_\_\_ de débiter un traitement médicamenteux ainsi que de physiothérapie, traitement que le patient a refusé voulant attendre les résultats de l'IRM ainsi que des radiographies des genoux. Ces résultats seront discutés lors de notre prochaine entrevue après les examens radiologiques.

Au vu des douleurs invalidantes, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail à 50% du 1 au 19.8.2012.” ;

- un rapport consécutif à une oesogastroduodénoscopie (OGD) pratiquée le 10 décembre 2012 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie, qui a mis en évidence une OGD dans les normes de sorte que cet examen s'avérait être rassurant. Ce spécialiste faisait également part de l'impossibilité de pratiquer la coloscopie demandée par le Dr T.\_\_\_\_\_, l'assuré n'ayant pas pris sa préparation. Ce dernier examen avait dû être reprogrammé pour janvier 2013 ;

- un courrier adressé le 24 janvier 2013 par le Dr L.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du Service de rhumatologie du CHUV au Dr V.\_\_\_\_\_ du Service d'antalgie, à la teneur suivante :

“Le cas du patient susnommé a été présenté le 22.1.2013 au colloque multidisciplinaire du DAL [Département de l'appareil locomoteur] et une infiltration périurale a été décidée.

Nous vous remercions par conséquent de bien vouloir faire convoquer Monsieur Q.\_\_\_\_\_ dans ce sens.

Nous joignons à la présente une copie du rapport adressé à son médecin-traitant établi par le Dr J.\_\_\_\_\_ vous résumant l'histoire de M. Q.\_\_\_\_\_." ;

- un courrier adressé le 6 mars 2013 à C.\_\_\_\_\_, diététicienne, par le Dr T.\_\_\_\_\_ et libellé en ces termes :

"Chère Madame,

Merci de recevoir à votre consultation le patient susnommé pour un bilan et des conseils diététiques.

Il s'agit d'un patient d'origine portugaise, actuellement au RI, ancien travailleur dans le bâtiment qui m'a consulté à plusieurs reprises ces derniers mois essentiellement pour des douleurs articulaires et qui présente un BMI à 37,5.

L'anamnèse démontre une alimentation anarchique, une glycémie à la limite supérieure de la norme et une gamma-GT élevée, probablement attribuable à un abus chronique d'alcool.

Après plusieurs consultations, j'ai enfin pu convaincre le patient de prendre en charge son problème d'obésité, peut-être accentué par un traitement antidépresseur, et qu'il traite de manière irrationnelle en prenant occasionnellement du Zenical. Le patient se relève la nuit pour manger, il consomme au minimum une bouteille de vin par jour et fume environ un paquet de cigarettes par jour.

En espérant que vous pourrez l'aider à améliorer son hygiène de vie et en restant à disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous adresse, chère Madame, mes meilleures salutations."

Dans un rapport du 11 avril 2013 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé), les Drs N.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics invalidants (depuis 2003) de lombalgies chroniques non spécifiques sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne vertébrale, de micro-instabilité segmentaire lombaire basse, de déconditionnement physique (global et focal) et de syndrome anxio-dépressif. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient ceux de stéatose hépatique, de syndrome de dépendance à l'alcool, de tabagisme et de syndrome sévère d'apnées du sommeil appareillé. Mentionnant une chronicisation de la

symptomatologie en tant que pronostic, ces spécialistes ont en outre indiqué ce qui suit :

“Incapacité de travail délivrée par le service (Dr J.\_\_\_\_\_) à 50 % du 1er au 18 août 2012 puis du 19.8. au 30.9.12 à nouveau à 50 % toujours par Dr J.\_\_\_\_\_, puis par moi-même du 5.12.12.au 5.5.2013 à 100 %, puis du 6.1.13 au 6.2.13 à 100 % et du 7.2.13 au 8.3.13 à 100%

### **1.7.**

#### **Questions sur l'activité exercée à ce jour**

#### **Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ?**

Port de charges lourdes supérieures ou égales à 8 kg plusieurs fois par jour.

Concernant les restrictions psychiques voir avis ou expertise du médecin psychiatre

Comment se manifestent-elles au travail ? lombalgies chroniques

D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible ? Patient ayant exercé plusieurs métiers, est au chômage depuis 1 an et demi.

Dans quelles mesures : A déterminer par une expertise médicale **avec évaluation des capacités fonctionnelles.**

### **1.8**

**Questions concernant des mesures de réadaptation professionnelle possibles :** à déterminer par une expertise médicale et le résultat de l'évaluation des capacités fonctionnelles.

### **1.9.**

**Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle resp. à une amélioration de la capacité de travail ?** à déterminer par une expertise médicale”

Ces praticiens ont en outre estimé s'agissant de la capacité de concentration et de compréhension de l'assuré qu'elle devait être déterminée par une expertise psychiatrique.

Dans un avis du 11 juin 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a relevé que les rhumatologues consultés attestaient quelques limitations fonctionnelles incompatibles avec une activité physique lourde et que l'assuré n'était pas suivi sur le plan psychiatrique. Il observait qu'étant bientôt au terme du délai de carence d'une année débuté le 28 juin 2012 (selon les indications du Dr T.\_\_\_\_\_),

aucune mesure de réadaptation ne semblait envisageable compte tenu de l'attitude de l'assuré. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a dès lors suggéré la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) de celui-ci au SMR.

Par communication adressée le 12 juin 2013 à l'assuré, l'Office AI a fait savoir qu'il avait demandé une expertise médicale et qu'il restait dans l'attente de ses conclusions de sorte qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement.

Dans un rapport du 6 novembre 2013 consécutif à une radiographie du bassin de l'assuré, la Dresse A. \_\_\_\_\_, radiologue à la Clinique [...], a décrit un discret pincement de l'interligne articulaire fémoro-acétabulaire bilatéral avec aspect irrégulier de l'os du cotyle antéro-supérieur et probable petite lésion géodique en regard, ceci évoquant des signes de coxarthrose. Elle n'a pas observé de déformation majeure de la tête fémorale (des deux côtés) ou d'ostéophytose en collerette, ni d'anomalies des articulations sacro-iliaques ainsi que de la symphyse pubienne.

Dans leur rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 12 juin 2014, les Drs X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, et F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui ont examiné l'assuré le 22 mai 2014, ont indiqué notamment ce qui suit :

“Diagnostics

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
  - Lombalgies chroniques persistantes sur troubles statiques et dégénératifs rachidiens (M51.3).
  - Discopathies L3-L4, L4-L5, L5-S1 avec canal lombaire étroit dégénératif.
  - Gonarthrose bilatérale débutante.
  - Possible conflit sous-acromial de l'épaule gauche.Aucun d'un point de vue psychiatrique.
  
- sans répercussion sur la capacité de travail
  - Obésité classe II avec BMI à 39.4.
  - Syndrome d'apnées du sommeil appareillé.
  - Tabagisme chronique.
  - Utilisation nocive pour la santé d'alcool, primaire.

## Appréciation du cas

Sur le plan somatique, M. Q. \_\_\_\_\_ souffre de lombalgies évoluant depuis de nombreuses années. En 2005, une IRM a révélé la présence de discopathies L4-L5 et L5-S1 et des protrusions discales, ainsi qu'un canal lombaire rétréci de L3-L4 à L5-S1. Malgré un traitement conservateur, les douleurs ont persisté. En août 2012, une 2<sup>ème</sup> IRM de la colonne lombaire a montré la présence de hernies discales L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'un canal lombaire étroit en L3-L4. Aucun trouble neurologique n'a été constaté. Les douleurs ont persisté malgré le traitement conservateur sous forme de médicaments et de séances de physiothérapie. L'assuré souffre aussi de gonalgies bilatérales.

Le bilan radiologique, effectué en 2012, a montré la présence d'une gonarthrose. Un conflit sous-acromial de l'épaule gauche est probable.

Sur le plan professionnel, on peut affirmer que, du point de vue somatique, l'assuré peut exercer uniquement un travail adapté aux limitations fonctionnelles. Il n'y a aucun argument pour dire que la capacité de travail de l'assuré n'est pas complète dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles.

D'un point de vue psychiatrique :

Il s'agit donc d'un assuré, qui a déposé une 1<sup>ère</sup> demande de prestations AI en date du 1.03.2013 pour problèmes dorsaux, arthrose multiple et dépression. L'assuré n'a pas donné de date de départ de l'incapacité de travail.

Dans ses rapports en date des 06 03 2014 (sic) et 2 04.2013, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin interniste FMH, souligne comme diagnostics, un état dépressif, de l'obésité, un canal lombaire étroit, des troubles digestifs fonctionnels, de l'hypertension artérielle, un syndrome d'apnées du sommeil. Le médecin signale que l'assuré ne suit pas les recommandations qui lui sont faites. Le médecin signale des gamma-Gt élevées, probablement attribuables à l'alcool. Le médecin signale une consommation d'alcool d'environ un litre de vin par jour. Le médecin recommande un suivi psychiatrique et ajoute qu'il est nécessaire d'établir une expertise psychiatrique.

A l'examen de ce jour, l'assuré se présente ponctuellement à la convocation. L'hygiène et l'habillement ne sont pas dans les normes, l'assuré a une attitude, une hygiène et un habillement négligés.

Au début de l'entretien, l'assuré établit un contact sur le mode familial et supérieur. Au fur et à mesure que l'examen se déroule, l'assuré se montre de plus en plus familial. A certains moments, l'assuré se montre euphorique et dit qu'il va faire comme « Rambo ». Ces symptômes n'entrent pas dans un tableau de délire ou d'hallucination mais dans un tableau de consommation chronique d'alcool. L'assuré présente une intelligence clinique dans la norme. Interrogé sur sa consommation d'alcool, l'assuré nie d'abord la consommation d'alcool puis il commence à la détailler. Cette consommation a commencé au Portugal quand il était adolescent, a



continué en Suisse sous le prétexte d'une intégration aux moeurs du canton du Valais et actuellement sa consommation d'alcool est d'environ 1 litre de vin par jour, soit le midi, soit le soir. Il est fort probable que la quantité d'alcool ingérée soit minimisée. L'assuré présente donc un tableau clinique où l'utilisation nocive pour la santé d'alcool est prédominante. Cette consommation est primaire, ayant débuté sur le mode festif, à la fin de l'adolescence, au début de l'âge adulte.

Etant donné le tableau clinique prédominant de consommation nocive d'alcool, il n'a pas été possible d'investiguer les éventuels symptômes anxieux ou dépressifs.

Ce diagnostic n'est pas incapacitant pour l'Assurance-Invalidité.

Il est nécessaire que l'assuré suive un traitement de désintoxication.

#### Limitations fonctionnelles

Travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel l'assuré puisse alterner à sa guise la position debout avec la position assise. Doit éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux. De courts déplacements à plat sont possibles. Doit éviter de monter ou descendre les escaliers ou les pentes. Doit éviter de marcher en terrain irrégulier. Doit éviter de se mettre accroupi ou à genoux. Doit éviter le port et le soulèvement de charges de plus de 8 kg. Doit éviter les métiers qui impliquent une mobilité des 2 épaules au-delà de l'horizontale.

Sur le plan psychiatrique, l'assuré présente un diagnostic qui n'est pas incapacitant selon les critères de l'AI.

Cependant, il est nécessaire que l'assuré ait un traitement psychiatrique sous forme d'une désintoxication.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

L'assuré ne travaille plus depuis 2010 environ. Un arrêt de travail à 100 % a été prescrit par le Dr T. \_\_\_\_\_ à partir du 28.06.2012.

D'un point de vue psychiatrique, l'assuré ne présente aucune incapacité de travail selon les critères de l'AI.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

L'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle lucrative depuis 2010 environ.

D'un point de vue psychiatrique, l'assuré ne présente aucune incapacité de travail, d'un point de vue des critères de l'AI.

#### Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle : 0 %

Dans une activité adaptée : 100% Depuis le : 28.06.2012

L'assuré doit suivre un traitement de désintoxication de l'alcool."

Le 18 juin 2014, l'assuré a produit la copie d'une liste établie par la Pharmacie [...] à [...] se rapportant aux médicaments prescrits depuis le mois de janvier 2012.

Dans un rapport SMR du 25 juin 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_ a partagé les constatations et conclusions des Drs X.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_. Il a notamment relevé sur le plan psychiatrique, la consommation d'alcool sous forme d'utilisation nocive pour la santé, caractérisée comme étant primaire, ayant débuté sur le mode festif à la fin de l'adolescence et sans qu'il n'existe d'atteinte psychiatrique incapacitante. Il estimait qu'un traitement psychiatrique sous la forme d'une désintoxication était nécessaire et bénéfique. Cela étant, il a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle habituelle depuis le 28 juin 2012, l'assuré bénéficiant néanmoins depuis lors d'une capacité de travail de 100% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles ostéo-articulaires.

Par communication adressée le 2 juillet 2014 à l'assuré, l'OAI l'a informé de son droit à une orientation professionnelle afin de déterminer ses possibilités de réinsertion.

Par projet de décision du 21 juillet 2014, l'Office AI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations notamment pour les motifs suivants :

“Résultat de nos constatations :

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 28 juin 2012. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 28 juin 2013, et après consultation de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans votre activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (*travail sédentaire ou semi-sédentaire avec possibilité d'alterner les positions; pas de travaux penché en avant ou en porte-à-faux; pas*

*de marche prolongée; pas de montée et descente fréquente d'escaliers ou de pente; pas de travaux sur terrain irrégulier accroupi ou à genoux; pas de port de charge de plus de 8kg; pas de travaux avec les bras au-dessus de l'horizontale)* depuis le début de vos problèmes de santé.

Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'109.29 (CHF 4'901.00 x 41,7:40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+ 1%; La Vie économique, tableau B 10.2) puis de 2011 à 2012 (0.80%) et enfin de 2012 à 2013 (pas d'indexation), on obtient un revenu annuel de CHF 62'420.02 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Ce montant correspond au salaire que vous auriez pu réaliser sans atteinte à la santé.

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 56'178.02.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 62'420.02 avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée, soit CHF 56'178.02 par année.

Comparaison des revenus:

|                 |     |           |
|-----------------|-----|-----------|
| sans invalidité | CHF | 62'420.02 |
|-----------------|-----|-----------|

|                            |     |           |   |    |       |
|----------------------------|-----|-----------|---|----|-------|
| avec invalidité            | CHF | 56'178.02 |   |    |       |
| La perte de gain s'élève à | CHF | 6'242.00  | = | un | degré |
| d'invalidité de 10%        |     |           |   |    |       |

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Aucune mesure de réadaptation n'est susceptible de réduire le préjudice économique précité."

Le 13 août 2014, l'assuré a fait part de son désaccord sur le projet précité en demandant le réexamen de son cas à l'OAI.

Dans un courrier du même jour, le Dr T.\_\_\_\_\_ a informé l'Office AI soutenir son patient dans ses démarches. Il estimait en effet que ce dernier ne pourrait de toute évidence jamais retravailler en tant que maçon et qu'il ne saurait se voir reconnaître une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée telle que retenue par l'administration dans son projet de décision. Ce médecin précisait en outre que dans l'éventualité où ce refus de rente serait maintenu, il conviendrait d'accorder une mesure d'ordre professionnel sous la forme d'un reclassement au sens de l'art. 17 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 ; RS 831.20).

Dans le délai prolongé par l'OAI, l'assuré a complété son écriture du 13 août 2014 en date du 7 octobre 2014. Il a produit, le 28 octobre 2014, un rapport établi le même jour par la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie du Centre médical d' [...], à l'intention du médecin-conseil de l'AI. Cette spécialiste s'est exprimée comme il suit s'agissant des affections lombaires et aux genoux :

"J'ai vu Monsieur Q.\_\_\_\_\_, né le [...]1965, en consultation les 14 et 21 octobre 2014 pour ses problèmes de douleurs lombaires et genoux.

Ce patient de 49 ans, ancien maçon qui ne travaille plus depuis 3 ans vit seul. Il présente une obésité morbide (BMI à 40) avec des gamma GT à 233, un tabagisme actif. Une apnée du sommeil appareillée, une hypertension artérielle.

Ses lombalgies sont anciennes, surtout para-vertébrales droites. L'examen clinique ne retrouve pas de douleur à la palpation des épineuses, pas de raideur rachidienne, aucun déficit sensitivo-

moteur de Lasègue ou de limitation de hanche. Il n'a pas de vraie claudication à la marche mais il marche avec une canne quand il va au centre ville, car il a des malaises (sensation qu'il va tomber qui cède en s'asseyant).

Les radiographies de 2010, les IRM de 2005 et 2012 objectivent des discopathies L4-L5-S1 avec une hyperostose vertébrale nette, un canal lombaire étroit mais non chirurgical. Il lui avait été proposé des infiltrations inter-facettaires au CHUV en 2013, qu'il n'a pas faites. La physiothérapie ne l'améliore pas, il serait bénéfique de reprendre une activité physique régulière pour entretenir sa musculature.

Par ailleurs, il a une douleur du genou droit, à la marche, sans épanchement, avec une douleur sur l'interligne interne mais pas de douleur fémoro-patellaire, pas de limitation articulaire. Il a une arthrose radiographique fémoro-tibiale interne prédominant à droite sur les radiographies du mois de septembre 2014.

Il a aussi des douleurs de l'épaule gauche pour lesquelles il a eu une radiographie normale en janvier, une petite coxarthrose radiologique mais non clinique.

Il existe donc une *arthrose disséminée rachidienne et des genoux* pour laquelle il prend régulièrement du Celebrex, Tramal, Dafalgan, Sirdalud, Olfen gel, Sportusal et du Condrosulf.

Il s'y associe un *syndrome dépressif* comme l'attestent ses addictions, ses malaises, ses douleurs chroniques qui majorent le handicap généré par l'arthrose sous-jacente. Le patient a rendez-vous avec un psychiatre prochainement."

Dans un avis médical du 13 novembre 2014, les Drs W. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ du SMR ont pris position comme il suit sur le nouveau rapport médical présenté par l'assuré à l'appui de ses objections du 7 octobre 2014 :

"[...] L'assuré s'y oppose et présente un rapport médical de la Dresse R. \_\_\_\_\_ (rhumatologie, 28.10.14). Cette dernière reprend les diagnostics connus et décrit un examen clinique superposable à celui fait par l'expert. Elle ne se prononce pas concernant la capacité de travail dans une activité adaptée.

Conclusion : Absence d'élément nouveau ou d'argument objectif en faveur d'une aggravation de l'état de santé permettant de remettre en question l'exigibilité retenue au terme de notre instruction. Moyennant les limitations fonctionnelles énumérées dans notre précédent rapport, il n'existe pas de raison qui justifierait une incapacité de travail dans une activité adaptée."

A teneur d'un certificat établi le 20 novembre 2014 à la demande de son patient, le Dr???.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie, a attesté suivre l'assuré en soin psychothérapeutique depuis le 30 octobre 2014.

Par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2014 intitulée « Décision : Refus de rente d'invalidité », l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet antérieur, en rejetant la demande de rente ainsi que le droit à des mesures d'ordre professionnel à l'assuré compte tenu d'un degré d'invalidité de 10% de celui-ci. Cet Office a adressé le même jour, la lettre explicative suivante à l'assuré :

“Par projet de décision du 21 juillet 2014, nous avons dénié le droit à des prestations de notre assurance au motif que vous présentez une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, votre préjudice économique a été évalué à 10% n'ouvrant ainsi pas le droit à des mesures professionnelles.

Par courrier du 7 octobre 2014, vous avez contesté ledit projet. A l'appui de cette contestation, nous avons reçu un rapport du Dr R.\_\_\_\_\_, rhumatologue.

Ce rapport a été soumis au Service Médical Régional (ci-après : SMR), lequel dans son avis du 13 novembre dernier nous précise que le Dr R.\_\_\_\_\_ reprend les diagnostics connus et décrit un examen clinique superposable à celui qui a été réalisé par les experts (examen clinique SMR du 22 mai 2014).

En complément à votre contestation, nous avons reçu un document intitulé « rapport médical » daté du 20 novembre 2014, lequel nous indique que vous effectuez des soins psychothérapeutique[s] depuis le 30 octobre 2014. Ce document n'amène aucun élément concernant une modification et/ou une aggravation de votre état de santé.

En date du 22 mai 2014, vous avez été examiné par un rhumatologue et un psychiatre auprès du SMR.

Il ressort de l'examen clinique du SMR que votre atteinte à la santé contre-indique l'exercice de votre activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée à votre atteinte, soit un travail sédentaire ou semi-sédentaire avec la possibilité d'alterner les positions, pas de travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, pas de marche prolongée, pas de montée et descente fréquente d'escaliers ou de pente, pas de travaux sur terrain irrégulier, accroupi ou à genoux, pas de port de charges de plus de 8kg, pas de travaux avec les bras au-dessus de l'horizontale, vous conservez une capacité de travail de 100%.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les constatations émanant des médecins consultés 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. Dès lors, en cas d'avis médicaux contradictoires, l'avis du spécialiste, respectivement de l'expert, doit en principe l'emporter sur l'avis du médecin traitant / des médecins consultés, pour autant qu'il ait pleine valeur probante et que l'avis du médecin traitant / des médecins consultés ne soit pas de nature à mettre en doute ses conclusions (ATF 125 V 350 spéc. cons. 3b/cc p. 353 et la jurisprudence citée; VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106 ; RCC 1988 pp. 504 ss).

L'examen clinique du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise / cet examen a dès lors pleine valeur probante.

Il y a dès lors lieu de retenir les conclusions du SMR.

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 7 octobre 2014 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 21 juillet 2014 est fondé et doit être entièrement confirmé."

**B.** Par acte du 23 décembre 2014, Q. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus précitée en concluant avec dépens, principalement à sa réforme en ce sens que l'OAI est tenu de lui allouer une rente entière au plus tard dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, et subsidiairement, à l'annulation de la décision querellée, le dossier de la cause étant renvoyé à cet Office pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Il a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (« avocat et frais de justice ») au vu de sa situation financière précaire de bénéficiaire du RI des services sociaux de la ville de [...]. Le recourant conteste l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle par l'intimé, soutenant se trouver en incapacité de déployer une quelconque activité lucrative ; il allègue ainsi que ses pathologies physiques (hernies, canal lombaire étroit, lombalgies récidivantes, discopathies, arthrose généralisée, incontinence, apnées du sommeil, insomnie, absence de force musculaire, etc.) l'entraveraient dans l'exercice de toute activité professionnelle. A ces affections, s'ajouteraient des troubles dépressifs également à eux seuls déjà totalement invalidants. Se référant aux rapports des 13 août et 28 octobre 2014, respectivement du Dr T. \_\_\_\_\_ et de la Dresse R. \_\_\_\_\_ déjà au dossier, le recourant réserve la production par ses soins de nouvelles pièces attestant les troubles précités et leur caractère invalidant. Il a

requis, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre par le tribunal d'une expertise pluridisciplinaire tendant à établir sa capacité de travail résiduelle.

Par décision du 5 février 2015 du Juge instructeur, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 décembre 2014, Me Mathieu Blanc étant désigné en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 5 mars 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée. Il allègue que le recourant échoue à mettre en cause la pertinence des constatations des médecins examinateurs dans leur rapport du 12 juin 2014. Il ajoute que dans leur avis du 13 novembre 2014, les médecins du SMR se sont exprimés sur les deux rapports mentionnés par le recourant à l'appui de sa requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire et ont estimé qu'il n'était pas fait état d'éléments susceptibles de rediscuter l'exigibilité précédemment arrêtée. Estimant l'instruction suffisante, l'intimé a conclu au rejet de la requête d'expertise.

Par réplique du 29 avril 2015, Q.\_\_\_\_\_, dès lors assisté de son conseil d'office, a maintenu ses conclusions. Il soutient en substance que la décision entreprise repose sur une constatation insuffisante et erronée des faits dès lors que l'autorité a fondé selon lui sa décision sur la base du rapport du 12 juin 2014 du SMR lequel procède d'un examen incomplet et superficiel de la situation médicale tant physique et psychique du recourant. Il allègue que ce rapport ne mentionne pas les hernies discales du recourant, et qu'alors qu'il souffre de troubles rhumatologiques à différents endroits, les médecins du SMR ont uniquement retenu ses problèmes de genoux, sa gonarthrose s'étant en outre aggravée si l'on compare le rapport médical des Drs C.C.\_\_\_\_\_ et D.D.\_\_\_\_\_ du 6 août 2012 et celui du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 10 septembre 2014. Il soutient en outre que les limitations fonctionnelles relevées par le Dr T.\_\_\_\_\_, dont seul l'avis doit être suivi, sont manifestement incompatibles avec une quelconque activité professionnelle si bien que



son invalidité vaut tant pour son activité habituelle que pour toute autre activité professionnelle. Le recourant prétend par ailleurs être atteint de troubles psychiatriques qui n'auraient pas suffisamment été investigués par les Drs X. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 12 juin 2014, ces praticiens s'étant limités à son apparence, à son attitude ainsi qu'à son alcoolisme, sans que ni les causes de cette dernière addiction pas plus que l'examen d'une dépression ou d'autres troubles psychiatriques éventuellement sous-jacents n'aient été explorés. Le recourant allègue enfin que l'intimé n'a pas donné d'exemples concrets d'activités adaptées à la situation du recourant et que même si l'on admettait les limitations décrites par les médecins du SMR, il est manifeste que son employabilité sur le marché équilibré du travail est illusoire, celui-ci souffrant en outre de trouble d'anxiété, de dépression et ne maîtrisant que peu le français à l'oral et pas du tout à l'écrit.

Le recourant a produit en annexe, les pièces médicales suivantes :

- deux attestations des 21 février et 8 mars 2011 établies par le Dr P. \_\_\_\_\_ du Centre Médical [...] à [...], dont il ressort que ce médecin suivait et traitait Q. \_\_\_\_\_ (médicaments et physiothérapie) depuis plus de trois ans en raison d'état anxio-dépressif, de troubles du sommeil, d'un syndrome des apnées du sommeil (appareillé par CPAP) et de lombalgies récurrentes ;
- un rapport de radiographies des genoux (face et profil) du 10 septembre 2014 indiquées pour bilan de gonarthrose du Dr Z. \_\_\_\_\_, radiologue à la Clinique [...]. Ce radiologue conclut à une gonarthrose interne significative à droite et plus modérée à gauche ;
- un rapport du 27 avril 2015 dans lequel le Dr???. \_\_\_\_\_ mentionne que son patient souffre depuis plusieurs années d'un trouble mixte de la personnalité (F61.0) et d'une dépendance à l'alcool sévère avec une consommation journalière très élevée (F10.25).

Par duplique du 12 mai 2015, l'OAI a maintenu ses conclusions. Il soutient notamment que le Dr T.\_\_\_\_\_ ne fait aucunement état d'une incapacité de travail totale dans toute activité et qu'il ressort de son examen clinique uniquement des diagnostics qui auraient des impacts sur l'aptitude au travail du recourant mais qu'il ne se prononce pas sur l'ampleur de leurs conséquences. Il ajoute que si ce praticien a évoqué la nécessité de mettre en œuvre un examen psychiatrique du recourant et le refus de ce dernier de consulter un psychiatre, il n'a aucunement mis en exergue l'exclusion du recourant du circuit économique du chef de ses atteintes à la santé. Il prétend que le fait que les médecins du SMR aient mentionné les hernies discales du recourant sur une page plutôt qu'une autre n'a pas d'importance, qu'ils ont en outre fait état des lombalgies chroniques persistantes dont souffre l'assuré, douleurs qui sont la conséquence de troubles affectant la colonne vertébrale et qui ont de ce fait donné lieu à la reconnaissance de limitations fonctionnelles de nature physique. Il relève que l'ensemble des membres inférieurs ont fait l'objet d'un examen clinique dont les détails ont été consignés dans le rapport des médecins du SMR et qu'il ne saurait donc leur être reproché de ne pas avoir tenu compte de ces affections. Concernant les problèmes psychiatriques, l'OAI soutient que les médecins examinateurs ont mis en évidence une consommation éthylique nocive pour la santé caractérisée de primaire et qu'il n'a pu être identifié d'atteinte psychiatrique invalidante. Il allègue que les conclusions des médecins du SMR n'ont pas été invalidées par l'opinion d'autres spécialistes. S'agissant des activités compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, l'OAI estime qu'il peut s'adonner à une profession dans l'industrie légère et qu'il existe précisément dans ce domaine un large choix d'activités en adéquation avec son handicap et auxquelles celui-ci serait en mesure de se consacrer à plein temps. Il est dès lors d'avis qu'il ne lui appartenait pas de fournir une liste détaillée des activités compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant.

Le 16 octobre 2015, le recourant a produit un rapport médical du 6 octobre 2015 du Dr Z.\_\_\_\_\_ qui a effectué des radiographies des genoux du recourant. Il indique dans ce rapport notamment ce qui suit :

**Description**

En comparaison avec des clichés du 10 septembre 2014 et du 10 mars 2015, on retrouve à gauche une gonarthrose interne en nette progression, avec un pincement presque complet de l'interligne articulaire et un varus plus marqué que précédemment. Sur le profil gauche, pas d'arthrose fémoro-patellaire significative. A droite, la gonarthrose interne modérée est stable, sans modification relativement à des clichés de 2014. Sur le profil, pas d'arthrose fémoro-patellaire ni d'épanchement intra-articulaire.

**CONCLUSION**

Nette progression de la gonarthrose interne gauche relativement à des clichés de 2014. Aspect stable d'une gonarthrose interne modérée droite."

L'OAI s'est déterminé le 9 novembre 2015, estimant que la pièce produite n'était pas de nature à l'amener à modifier sa position.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des feries d'hiver (art. 38 al. 4 let. c LPGA), et auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**2.**           **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C\_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2).

**b)** La question litigieuse porte sur le droit du recourant à une rente AI.

**3.**           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 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une

incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le droit à la rente est échelonné, en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50% au moins, à trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

**4.** D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c ; TF 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2, 9C\_706/2012 du 1<sup>er</sup> juillet 2013 consid. 3.2 et 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des

limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/2006 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique, dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et la référence citée ; Thonney/Gammeter, Alcool: problèmes psychiatriques courants. « La boîte à outils du praticien », Revue médicale de la Suisse romande, 2004; 124: p. 415 ss; Roland Gammeter, Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool, Forum Med Suisse, 2002; 23: p. 562 ss; Shivani/Goldsmith/Anthenelli, Alcoholism and psychiatric disorder: diagnostic challenges, Alcohol Research & Health, 2002; 26(2): p. 90 ss; Christine Davidson, Identification et traitement des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance, Praxis 1999; 88: p. 1720).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité

de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (cf. arrêt I 731/2002 du 25 juillet 2003 consid. 2.3).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C\_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1,

9C\_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013 consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat 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. Cependant, selon la Haute Cour, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008).

**6. a)** En l'espèce, sur le plan somatique, le Dr X. \_\_\_\_\_ a posé en mai 2014, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques persistantes sur troubles statiques et dégénératifs rachidiens, de discopathies L3-L4, L4-L5, L5-S1 avec canal lombaire étroit dégénératif, de gonarthrose bilatérale et de possible conflit



sous-acromial de l'épaule gauche. Dans son appréciation, cet examinateur se fonde notamment sur des IRM datant de 2005 et 2012, cette dernière mettant en évidence la présence de hernies discales L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'un canal lombaire étroit en L3-L4, l'assuré souffrant par ailleurs de gonalgies. Il retient également d'un bilan radiographique d'août 2012, une gonarthrose bilatérale. Il suspecte en outre un conflit sous-acromial de l'épaule gauche. Au vu de la persistance des douleurs malgré le traitement conservateur mis en place, le Dr X. \_\_\_\_\_ est d'avis que sur le plan somatique, l'examiné n'est plus en mesure de reprendre son activité habituelle depuis le 28 juin 2012 mais que celui-ci conserve toutefois une capacité de travail à 100% depuis le début de ses problèmes de santé dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : un travail sédentaire ou semi-sédentaire avec possibilité d'alterner les positions, pas de travaux penché en avant ou en porte-à-faux, pas de marche prolongée, pas de montée et descente fréquente d'escaliers ou de pente, pas de travaux sur terrain irrégulier accroupi ou à genoux, pas de port de charge de plus de 8 kg et pas de travaux avec les bras au-dessus de l'horizontale.

Comme le relèvent les Drs W. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, le rapport postérieur du 28 octobre 2014 de la Dresse R. \_\_\_\_\_ ne comporte pas d'élément nouveau objectif en faveur d'une aggravation de l'état de santé ostéo-articulaire susceptible de rediscuter l'exigibilité arrêtée par le Dr X. \_\_\_\_\_. La Dresse R. \_\_\_\_\_ fait part d'une arthrose disséminée rachidienne et des genoux, soit des affections prises en compte par le Dr X. \_\_\_\_\_. L'examen clinique qu'elle décrit ne fait donc que confirmer l'existence de troubles dégénératifs rachidiens au niveau lombaire et des genoux. Il en va de même des radiographies des genoux réalisées par le Dr Z. \_\_\_\_\_ en septembre 2014 et auxquelles la Dresse R. \_\_\_\_\_ se réfère. La Dresse A. \_\_\_\_\_ note seulement l'évocation de signes de coxarthrose au niveau du bassin de l'assuré sans autres anomalies constatées de sorte que son rapport du 6 novembre 2013 ne peut pas être compris comme un argument médical objectif en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Quant au Dr T. \_\_\_\_\_, il retient une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité. Dans une

activité adaptée, il se limite dans son courrier du 13 août 2014 à mentionner que le recourant ne peut se voir reconnaître une capacité de travail entière dans une activité adaptée telle que définie par l'OAI. Il ne mentionne toutefois pas pour quel motif, ni quel taux serait admissible dans une telle activité. Imprécis et insuffisamment documenté, son avis ne peut être suivi.

On ne saurait dès lors s'écarter du rapport des médecins du SMR sur le plan somatique, ses conclusions étant claires et bien documentées. Il a ainsi valeur probante.

Dans son rapport du 6 octobre 2015, le Dr Z.\_\_\_\_\_ constate en comparaison avec des clichés du 10 septembre 2014 et du 10 mars 2015, qu'on retrouve à gauche une gonarthrose interne en nette progression actuellement avec un pincement presque complet de l'interligne articulaire et un varus plus marqué que précédemment. Cette constatation est toutefois postérieure à la décision attaquée.

Il y a dès lors lieu d'admettre qu'à la date de cette décision, la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée.

**b)** Sur le plan psychiatrique, en février et mars 2011, le Dr P.\_\_\_\_\_ a déclaré traiter le recourant depuis plus de trois ans en raison d'un état anxio-dépressif. La Dresse N.\_\_\_\_\_ et le Dr J.\_\_\_\_\_ ont posé le 20 août 2012 le diagnostic de trouble anxio-dépressif. De même, cette praticienne et le Dr L.\_\_\_\_\_ ont à nouveau posé ce diagnostic le 11 avril 2013. Le Dr T.\_\_\_\_\_ retient un état dépressif. Enfin le Dr???.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'un état anxio-dépressif le 27 avril 2015. La Dresse F.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur ces diagnostics. Elle n'a procédé à aucune investigation au motif que le tableau clinique prédominant de consommation nocive d'alcool ne le permettait pas. Or, c'était précisément sa tâche que de déterminer si le recourant était atteint d'une affection psychiatrique, dans l'affirmative de préciser laquelle, depuis quand et son impact sur la capacité de travail de celui-ci. En outre, qualifier l'alcoolisme de primaire uniquement parce qu'il a débuté sur un

mode festif à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte en mentionnant qu'il n'est pas incapacitant pour l'assurance-invalidité apparaît pour le moins sommaire.

Il n'est dès lors pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état.

**7. a)** Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_787/2013 du 14 février 2014 consid. 3.1 et 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

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

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 6 *supra*), l'instruction menée par l'intimé sur le plan psychiatrique est lacunaire et ne permet par conséquent pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique (art. 44 LPGA), voire pluridisciplinaire afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du recourant sur le plan somatique jusqu'à la date de l'expertise à effectuer.

**8.** En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

**a)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ces frais doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par l'intimé qui succombe.

**b)** Le recourant qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]) et qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. TVA incluse, compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire. Vu que ce montant dépasse l'indemnité arrêtée par prononcé séparé du 9 février 2016 et le montant complémentaire auquel pourrait prétendre le mandataire du

recourant dans le cadre de l'assistance judiciaire, il est renoncé à fixer une indemnité complémentaire.

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

- I. Le recours déposé le 23 décembre 2014 par Q.\_\_\_\_\_ est admis.
  
- II. La décision rendue le 1<sup>er</sup> décembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Les frais de justice, 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 Q.\_\_\_\_\_ le montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Mathieu Blanc (pour Q. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :