

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 octobre 2016

---

Composition : Mme Pasche, présidente  
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Blanc

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 43 al. 1, 44 LPGA ; 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], manœuvre dans la construction, sans formation, a interrompu son activité sur les chantiers en mai 2000 en raisons de lombalgies.

Le 21 juin 2001, l'assuré a déposé sa première 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'OAI ou l'intimé) en indiquant, souffrir de « spondylolisthésis stade I ».

Dans un rapport du 6 juillet 2001, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail :

**« Lombalgies chroniques persistantes non spécifiques. depuis :**

**~1.2000**

- Troubles statiques et spondylolisthésis du 1<sup>er</sup> degré L4-L5 sur lyse isthmique L5 probablement bilatérale.
- Dysbalances musculaires importantes à prédominance lombo-pelvo-crurale.

**Hypermobilité articulaire généralisée probable. »**

Il a conclu que la capacité de travail de l'assuré comme manœuvre de chantier ou d'usine était nulle et que, dans une activité adaptée, la capacité de travail devrait être déterminée en fonction de l'évolution de la situation personnelle du patient. Il a ajouté que le recourant souffrait d'un état anxio-dépressif réactionnel, récidivant, sans répercussion sur sa capacité de travail.

Le 19 décembre 2002, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire (ostéoarticulaire/psychiatrique) au Service médical régional AI (ci-après : SMR), par les Drs J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 10 février 2003, ces médecins ont

posé les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) chez une personnalité émotionnellement labile à traits hypocondriaques et caractériels ; syndrome lombo-vertébral modéré sur spondylolisthésis L4-L5 de degré 1 et trouble somatoforme douloureux secondaire. Ils ont retenu ce qui suit dans leur appréciation du cas :

« Suite aux événements de [...], l'assuré s'est trouvé séparé de sa famille, qui avait pu s'enfuir en territoire [...]. Il n'a pas eu de nouvelles d'eux pendant une année. Il a également été frappé à ce moment par la mort violente de son frère. Après avoir été emprisonné durant quatre mois dans une prison militaire, il parvient à quitter le pays pour l' [...] et la Suisse, où il arrive en [...]. L'assuré essaie alors tant bien que mal de s'adapter, travaillant dès 1995 dans la restauration, puis comme manœuvre, y compris des chantiers [...]. Il connaît un mariage malheureux avec une Italienne, dont il divorce rapidement. L'assuré est alors confronté à l'apparition de douleurs lombosciatalgiques, imputables à un spondylolisthésis du premier degré L4-L5, sur lyse isthmique L5 probablement bilatérale. En 2000, l'assuré perd sa mère, qu'il a juste le temps de revoir durant un ou deux jours avant son décès. Il est profondément touché de ce deuil, qu'il associe à la mort de son frère, estimant, sur le mode de la pensée magique, que le cancer de sa mère a pu être déclenché par le chagrin, lié à la mort de son second fils. L'assuré présente depuis lors une évolution dépressive, qui l'amène à être arrêté dans son travail depuis le 1<sup>er</sup> mai 2000. L'assuré reprendra néanmoins une activité légère comme aide poseur de fenêtre à 50% dès avril 2002. Cette activité n'est cependant pas entièrement adaptée, l'assuré devant fréquemment travailler en torsion ou en porte-à-faux. Il a de ce fait perdu son emploi le 18 décembre 2002. L'assuré n'a plus de médecin-traitant de premier recours, le Dr [...] ayant pris sa retraite. Il reste suivi par le Dr [...], rhumatologue, qui lui prescrit des anti-inflammatoires et des antalgiques, mais aucun traitement psychotrope.

Monsieur Z. \_\_\_\_\_, qui a été un grand sportif et a fait un travail de force, présente un trouble douloureux rachidien qui s'est manifesté d'abord sur un mode discret et mécanique en 1999 et qui s'est décompensé de manière foudroyante en mai 2000 alors qu'il vivait difficilement la maladie ontologique de sa mère. Depuis le décès de celle-ci les douleurs n'ont fait qu'empirer, elles s'étendent à tout le rachis et s'associent à des sensations de froid, de perte de sensibilité globale de tout son MID [membre inférieur droit]. Si l'examen clinique met en évidence un syndrome lombo-vertébral modéré, il n'y a pas d'évidence d'atteinte compressive d'ordre radiculaire, pas de trouble neurologique. Il existe des discordances chez cet assuré qui reste de corpulence athlétique, qui, lorsqu'il est distrait par le déshabillage adopte une gestuelle rachidienne normale mais émet des signes de retrait à l'effleurement des épineuses rachidiennes, qui annonce une absence d'amélioration suite aux différents traitements mis en œuvre depuis plus de 2 ans que ce soit sur le plan médicamenteux, et physiothérapeutique. Il maintient cependant une activité physique régulière au fitness.

Les investigations radiologiques sont décrites de manière concordante et rapportent une discopathie L4-L5 de composante pseudo-inflammatoire sur un spondylolisthesis de premier degré sans instabilité significative. Quand bien même le patient s'est senti mieux en portant un lombostat, il refuse l'idée d'une stabilisation chirurgicale. Du moment que l'on n'a pas mis en évidence d'autre pathologie chez lui telle qu'une ostéoporose, une affection métabolique ou microcristalline qui aurait pu donner une fragilité discale plus étendue on peut s'attendre à une spondylodiscarthrose secondaire spontanée à cet étage qui aurait un effet favorable sur la mobilité segmentaire et il n'est pas exclu que la situation soit mieux tolérée à plus long terme.

La pathologie rachidienne est limitative totalement pour les activités de force, notamment pour son activité antérieure. Elle justifie une activité adaptée dont l'exigibilité, sous réserve d'une évolution radiologique défavorable, est de 100%.

Les limitations fonctionnelles sont :

- le port de charges à 10 kg de manière répétitive et de 20 kg occasionnelle
- les activités sur terrain instable ou sol mouillé
- les activités en positions extrêmes de rotation, flexion, extension du tronc
- les activités de plongeur de fond
- les activités avec engins vibrants ou proches d'un lieu d'explosion
- les activités debout plus de 2 heures d'affilée sans possibilité de changer de position.

**Les limitations fonctionnelles sont sur le plan psychiatrique :** un état dépressif de degré moyen, des angoisses de type hypocondriaque, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité importante, des insomnies, une irritabilité et une interprétativité, entraînant un important retrait social, une personnalité émotionnellement labile à traits hypocondriaques et caractériels, décompensée.

**Concernant la capacité de travail exigible,** elle est limitée à 50% sur le plan psychiatrique dans une activité adaptée à ses limitations biomécaniques. Des mesures de réadaptation professionnelles ne sont pas envisageables, au vu de la fragilité de sa personnalité. Il vaut mieux laisser l'assuré trouver de lui-même une activité adaptée, en suivant les conseils du Dr N.\_\_\_\_\_.

#### **CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE**

0% DANS SES ANCIENS METIERS.

50% DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE. »

Dans un rapport d'examen SMR du 10 février 2003A.\_\_\_\_\_ a relevé que l'examen SMR avait mis en évidence un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne qui limitait la capacité de travail exigible à 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles

bio-mécaniques et que, d'un point de vue psychiatrique, l'assuré n'était pas à même de suivre une réadaptation professionnelle. La Dresse A.\_\_\_\_\_ a conclu que les troubles thymiques avaient habituellement un bon pronostic, raison pour laquelle elle a proposé de demander une révision dans deux ans lors de laquelle le dossier devrait être examiné par le SMR.

Le 18 mars 2003, l'OAI a notifié à l'assuré une décision lui reconnaissant le droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 2001. L'OAI a notamment relevé qu'il disposait d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, correspondant à une capacité de gain annuelle moyenne estimée à 25'636 francs. Sur cette base, il a retenu que l'assuré avait un degré d'invalidité de 52.55%.

**b)** En mai 2005, l'OAI a initié une procédure de révision d'office de la rente et a transmis à cet effet un questionnaire à l'assuré. Le 13 mai 2005, l'assuré a retourné à l'OAI le questionnaire dans lequel il a indiqué que son état de santé était toujours le même et qu'il était suivi par la Dresse B.\_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale.

Le 26 juillet 2005, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a envoyé un rapport à l'OAI dans lequel elle a posé les diagnostics suivants :

« *A.1 Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :*

- Lombalgies persistantes avec sciatalgies D[droites] et syndrome lombovertébral récurrents dans le cadre de :
  - troubles statiques avec anomalie transitionnelle, troubles dégénératifs et spondylolisthésis de grade I à II de L4/L5 sur spondyloloyse de L5.Les lombalgies évoluent depuis le début 2000.
- Trouble dépressif et anxieux chez une personnalité émotionnellement labile à traits hypocondriaques et caractériels

*2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail*

- PSH [Périarthrite scapulo-humérale] G[gauche] récurrente
- Status après rupture du LCA et contusion du genou G (accident du 02.08.03) ».

Au terme de son rapport, elle a indiqué que l'assuré avait débuté une activité saisonnière de [...], contrôleur de billet à la H. \_\_\_\_\_ (ci-après : la H. \_\_\_\_\_), laquelle impliquait notamment le nettoyage de G. \_\_\_\_\_ et ne paraissait dès lors pas adaptée.

Par décision du 7 novembre 2005, l'OAI a constaté que le taux d'invalidité de l'assuré n'avait pas changé et lui a confirmé le maintien de son droit à une demi-rente calculée sur une invalidité fixée à 53%.

**c)** Dans une communication interne du SMR du 19 septembre 2007, la Dresse A. \_\_\_\_\_ a fait état du constat suivant :

« Cet assuré pourrait effectivement reprendre une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues lors de l'examen SMR bidisciplinaire du 19.12.2002. En effet, la capacité de travail réduite à 50% dans une activité adaptée pour des raisons psychiques, mais vu la demande conjointe de l'assuré et de son employeur, nous pouvons déduire que le trouble psychique est en rémission. Sur le plan somatique, la capacité est donc exigible à 100% dans une activité adaptée. Si le poste proposé par l'employeur est adaptée, alors il n'y a aucune contre-indication à un emploi à 100%. »

Selon une communication interne de l'OAI du 20 septembre 2007, l'assuré - après avoir travaillé de manière ponctuelle (pendant les mois d'été) pour la H. \_\_\_\_\_ - se voyait proposer un contrat de durée indéterminée à 100% par cet employeur. Il ressortait également que la H. \_\_\_\_\_ avait pris contact avec l'OAI afin de s'assurer que l'activité hivernale était compatible avec les limitations fonctionnelles de l'assuré et que la reprise d'une activité à temps complet se déroulerait dans les meilleures conditions.

Par décision d'indemnité journalière du 11 octobre 2007, l'OAI a informé l'assuré que sa rente serait fermée (sic) avec effet au 31 décembre 2007, que par conséquent il avait droit à une indemnité journalière réduite pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2007 au 31 décembre

2007 à concurrence de 106 fr. 40 et qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, la rente serait remplacée par une indemnité mensuelle non-réduite de 149 francs.

Selon un avis juriste de l'OAI du 30 mars 2009, l'assuré avait été engagé à 100% depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008 auprès de la H. \_\_\_\_\_ à la suite d'une amélioration de son état de santé. Le juriste concluait que l'assuré était réadapté à satisfaction et que le préjudice économique de celui-ci n'ouvrait pas le droit à une rente.

**d)** Le 26 octobre 2009, l'assureur perte de gain maladie de la H. \_\_\_\_\_ a déposé un formulaire de détection précoce au nom de l'assuré. Il a indiqué que ce dernier était en incapacité de travail totale depuis le 24 août 2009 en raison de lombalgies aiguës. Il a produit en annexe des certificats médicaux de la Dresse B. \_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail jusqu'au 30 octobre 2009 ainsi qu'un rapport du 7 octobre 2009 de cette médecin à l'assureur maladie de l'assuré.

Selon un rapport d'évaluation de l'OAI du 22 décembre 2009, les activités de l'assuré dans le cadre de son travail à la H. \_\_\_\_\_ se faisaient en position debout et impliquaient souvent des porte-à-faux ainsi que des ports de charges.

Sur proposition de l'OAI, l'assuré a déposé une demande de prestations AI le 27 janvier 2010. Il a précisé souffrir de « problèmes de dos, hernie ».

Dans un rapport du 22 février 2010, le Dr N. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques et de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée.

Selon un compte rendu d'entretien du 26 février 2010 de l'OAI, l'assuré était spontanément venu annoncer sa reprise d'emploi depuis le 1<sup>er</sup> février 2010 auprès de la H. \_\_\_\_\_ et ne souhaitait en conséquence pas que l'instruction de sa demande AI soit poursuivie.

Dans un rapport du 30 mars 2010, le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR a constaté que l'assuré avait repris son activité professionnelle à 100% dès le 1<sup>er</sup> février 2010 et que l'exigibilité dans l'ancienne professionnelle était donc de 100%. Sur cette base, par décision du 15 juin 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 27 janvier 2010, dès lors que l'assuré avait pu reprendre son emploi habituel à temps complet dès le 1<sup>er</sup> février 2010.

**e)** Le 3 mai 2011, la H. \_\_\_\_\_ a adressé un nouveau formulaire de détection précoce à l'OAI au nom de l'assuré, en raison des absences répétées de ce dernier pour des problèmes de dos.

Dans une communication interne du 29 juin 2011, l'OAI a relevé qu'au vu des arrêts de travail réguliers de l'assuré, il conviendrait de se poser la question de la réelle adéquation de l'activité exercée aux limitations fonctionnelles, notamment au regard du rapport du 24 mars 2010 du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Selon ce rapport, l'assuré lui avait été adressé pour une prise en charge rééducative, laquelle avait été effectuée du 4 au 22 janvier 2010. A la question de savoir dans quelle mesure et avec quel profil du point de vue des charges l'assuré pourrait travailler, le Dr X. \_\_\_\_\_ avait répondu ce qui suit : « activité adaptée évitant les ports de charges, ne dépassant pas 10 kg ainsi que les postures statiques prolongées, le patient pourrait fonctionner à 50% ».

Par courrier du 3 août 2011, l'OAI a fait part à l'assuré de ses doutes quant à l'adéquation à ses limitations fonctionnelles de son métier auprès de la H. \_\_\_\_\_, en relevant que son employeur avait confirmé ne pas pouvoir adapter son poste de travail de manière plus optimale ou envisager un changement d'affectation durant la période de l'année où les arrêts de travail étaient fréquents.

Par courrier du 22 août 2011, la H. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assuré avait principalement des difficultés à assumer l'activité de la saison hivernale (l'atelier G. \_\_\_\_\_) laquelle engendrait des contraintes

physiques. Elle a relevé que si l'assuré pouvait avoir un soutien pour cette tâche qu'il assumait difficilement hors belle saison, elle pourrait avoir des garanties sur la pérennité de son activité au sein de la société.

Dans un rapport du 7 mai 2012, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir à la Dresse B.\_\_\_\_\_ qu'il avait rencontré l'assuré le 2 mai 2012. Il a fait l'appréciation suivante de la situation :

« Les clichés dynamiques montrent une ankylose spontanée entre L4-L5, certes dans une position cyphotique. Un geste chirurgical de réduction et de stabilisation est en théorie possible. Néanmoins, ce patient ne présente pas de symptômes liés à sa sténose foraminale et on prend un pari de modifier l'ankylose spontanée vers une spondylodèse qui peut être sera en position meilleure radiologiquement. Les risques d'échec pour les lombalgies ne sont pas loin de 40% si nous suivons la littérature. Ceci est également mon expérience personnelle. Par contre, s'il présente des radicualgies, nous avons au moins 80% de chance de lui améliorer les douleurs.

Pour l'instant, je pense que l'indication opératoire est plutôt médiocre, même si l'imagerie est impressionnante.

J'ai proposé au patient de le revoir dans 6 à 12 mois pour refaire un nouveau cliché pour confirmer que la situation est tout à fait stabilisée et qu'il n'y a pas de destruction osseuse ou de déplacement avec le temps, ce qui me paraît en théorie peu probable. »

Le 29 septembre 2012, l'assuré a eu un accident.

Par courrier du 6 juin 2013 au médecin conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), la Dresse B.\_\_\_\_\_ a résumé les suites de l'accident en ces termes :

« Je suis en tant que médecin traitant le patient susnommé depuis plusieurs années.

Monsieur Z.\_\_\_\_\_ qui est âgé de [...] ans exerçait l'activité professionnelle d'employé à la H.\_\_\_\_\_, avec une activité de T.\_\_\_\_\_ en été, et d'employé sur les chantiers à la maintenance des G.\_\_\_\_\_ en hiver. Il a été victime en 2003 d'un accident avec chute dont il a résulté un traumatisme du genou G avec à l'IRM une déchirure du ligament croisé antérieur s'accompagnant d'une contusion osseuse et d'un épanchement articulaire. Le traitement a été conservateur.

Il a présenté un nouvel accident le 29 septembre avec un lâchage du genou dont il a résulté une lésion méniscale en anse de seau qui a motivé une arthroscopie du genou G pour suture de lésion méniscale le 11 octobre 2012 par le Dr F. \_\_\_\_\_ à Vevey. Les suites de cette intervention ont été marquées par des douleurs invalidantes et par l'aggravation d'une instabilité antérieure de grade III sur déchirure du LCA. Finalement le Dr F. \_\_\_\_\_ est réintervenu sur ce genou le 04 décembre 2012 et a réalisé une reconstruction des ligaments croisés antérieurs à l'aide des tendons ischio-jambiers, sous arthroscopie.

Depuis lors l'évolution a été marquée par des douleurs invalidantes et persistantes, avec un épanchement persistant et une limitation fonctionnelle articulaire. Les douleurs sont localisées au compartiment interne du genou G ainsi que dans la région paratrotulienne interne mais aussi sur le compartiment externe.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail était de 50% à partir du 18 mars 2013 dans une activité allégée, puis de 100% à compter du 1<sup>er</sup> avril 2013.

Monsieur Z. \_\_\_\_\_ s'est présenté sur son lieu de travail le 18 mars. Il a à nouveau été affecté à la maintenance des G. \_\_\_\_\_, activité qui impose le maintien de postures défavorables et notamment à genoux ce qui actuellement n'est tout simplement pas possible. 48 heures plus tard, son licenciement lui a été signifié pour fin juillet 2013.

Il est clair que Monsieur Z. \_\_\_\_\_ n'a pas retrouvé sa capacité de travail antérieure dans l'activité d'ouvrier sur un chantier [...]. J'ai contacté par le téléphone le Dr F. \_\_\_\_\_ qui m'a confirmé que cette capacité de 50% était limitée à une activité adaptée. Il a estimé que l'employeur n'avait qu'à fournir à l'assuré un travail adapté.

Je vous ai adressé en date du 1<sup>er</sup> mai une copie de la lettre que j'avais envoyée au Dr F. \_\_\_\_\_ dans laquelle je recommandais la poursuite du traitement de rééducation pour améliorer les capacités fonctionnelles du patient et j'avais recommandé d'envisager une hospitalisation à la clinique de la SUVA. Aucune suite n'a été donnée à ce courrier, et en date du 24 mai 2013, le patient a été informé que la SUVA cessait de lui octroyer toutes prestations.

Je vous serais donc reconnaissante de bien vouloir convoquer ce patient pour un examen médical.

Précisons que d'autre part la situation s'est dégradée au cours des derniers mois en ce qui concerne les lombalgies chroniques dont il souffre, qui relèvent de troubles dégénératifs. Il est en effet connu pour une discarthrose L4-L5 protrusive dans un contexte de spondylolisthésis de grade II de L4 sur L5 sur spondylolyse de L4 bilatérale. Le patient a déjà été examiné à 2 reprises dans le service du Professeur W. \_\_\_\_\_, où une intervention chirurgicale de stabilisation a été proposée, mais que le patient pour l'instant ne souhaite pas préférant poursuivre les mesures conservatives. »

Le 18 mars 2013, l'assuré s'est présenté sur son lieu de travail. Le 20 mars 2013, la H. \_\_\_\_\_ l'a licencié pour fin juillet 2013.

**B.** Le 20 juin 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en indiquant être en incapacité de travail totale depuis le 29 septembre 2012, signalant souffrir de problèmes lombaires et de genou. A l'appui de cette demande, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a établi un rapport du 12 juillet 2013 destiné à l'OAI. Elle y a expliqué que depuis 2009, la situation de l'assuré s'était péjorée avec une aggravation de son état de santé nécessitant des arrêts de travail de plus en plus fréquents.

Le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à la CNA, a examiné le patient à l'agence. Dans son rapport du 23 juillet 2013, il a relevé ce qui suit :

#### « 4. Constatations

Il s'agit d'un patient de 42 ans, trapu et bien musclé, à la thymie légèrement abaissée, en état général conservé.

##### **Genou gauche :**

Il n'y a pas de perturbation des épreuves de marche.

L'accroupissement s'interrompt assez vite mais il est symétrique.

En station debout, le patient se tient en charge équivalente des MI qui paraissent normo-axés. Il n'y a pratiquement pas d'amyotrophie de la cuisse G.

En décubitus dorsal, le genou G s'étend complètement. Il est calme et ne présente aucun signe réactif local. La mobilisation s'effectue librement. La flexion est complète.

Il n'y a pas de signes méniscaux vrais ni de signes rotuliens nets.

Il n'y a pas de laxité résiduelle notable.

Le quadriceps a un bon tonus et une bonne force.

##### **5. Appréciation**

(...).

Actuellement le patient dit qu'il n'est pas bien remis. Il a des douleurs à la face antérieure du genou. Il boite. Il est limité dans ses déplacements. La nuit, il doit maintenir son genou en légère flexion pour ne pas avoir de douleurs. Il a aussi vu ses douleurs lombaires s'aggraver.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient trapu et bien musclé qui ne semble avoir aucune limitation fonctionnelle notable.

Objectivement le genou G est calme et ne présente aucun signe réactif local. La mobilisation s'effectue librement. La mobilité est complète. Il n'y a pas de signes méniscaux vrais ni de signes rotuliens nets. Il n'y a pas de laxité résiduelle notable. Le quadriceps a un bon tonus et une bonne force. Il n'y a pratiquement pas d'amyotrophie de la cuisse G.

Une pleine capacité de travail a été reconnue au patient dès le 01.04.2013.

Licencié, celui-ci a immédiatement émis des réserves à ce sujet que la Dresse B. \_\_\_\_\_ a relayées. On va donc adresser le patient à la E. \_\_\_\_\_ en vue d'un complément de rééducation et d'une observation stationnaire et multidisciplinaire.

(...). »

Du 30 juillet au 21 août 2013, l'assuré a séjourné à la E. \_\_\_\_\_ (ci-après : la E. \_\_\_\_\_). Dans un rapport du 30 août 2013, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et chirurgie orthopédique à la E. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics suivants :

« **DIAGNOSTICS PRINCIPAUX**

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies gauches.

**DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES**

- Gonalgies gauches non spécifiques
- Entorse du genou gauche le 29.09.2012
- Probable petite déchirure radiaire de la corne postérieure du ménisque interne
- Chondromalacie de la rotule
- OP le 04.12.2012 : reconstruction du LCA aux ischio-jambiers
- OP le 12.10.2012: suture du ménisque interne effectuée
- Contusion du genou gauche, avec déchirure du LCA en 2003, traitée conservativement
- Lombalgies chroniques
- Troubles dégénératifs lombaires. »

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a estimé que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable sur la base des éléments objectifs à disposition qui étaient rassurants (examen clinique, IRM, laximétrie). En revanche, les éléments contextuels non médicaux étaient selon lui susceptibles de ralentir la réinsertion professionnelle.

Dans son rapport du 2 septembre 2013 à l'OAI, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail :

« Lombalgies persistantes avec syndrome lombo-vertébral récurrent et sciatalgies D[roites] à G[auches] à bascule, de topographie L5, dans le cadre de :

- Trouble statiques avec anomalie transitionnelle, troubles dégénératifs sévères et spondyloisthésis de grade II de L4/L5 sur spondylolyse bilatérale de L4 (depuis de nombreuses années, avec exacerbation en janvier 2000)

Gonalgies G persistantes dans le cadre de troubles dégénératifs

- Status après reconstruction des ligaments croisés antérieurs à l'aide des tendons ischio-jambiers sous arthroscopie (depuis le 04.12.2012)

Status après arthroscopie du genou G pour suture de lésion en anse de seau (depuis 11.10.2012)

Status après rupture du LCA et contusion du genou G post-traumatique (depuis le 02.08.2003)

Syndrome d'hypermobilité articulaire (depuis toujours)

Trouble dépressif et anxieux chez une personnalité émotionnellement labile depuis 2000 (depuis 2000). »

La Dresse B.\_\_\_\_\_ a également décrit le pronostic de l'assuré en ces termes :

« La situation s'aggrave progressivement au plan des lombalgies, qui ont été mises en rapport avec des troubles statiques (rectitude lombaire), ainsi qu'avec une anomalie transitionnelle, avec une hyperplasie du processus transverse G de L5, avec une néo-articulation de l'aileron sacré G. Hypoplasie de l'hémicorps vertébral de L4 à G, et probablement de L5 à G. Antélisthésis de L4/L5 de grade II, mesuré entre 11 et 12 mm, et qui est instable en flexion et extension mais augmente à 13 mm. Importante discopathie L4-L5. Disparition de la hauteur de l'espace intervertébral et une importante sclérose des plateaux vertébraux. Un pincement L5-S1 postérieur majeur est présent.

L'IRM de septembre 2009 confirme l'antélisthésis de L4/L5 de 1,4 cm, de grade II, sur lyse isthmique bilatérale de L4. Le corps vertébral de L4 a pris un aspect cunéiformisé postérieurement du fait du spondylolisthésis. Le disque est complètement affaissé et déshydraté et il bombe dans le canal. Le glissement de L4/L5 associé à la discopathie protrusive et à une spondylose des plateaux vertébraux, sténose fortement les deux trous de conjugaison. Un œdème sous les plateaux vertébraux de cet espace est présent. Quant au canal lombaire, il est légèrement rétréci à D à cette hauteur, en raison des troubles dégénératifs. Quant au disque L5-S1, il est affaissé mais encore assez bien hydraté. Il bombe légèrement dans le canal. Une minime ostéophytose des plateaux vertébraux est associée, le tout rétrécissant légèrement les deux trous de conjugaison et particulièrement le G. Il n'y a pas d'image de hernie discale. M. Z.\_\_\_\_\_ a été présenté au Dr W.\_\_\_\_\_ PD, MER, médecin chef du service de chirurgie du Rachis de l'K.\_\_\_\_\_ à [...]. Il confirme le diagnostic de lombalgies sur spondylolisthésis L4-L5 isthmique de 2ème degré, avec héli-sacralisation D de L5. Il précise que de nouveaux clichés ont été réalisés, dynamiques, qui démontrent une ankylose de L4 à L5 dans une position cyphotique. Un geste chirurgical

de réduction et de stabilisation est en théorie possible mais néanmoins il estime qu'il n'y a pas lieu actuellement de proposer ce geste car le patient ne présente pas de symptôme neurologique. L'indication opératoire doit être différée car le patient ne présente pas de symptôme radiculaire même si l'imagerie est "impressionnante".

Il a revu le patient en novembre 2012. Les clichés radiographiques du jour ne démontrent pas de progression du spondylolisthesis ou de la cyphose, et il préconise pour l'instant de s'abstenir de spondylodèse à moins que le patient ne développe d'atteinte radiculaire résistante au traitement conservateur. Relevons que le patient est toujours aussi anxieux à l'idée d'une intervention chirurgicale sur son rachis.

Il est bien évident que 13 ans après la première demande d'AI, la situation ne s'est pas améliorée au plan des lombalgies.

Le patient est toujours dans l'incapacité de réaliser une activité professionnelle lourde et contraignante pour le rachis. Dans une activité adaptée, il devrait être en mesure de reprendre une activité de 50%.

Il serait très important de pouvoir prendre contact avec la H. \_\_\_\_\_ pour leur demander s'il était possible d'envisager le retour du patient à son poste de T. \_\_\_\_\_ pour la saison d'été, et de lui reconnaître une invalidité de 100% en hiver, puisque l'activité sur un chantier [...] est évidemment contre-indiquée ».

Dans un rapport du 20 septembre 2013, le Dr F. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une entorse grave du genou gauche en octobre 2012 ainsi qu'une discopathie L4-L5. Il a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 18 mars 2013 pour les problèmes dorso-lombaires. A la question de savoir quels étaient les travaux qui pouvaient encore être exigés de la personne assurée, il relevait que les activités accroupies ou à genoux ne pouvaient plus être exercées.

Dans un avis du 25 janvier 2014, le Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR a notamment fait état des éléments suivants :

« *Notre réponse est la suivante* : nous précisons d'emblée que c'est à l'assuré d'apporter la preuve d'un changement significatif de son état de santé dans cette situation. Pour cette 3<sup>ème</sup> demande, les documents à disposition apportent des éléments nouveaux selon les nombreux RM à disposition. Manifestement, sur le plan ostéoarticulaire, la position du Dr B. \_\_\_\_\_, rhumatologue est explicite. L'IT est de 100% depuis le 29.09.12, et la CTAH est bien nulle définitivement au vu des séquelles du genou G. Néanmoins, comme exprimé ci-dessus, l'assuré ayant émis le souhait de revenir à son ancienne activité d'opticien, nous pouvons considérer qu'à 6 mois de l'intervention, qu'il retrouve une CTAA de 100% dans un poste sédentaire à semi-sédentaire, de préférence en position assise avec alternance de la position debout/assise. Nous fixons donc cette date de réadaptation au

01.04.13, l'assuré ayant déjà montré sa capacité à rebondir dans le marché primaire. La situation étant claire, nous fermons le dossier comme suit.

*Synthèse* : la nouvelle IT durable est fixée au 29.09.12. L'IT est de 100% depuis. La CT dans l'activité habituelle est nulle définitivement ; dans une activité adaptée, elle est de 100% dès le 01.04.13. *Les LF sont les suivantes* : inapte activité uniquement debout, déplacements en terrain irrégulier, accroupie ou à genoux, travail en hauteur, port de charges. Apte dans un poste sédentaire à semi-sédentaire, de préférence en position assise avec alternance de la position debout/assise.

*Au total*, nous suivons tes conclusions telles que formulées ci-dessus. Elles sont justes et convaincantes au regard de la maladie et du métier qu'exerçait l'assuré. »

Le 3 octobre 2014, l'OAI a rendu un projet de décision refusant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Il a relevé qu'il ne pouvait plus exercer son activité habituelle de T.\_\_\_\_\_ depuis le 29 septembre 2012, mais présentait depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à sa situation qui respectait ses limitations fonctionnelles, soit : pas d'activité uniquement debout, pas de déplacements en terrain irrégulier, pas de position accroupie ou à genoux, pas de travail en hauteur, pas de port de charges ; activité sédentaire à semi-sédentaire, de préférence en position assise avec alternance de la position debout/assise. Compte tenu de ces limitations fonctionnelles, l'OAI retenait un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité et arrivait ainsi à un degré d'invalidité de 11.92%.

Le 27 octobre 2014, par l'intermédiaire de son conseil, Me Jean Jacques Schwab, l'assuré a formé opposition au projet de décision susmentionné, en contestant avoir retrouvé une capacité de travail totale, même dans une activité adaptée.

Dans un certificat du 12 novembre 2014, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a fait les observations suivantes :

« (...).

L'incapacité de travail est de 50% dans son activité de sous-T.\_\_\_\_\_ à la H.\_\_\_\_\_, et de 50% dans une activité adaptée également. Il n'y a pas de possibilité d'augmenter la capacité de travail de cet assuré.

L'analyse de ce dossier a été bâclée à l'Office de l'Assurance Invalidité, tout en relevant que Monsieur Z. \_\_\_\_\_ n'a jamais été examiné par un médecin du service médical. Aucune expertise n'a également été réalisée.

Monsieur Z. \_\_\_\_\_ souffre de lombalgies spécifiques, sur troubles dégénératifs sévères, et qui s'accompagnent de syndrome radiculaire récurrent donc de complication neurologique. Une chirurgie stabilisatrice aurait probablement pu permettre de stabiliser la situation et d'améliorer la symptomatologie douloureuse. Le patient n'a cependant pas obtenu de garantie de 100% de chance de succès, raison pour laquelle il a préféré renoncer.

La situation s'est par la suite décompensée après les interventions chirurgicales sur le genou gauche qui ont été réalisées en octobre et décembre 2012. Les suites ont été très longues et difficiles. Le chirurgien orthopédiste a dû probablement reconnaître une pleine capacité de travail, sans aucune considération pour le reste de la problématique rachidienne. »

Par avis du 19 décembre 2014, le Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé ce qui suit :

« Date de la demande : 20.06.13. Nle demande après refus : **audition.**

*Rappel : 1/ dossier connu depuis 2001; 1' demande et cf. Rapport Médical SMR du Dr A. \_\_\_\_\_, le 10.02.03, CT Activité Habituelle 0% Activité Adaptée 50% suite à examen SMR rhumatopsychiatrique du 19.12.02: trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) chez une personnalité émotionnellement labile à traits hypocondriaque et caractériels avec TSD, et syndrome lombovertébral modéré avec spondylolisthésis L5-S1 de degré 1. Une 1<sup>ère</sup> rév. intervint en 05 avec prorogation de la ½ rente (Inv. : 53%). En 2007, après essai à 50%, l'assurée a pu travailler auprès de la H. \_\_\_\_\_ à 100% dès oct.07 et la rente est supprimée. En 2009, après 2 ans de travail comme sous T. \_\_\_\_\_, l'assurée affirme être capable de reprendre son ancienne AH comme opticien. Une nouvelle demande (la 2<sup>ème</sup>) survint en 2010: cf. 2<sup>ème</sup> RM SMR du Dr Q. \_\_\_\_\_, le 30.10.10, CTAHAA100% suite à la même problématique ostéoarticulaire que ci-dessus + déconditionnement musculaire. La décision de refus fit suite au 15.06.10, d'autant que l'assuré avait repris spontanément son AH dès fèv.2010.*

2/ une 3<sup>ème</sup> demande intervint le 20.06.13 de la part de ce T. \_\_\_\_\_, âgé de [...] ans maintenant, suisse d'origine [...], séparé + 2 enfants, sans formation ; il était licencié en juillet 2013. Il était en IT depuis le 29.09.12 pour des raisons somatiques. Le Dr B. \_\_\_\_\_, rhumatologue, indiquait le 12.07.13 et le 02.09.13 que l'assuré avait été victime d'un accident le 29.09.12 avec entorse grave du genou G en oct.12, nécessitant une plastie du LCA : l'IT était de 100% depuis. L'Hop. de [...] confirmait sur le plan orthopédique l'atteinte et les séquelles du genou G post intervention, et les problèmes de dos connus depuis de nombreuses années. NB: ceux-ci ne l'avaient pas empêché de travailler dans un poste non adapté (cf. ci-dessus). Le Dr F. \_\_\_\_\_, orthopédiste corroborait le 07.10.13 cette situation.

Comme vous demandiez de nous déterminer, *notre avis SMR du 25.01.14* précisait d'emblée que c'était à l'assuré de rendre plausible un changement significatif de son état de santé dans cette situation. Pour cette 3<sup>ème</sup> demande les documents à disposition apportaient des éléments nouveaux selon les nombreux RM à disposition. Manifestement sur le plan ostéoarticulaire, la position du Dr B.\_\_\_\_\_, rhumatologue était explicite. L'IT était de 100% depuis le 29.09.12, et la CTAH est bien nulle définitivement au vu des séquelles du genou G. Néanmoins, comme exprimé ci-dessus, nous pouvions considérer qu'à 6 mois de l'intervention, qu'il retrouvait une CTAA de 100% dans un poste sédentaire à semi-sédentaire, de préférence en position assise avec alternance de la position debout/assise. Nous avons fixé donc cette date de réadaptation au 01.04.13 l'assuré ayant déjà montré sa capacité à rebondir dans le marché primaire. La situation étant claire, nous avons fermé le dossier selon cette *synthèse* : la nouvelle IT durable était fixée au 29.09.12. L'IT était de 100% depuis. La CT dans l'activité habituelle était nulle définitivement ; dans une AA, elle était de 100% dès le 01.04.13. *Les LF étaient les suivantes* : inapte activité uniquement debout, déplacements en terrain irrégulier, accroupie ou à genoux, travail en hauteur, port de charges. Apte dans un poste sédentaire à semi-sédentaire, de préférence en position assise avec alternance de la position debout/assise.

3/ Par la suite, l'assuré est bien inscrit à l'ORP à 50% depuis le 01.11.13. Il souhaitait même retravailler dans son AH à la H.\_\_\_\_\_. Le projet de refus du 03.10.14 déclenche une procédure d'audition par l'intermédiaire de son conseil, le 27.10.14. Il nous est reproché essentiellement de n'avoir procédé à aucun examen. Il prétexte par la même occasion que du fait d'un état dépressif en 03, et d'une CT exigible à 50% à l'époque, le projet de décision ne faisait en aucun cas part de l'aspect psychique. Le Dr B.\_\_\_\_\_ prétend le 12.11.14 (pièce du 04.12.14) que l'instruction aurait été bâclée, que les CT serait de 50% dans toute activité, et que la composante rachidienne n'aurait pas été prise en compte. *Vous demandez notre position.*

*Notre réponse* : nous sommes surpris par la tournure du dossier alors que le point 2 était clair et qu'aucune pathologie psychiatrique n'était avancée, que notre position lui était favorable. L'assuré s'était même inscrit à nouveau à l'ORP, et il avait redemandé à retravailler à la H.\_\_\_\_\_ dans son ancienne AH ! Par ailleurs, nous recevons a posteriori le dossier Suva (cf. Ged du 17.10.13) ; l'assuré a bien séjourné à la [...] du 30.07 au 21.08.13, tous les diagnostics sont bien pris en compte, la situation était considérée comme stabilisée, sans limitations retenues, le pronostic de réinsertion dans l'AH était favorable, mais « en revanche des éléments contextuels non médicaux étaient susceptibles de ralentir la réinsertion médicale ». L'IT était bien de 0% dès le 26.08.13 selon ces hospitaliers experts. Il n'existait pas d'atteinte psy. patente aussi selon ce compte rendu, et l'assuré avait été vu par plusieurs spécialistes de la clinique. Nous avons même un examen du médecin d'arrondissement du Dr M.\_\_\_\_\_, le 23.07.13. Ce dernier reconnaissait une pleine CT dès le 01.04.13. Le complément d'examen à la [...] confirme cet examen. Au vu de ces 2 pièces essentielles et de notre prise de position antérieure (plus que favorable à l'assuré !!), nous ne

changeons pas notre position. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures.

*Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée.»*

Par décision du 4 décembre 2015, l'OAI a confirmé son projet du 3 octobre 2014.

**C.** Par acte du 21 janvier 2016, Z.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Joël Crettaz, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. Il a pour l'essentiel fait valoir que sa demande de rente n'avait pas été valablement instruite, en violation de l'art. 43 LPGa. Il a notamment produit avec son recours un rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2016, à la teneur suivante :

« (...).

Le Dr L.\_\_\_\_\_, se contente de reprendre des rapports qui ont été adressés à l'Office AI, notamment par moi-même, mais je constate et à nouveau qu'aucun examen clinique n'a été réalisé ni expertise. De surcroît le Dr L.\_\_\_\_\_ se base sur le dossier de la SUVA qui mentionne suite au séjour à la Clinique à [...] du 30.07 au 21.08.2013 d'une situation stabilisée et sans limitation avec un pronostic de réinsertion favorable et une incapacité de 0 % à daté du 26.08.2013. Or il est bien évident que la problématique rachidienne n'a pas été abordée du tout à la SUVA. Relevons également que son dossier radiographique n'a jamais été demandé ce qui est assez sidérant.

[...]

La situation au niveau du dos me paraît s'aggraver progressivement au fil du temps, le patient signalant des blocages récurrents toutes les deux ou trois semaines après des efforts souvent minimes. Il souffre de douleurs chroniques, avec des sciatiques récurrentes, qui prédominent au membre inférieur droit, symptomatologie de topographie L5 le plus souvent, et qui occasionnait fréquemment des paresthésies dans les membres inférieurs. Je n'ai jamais objectivé de déficit sensitivo-moteur, mais par contre des signes radiculaires irritatifs à plusieurs reprises, de même que des épisodes de syndrome lombo-vertébral (blocage du dos).

Un avis orthopédique a été sollicité à deux reprises en 2010 et 2012 auprès du Professeur W.\_\_\_\_\_, afin de préciser l'indication à une spondylodèse lombaire afin de stabiliser le spondylolisthésis L4-L5 qui n'a que peu évolué au cours des 15 dernières années, la discopathie L4-L5 ayant beaucoup progressé, le Professeur W.\_\_\_\_\_ a proposé une intervention chirurgicale, mais que le

patient n'a pas souhaité. Les risques ont en effet été détaillés au patient qui a préféré ne pas les prendre, car on ne pouvait lui garantir un succès à 100% et surtout l'absence de douleurs lombaires par la suite. Il me paraît très collaborant, fiable, se présentant aux rendez-vous de manière tout à fait ponctuelle. Il a toujours adhéré aux propositions thérapeutiques formulées, et il pratique régulièrement ses exercices à domicile ainsi qu'un programme d'exercices.

On ne peut donc se contenter des conclusions succinctes du Service Médical Régional de l'AI qui conclut à une capacité de 100%, mais n'a absolument pas tenu compte de l'histoire de la problématique rachidienne de ce patient, se basant sur des conclusions orthopédiques pures, mais où la situation au plan rachidien n'avait pas été prise en compte. »

Concernant les troubles psychologiques, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a relevé qu'il serait très utile d'expertiser le recourant qui était de nature anxieuse et souffrait d'une thymie déprimée. La Dresse B.\_\_\_\_\_ a encore observé ce qui suit :

« On ne peut donc se contenter des conclusions succinctes du Service Médical Régional de l'AI qui conclut à une capacité de 100%, mais n'a absolument pas tenu compte de l'histoire de la problématique rachidienne de ce patient, se basant sur des conclusions orthopédiques, mais où la situation au plan rachidien n'avait pas été prise en compte. »

Par décision du 8 février 2016, le Juge instructeur a octroyé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 21 janvier 2016 et désigné Me Joël Crettaz en qualité de conseil d'office.

Dans sa réponse du 11 avril 2016, l'intimé a estimé que des mesures d'instruction étaient nécessaires, sous forme d'une expertise rhumato-psychiatrique. Il a produit un avis du Dr D.\_\_\_\_\_ du 15 mars 2016, à la teneur suivante :

« Date de la demande : 20.06.13. **Recours.**

*Rappel: 1/ dossier connu depuis 2001 ; 1<sup>ère</sup> demande : cf. Rapport Médical SMR du Dr A.\_\_\_\_\_, le 10.02.03, CT Activité Habituelle 0% Activité Adaptée 50% suite à examen SMR rhumato-psychiatrique du 19.12.02: trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) chez une personnalité émotionnellement labile à traits hypocondriaque et caractériels avec TSD, et syndrome lombovertébral modéré avec spondylolisthésis L5-S1 de degré 1. Une 1<sup>ère</sup> rév. intervint en 05 avec prorogation de la ½ rente (Inv. : 53%). En 07, après essai à 50%, l'assurée avait pu travailler auprès de la H.\_\_\_\_\_ à 100% dès oct.07 et la rente fut supprimée. En 09, après 2 ans de travail comme sous T.\_\_\_\_\_, l'assurée affirma être capable de reprendre son ancienne AH comme opticien. Une 2<sup>ème</sup>*

demande survint en 2010: cf. 2<sup>ème</sup> RM SMR du Dr Q.\_\_\_\_\_, le 30.10.10, CTAHAA100% suite à la même problématique ostéoarticulaire que ci-dessus + déconditionnement musculaire. La décision de refus fit suite au 15.06.10, d'autant que l'assuré avait repris spontanément son AH dès fèv.10

2/ une 3<sup>ème</sup> demande intervint le 20.06.13 de la part de ce T.\_\_\_\_\_, âgé de [...] ans maintenant, suisse d'origine [...], séparé + 2 enfants, sans formation : cf. *notre avis SMR détaillé du 19.12.14, CTA140% dès le 29.09.12, AA100% dès le 01.04.13 avec les LF telles que mentionnées*. Par la suite, l'assuré est bien inscrit à l'ORP à 50% depuis le 01.11.13, souhaitant même retravailler dans son AH à la H.\_\_\_\_\_. Le projet de refus du 03.10.14 déclencha une procédure d'audition par l'intermédiaire de son conseil, le 27.10.14 prétextant que l'aspect psychique n'aurait pas été pris en compte, ni la composante rachidienne. Malgré nos explications détaillées, les avis des hospitaliers de la E.\_\_\_\_\_, un examen du médecin d'arrondissement de la Suva (Dr M.\_\_\_\_\_), un recours fit suite.

3/ le recours contre la décision du 04.12.15 (degré d'invalidité de 12%) se baserait sur une instruction médicale lacunaire : le recourant demande l'annulation de la décision et renvoi du dossier à l'administration pour complément d'instruction, puis nouvelle décision. Vous demandez de prendre connaissance du rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 18.01.16, ainsi que celui du Dr W.\_\_\_\_\_ du 08.01.10, qui n'avaient pas été versés au dossier auparavant, et de vous faire part de votre analyse de la situation avec éventuelles propositions dans ce contexte. Vous précisez, qu'étant entrés en matière sur la demande de prestations du 20.06.13, nous devons procéder d'office à une instruction complète de toutes les atteintes pour lesquelles nous avons des indices, même légers. Si les rapports en notre possession ne permettent pas de se faire une idée suffisamment claire et objective de la situation, ou en présence d'éléments contradictoires, vous précisez devoir mettre en place de nouvelles mesures d'instruction, voir une expertise médicale. Cela vaut également pour la procédure d'audition.

*Notre réponse* : le RM du 18.01.16 reprend essentiellement notre argumentation en 2/ concernant le genou G et le rachis, mais si nous sommes d'accord que la CTAH soit de 0% ou 50% comme affirmé par le Dr B.\_\_\_\_\_, celui-ci n'explique pas forcément pourquoi elle ne pourrait pas être de 100% dans une AA complètement adaptée affirmant par ailleurs que nos conclusions sont succinctes. Sur le plan psy, il affirme qu'une expertise est nécessaire, même s'il n'est pas persuadé que cela ne pourrait justifier une incapacité à travailler. Veuillez noter que son argumentation psy. en p.4 est superposable à nos déductions en 2/. Pour le RM du Dr W.\_\_\_\_\_, le 08.01.10, le diagnostic de la p.1 n'entraîne « aucun trouble neurologique » (sic) et nous ne voyons pas pourquoi dans une AA, il ne pourrait atteindre au moins 80%, si ce n'est 100%. Au vu du contexte, nous suggérons la mise en place donc d'une expertise rhumato-psychiatrique, répondant en plus aux critères ATF du 07.06.15.

*Au total*, afin de déterminer précisément la CT, ainsi que les LF, plaise au tribunal de céans de réaliser :

**une expertise rhumato-psychiatrique**

(+aptitude à la conduite). »

Par réplique du 10 mai 2016, le recourant a adhéré à la proposition de l'OAI de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Il a toutefois relevé que cette expertise devrait être de nature rhumatologique et psychiatrique mais aussi orthopédique s'agissant de la problématique du genou. Il a proposé de mandater les médecins de l' [...] (ci-après : [...]) de la [...] à [...]

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

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile compte tenu des fêtes de Noël (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si le recourant peut prétendre à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

Le litige s'inscrit dans le contexte d'une nouvelle demande de prestations AI, faisant suite à une précédente décision de rejet du 15 juin 2010. Précédemment, un droit à une demi-rente avait été reconnu dès le 1<sup>er</sup> mai 2001, par décision initiale du 18 mars 2003 et confirmé le 7 novembre 2005, compte tenu d'un degré d'invalidité de 50%. En 2007, le versement d'une demi-rente d'invalidité avait été supprimé en raison d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré au plan psychique et du fait que celui-ci avait repris une activité professionnelle à 100% auprès de la H.\_\_\_\_\_.

**3. a)** L'invalidité se définit comme 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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Au cours des dernières années, la jurisprudence a plus particulièrement dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 49).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a toutefois modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (cf. ATF 141 V 281 consid. 4 ss ; cf. consid. 3c/bb infra). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7).

Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2).

Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la

classification sont réalisées (cf. TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 avec les références citées).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

**c)** Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], dispositions correspondant aux al. 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (133 V 108 consid. 5.2 et 130 V 64 consid. 2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la

décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

**d)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a 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 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. art. 61 let. c LPGA). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; également TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4.** En l'espèce, l'autorité intimée est entrée en matière sur la nouvelle demande du recourant. L'existence d'un motif de révision n'est en outre pas contestée, dès lors que l'OAI a admis la nécessité de compléter l'instruction par une expertise. A cet égard, il y a lieu de relever qu'il n'est pas contesté que le recourant n'a plus de capacité de travail dans son ancienne activité de T.\_\_\_\_\_. Se pose toutefois la question de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Or le dossier ne permet en l'état pas de déterminer quelle est la capacité de travail du recourant dans une telle activité. Initialement, le Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR a certes estimé, dans son avis du 25 janvier 2014, que la capacité de travail demeurerait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activité uniquement debout, de déplacements en terrain irrégulier, pas d'activité accroupie ou à genoux, pas de travail en hauteur ni de port de charges). Le DrD.\_\_\_\_\_ a maintenu cette appréciation par avis du 29 décembre 2014. Toutefois, dans le cadre du recours, l'assuré a produit un avis circonstancié de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2016, qui fait état d'une péjoration de la situation au niveau rachidien, en relevant pour le surplus que la CNA n'a pas instruit le cas sous l'angle rachidien, mais uniquement en lien avec l'atteinte au niveau du genou. La Dresse B.\_\_\_\_\_ a pour le surplus mentionné une potentielle atteinte au niveau psychiatrique, en relevant chez son patient une thymie déprimée ainsi qu'une nature anxieuse.

L'OAI ne disconvient pas de la nécessité de mettre en œuvre un complément d'instruction, proposant qu'une expertise rhumato-psychiatrique soit effectuée.

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 (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

Tel est le cas en l'espèce. L'OAI propose au demeurant à juste titre que la problématique psychiatrique soit également examinée à l'aune de la jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281. On relèvera à toutes fins utiles que compte tenu des atteintes alléguées au niveau du genou, un volet orthopédique devra venir compléter l'expertise.

Dès lors il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre, conformément à l'art. 44 LPGA, une expertise pluridisciplinaire dont le rapport à venir devra permettre de se prononcer sur la capacité de travail du recourant, puis de rendre une nouvelle décision.

**5. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**b)** Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige.

Il convient de les fixer en l'occurrence équitablement à 2'000 francs, ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 4 décembre 2015 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 puis nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne (pour Z. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :