

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 octobre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Neu, juge, et Küng, assesseur
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Radivoje Stamenkovic,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) au printemps 2005, en raison de douleurs dorsales diffuses. Après instruction de la demande, l'OAI a nié le droit aux prestations de l'assuré par décision du 28 février 2006, sa capacité de travail étant totale. Cette décision a été confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 11 février 2009 (cause AI 427/07 - 76/2009).

b) Le 22 février 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande, invoquant notamment une lésion au poignet droit (fracture du radius distal droit avec un syndrome du nerf médian droit aigu).

 Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli des renseignements auprès des différents médecins de l'assuré, dont un rapport du 25 novembre 2010 de la Fondation L. _____, mentionnant un probable trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), ainsi que des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56).

 Par décision du 6 septembre 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré (confirmé par arrêt de la CASSO AI 276/11 - 208/2012 du 16 mai 2012, puis recours déclaré irrecevable par arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2012 du 10 septembre 2012).

c) Une troisième demande a été déposée par l'assuré le 18 janvier 2016, motif pris d'une péjoration de son état psychique (dépression) depuis 2013.

 Aux termes d'un rapport du 16 janvier 2015 de la Fondation L. _____, l'assuré avait séjourné à l'hôpital L. _____ du 8 au 16 janvier 2015. Il souffrait de dysthymie (F34.1), de trouble de la personnalité sans

précision (F60.9), de difficultés liées à l'emploi, au chômage (Z56) et au logement (Z59).

Dans un rapport du 24 février 2016, le Dr C._____, médecin traitant et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic incapacitant de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1) existant depuis fin 2013. Les difficultés liées à l'emploi (Z56) et au logement (Z59) n'avaient pas de conséquence sur la capacité de travail. Le suivi avait débuté le 8 janvier 2015 et consistait en une psychothérapie de soutien avec un ou deux rendez-vous par mois. L'assuré s'était aussi vu prescrire un traitement médical. La capacité de travail était nulle selon le Dr C._____.

A teneur d'un rapport du 17 janvier 2017, le Dr C._____ a précisé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité. Pour le surplus, il a renvoyé à son rapport du 24 février 2016.

Dans un rapport du 8 février 2017, le Dr C._____ a réitéré que l'assuré présentait un diagnostic invalidant de trouble schizo-affectif, type dépressif.

A l'issue de l'instruction de la troisième demande de l'assuré, l'OAI a rendu une décision de refus du droit aux prestations le 18 avril 2017.

Statuant sur le recours formé contre cette décision le 16 mai 2017 par l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire (arrêt AI 158/17 - 158/17 du 13 novembre 2017). L'arrêt se fondait sur le raisonnement suivant :

« **4.** En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations de l'assuré. Il a toutefois estimé que la situation était superposable à celle qui prévalait précédemment, et qu'il n'avait pas été possible de mettre en évidence une pathologie nouvelle qui serait invalidante au sens de l'AI.

L'intimé ne peut être suivi. Il perd en particulier de vue que la première demande de prestations n'a été motivée que par des atteintes au plan somatique. Quant à la deuxième demande de prestations, qui a conduit à un refus d'entrer en matière, confirmé par la Cour de céans, elle était également exclusivement fondée sur des atteintes au niveau physique et non psychiatrique. Du reste, on lit au considérant 5b *in fine* de l'arrêt de la Cour de céans du 16 mai 2012 qu'entre la décision du 18 octobre 2007 et celle du 6 septembre 2011 « l'état de santé physique de l'assuré n'a pas connu de changement notable propre à influencer le degré d'invalidité ». Il y a en effet lieu de constater que tant dans le cadre de la première demande, que dans celui de la deuxième demande de prestations, seuls des médecins somaticiens ont été consultés et priés de renseigner l'intimé sur les atteintes du recourant et leur répercussion sur sa capacité de travail. Or aucun de ces médecins n'a fait état d'une atteinte au niveau psychique. Il n'est au demeurant fait nulle mention d'un suivi sur ce plan, respectivement de la prise d'un traitement. En d'autres termes, c'est dans le cadre de la troisième demande de prestations que, pour la première fois, une atteinte au niveau psychique a été mentionnée. Au demeurant, interpellé par l'intimé sur le point de savoir à compter de quelle date le trouble schizo-affectif (F25.1) a existé, le Dr C. _____ a répondu « fin 2013 » (cf. rapport du 24 février 2016), soit largement postérieurement au 18 octobre 2007, à savoir la date de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel complet du droit aux prestations. Certes le Dr Z. _____ a produit en annexe à son rapport du 27 février 2016 un rapport datant de 2010 établi par deux médecins de la Fondation L. _____ concernant le recourant. Toutefois dans ce rapport, il n'était pas encore question d'une atteinte invalidante. Les médecins de la Fondation L. _____ faisaient alors état d'un probable trouble de la personnalité sans précision (F60.9) et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Or le Dr C. _____ a pour sa part diagnostiqué un trouble schizo-affectif, estimant cette atteinte totalement incapacitante au plan psychique. Il a fait état de fatigue, d'isolement, de repli social, de méfiance et de trouble de la concentration (cf. rapport du 24 février 2016). Du reste, le recourant a été hospitalisé durant une semaine à la Fondation L. _____ au début de l'année 2015, ce qui paraît aller dans le sens de la péjoration de son état de santé dont il s'est prévalu à l'appui de sa nouvelle demande. Pour le surplus, il n'y a nulle trace au dossier de l'entretien téléphonique qui aurait eu lieu le 17 avril 2017 entre le SMR et le Dr C. _____, à l'occasion duquel ce médecin aurait déclaré que l'état du recourant était ancien et sans espoir de guérison ou d'amélioration.

En pareilles circonstances, force est de constater qu'il existe des avis contradictoires, et qu'il n'est en l'état pas possible de les départager.

[...]

Il se justifie donc d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il incombera de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, conformément à l'art. 44 LPG. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision sur le droit du recourant à des prestations de l'AI.

On relèvera pour autant que de besoin que la situation au plan somatique est, quant à elle, restée stable, si bien que l'instruction complémentaire ne portera que sur l'aspect psychiatrique. »

d) Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a confié le mandat d'expertise au Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 23 février 2018, ce dernier a retenu le diagnostic incapacitant de trouble mixte de la personnalité (personnalité émotionnellement labile de type impulsif et personnalité dyssociale). La dysthymie et le trouble mixte anxieux (état anxieux d'intensité légère à moyenne avec tendance phobique) n'étaient pas incapacitants. Selon l'expert, les activités exercées jusque-là étaient toujours exigibles à 100 % avec un rendement diminué de 20 % en raison de la difficulté à s'organiser et de la fatigue provoquée probablement par la médication sédatrice et par le déconditionnement au travail. Il a ajouté que l'assuré pourrait exercer toute sorte d'activité s'il le souhaitait, mais il avait clairement exprimé son manque de collaboration, que ce soit pour une reconversion professionnelle ou l'exercice d'une profession.

Dans un avis du 26 mars 2018, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a considéré que les conclusions de l'expertise du 23 février 2018 pouvaient être suivies et que la capacité de travail de l'assuré était ainsi de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % imputable au manque de résilience, à la tendance à la dispersion et surtout à une intolérance au stress et à la frustration consubstantiels au trouble de la personnalité.

Par courrier du 29 mai 2018, l'OAI a notamment informé l'assuré qu'il était prêt à examiner avec lui les possibilités de le soutenir dans sa réinsertion professionnelle, par exemple par un réentraînement au travail ou une aide dans la recherche d'un emploi adapté. L'OAI lui a imparti un délai pour se déterminer sur son souhait à cet égard et sur les conséquences d'une réponse négative.

Dans sa réponse du 6 juin 2018, l'assuré a indiqué refuser la proposition qui lui était faite.

Par décision du 13 septembre 2018, l'OAI a nié le droit à la rente de l'assuré, ainsi qu'aux mesures professionnelles au vu de son refus de collaborer.

B. Par acte du 18 septembre 2018, B. _____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à l'octroi de prestations et demandant l'assistance d'un avocat pour le défendre.

Dans un complément au recours du 15 novembre 2018, l'assuré, assisté de son conseil, a précisé ses conclusions, en requérant à titre principal une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} juillet 2016, subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et plus subsidiairement le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, l'assuré a fait valoir que l'expertise du Dr K. _____ n'était pas probante. L'expert n'avait pas consacré une durée suffisante à son examen personnel, ni pris contact avec son psychiatre traitant. L'assuré a ajouté que l'expert avait sous-estimé les épisodes délirants et agressifs qu'il avait présentés et écarté à tort le diagnostic de troubles schizo-affectifs. Le Dr K. _____ n'avait pas non plus investigué la question de la fibromyalgie et des troubles somatoformes douloureux, alors que l'assuré présentait toujours des douleurs chroniques. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

Dans sa réponse du 18 décembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise était probante. Le Dr K. _____ avait pris connaissance de tous les rapports au dossier, s'était entretenu avec l'assuré et avait pris en considération parmi les diagnostics différentiels également celui de fibromyalgie et de troubles somatoformes douloureux.

Répliquant le 19 mars 2019, l'assuré a réitéré ses arguments et ajouté que ses lésions du poignet droit n'avaient pas été instruites

convenablement. Il a invoqué une péjoration considérable de l'état de cette articulation.

Par duplique du 4 avril 2019, l'OAI a renvoyé à sa précédente écriture. S'agissant du poignet droit, une nouvelle demande avait été déposée le 30 janvier 2019, qui était en cours d'instruction.

Dans ses déterminations du 20 mai 2019, l'assuré s'est référé à divers rapports, notamment à une IRM du 9 janvier 2019 et à des rapports des 28 février et 9 mai 2019 de la Dre [...] pour faire valoir une péjoration de l'état de son poignet. Il a renouvelé sa demande d'expertise.

Le 20 juin 2019, l'OAI a transmis d'ultimes déterminations relatives à l'aspect somatique. Il a réitéré que l'examen d'une éventuelle aggravation du poignet droit de l'assuré faisait l'objet de la nouvelle demande déposée le 30 janvier 2019. Partant, il ne devait pas intervenir dans le cadre de la demande du 18 janvier 2016.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281

consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références).

d) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. Le recourant critique les conclusions de l'expertise du 23 février 2018 sur plusieurs points.

a) Sur le plan formel, le recourant fait valoir que le temps consacré par l'expert à l'entretien (trois heures environ) est insuffisant au vu de la complexité du dossier. On relève en premier lieu que le recourant ne cite pas les éléments factuels qui manqueraient à l'expertise ou qui auraient été retenus de manière erronée. On rappelle ensuite que le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_722/2018 du 12 décembre 2018 consid. 4.2 et les références). De plus, le fait que le Dr K. _____ ait vu le recourant durant trois heures selon les déclarations

de l'intéressé, ne suffit pas à mettre en doute la valeur probante de son expertise. La précision de l'anamnèse, du vécu et des constatations est manifeste, étalée sur plusieurs pages. L'expertise retient tous les éléments déterminants en droit, concernant le status psychique. Au vrai, le rapport d'expertise démontre que l'expert s'est consacré de manière approfondie et appropriée à la personne du recourant. Par ailleurs, le Dr K._____ a pris en compte les rapports du Dr C._____ (pp. 21, 23 et 24 de l'expertise) et les a discutés dans la partie évaluation médicale (pp. 34 et suivantes). Le recourant n'indique pas quelles informations complémentaires l'expert aurait dû recueillir auprès de ce médecin et ne prétend pas non plus que le dossier médical soumis à l'expert était incomplet. Il ne précise pas quels autres renseignements médicaux auraient dû être portés à sa connaissance. Partant, les griefs formels tombent à faux.

b) La Cour de céans constate par ailleurs que l'expertise répond aux réquisits jurisprudentiels, tant s'agissant de son contenu (étude circonstanciée des points litigieux, examens complets, anamnèse détaillée, appréciation médicale claire et conclusions motivées), que des conditions posées par la jurisprudence en matière de troubles psychiatriques (ATF 143 V 418). Le Dr K._____ a en effet utilisé la grille d'évaluation pour déterminer les ressources du recourant. L'expertise comporte les indicateurs établis par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 3.6), ce qui n'est du reste pas contesté.

c) Le recourant reproche au Dr K._____ de ne pas avoir retenu le diagnostic de trouble schizo-affectif de type dépressif relevé par le Dr C._____ (rapports des 24 février 2016, 17 janvier et 8 février 2017). L'expert a écarté ce diagnostic pour plusieurs motifs. Le recourant a déclaré lors de l'entretien ne jamais avoir entendu une ou plusieurs voix connues ou inconnues faisant des commentaires sur sa personne ou lui enjoignant des ordres alors que personne n'était à proximité (hallucinations auditives), ni vu des choses qui n'existaient pas (hallucinations visuelles). Il n'avait jamais pensé que son comportement était dirigé par une force extérieure (syndrome d'influence) ni que des

pensées pouvaient lui être imposées ou divulguées. Il a dit ne jamais avoir fait l'expérience de phénomènes d'écho de la pensée. L'assuré n'avait jamais considéré qu'il était fait allusion à sa personne à la télévision (idées de concernement) ni être doté de pouvoirs surnaturels (idées délirantes). Il n'avait jamais pensé qu'autrui était délibérément hostile vis-à-vis de sa personne, ni cru être suivi, surveillé ou que son téléphone était sous écoute ou encore que des micros étaient cachés dans son appartement (idées délirantes de persécution). Selon le Dr K._____, il n'y pas non plus de signes indirects en faveur d'une psychose et en particuliers d'hallucinations auditives (absence de barrage idéique, d'attitude d'écoute, de soliloque ou de rires immotivés ; pp. 36 et 37 de l'expertise). L'expert ajoute que même si on fouillait dans le passé de l'assuré, il n'y avait eu que trois épisodes où il était fait état d'une symptomatologie « étrange » : une première fois, durant sa jeunesse, lorsque le recourant travaillait en tant que nettoyeur d'une morgue, il avait eu l'impression que l'âme des personnes décédées était à côté de lui, mais cela n'était que transitoire et peut-être lié au type de travail. Une deuxième fois, lorsqu'il avait été hospitalisé à la Fondation L._____, il était tellement angoissé qu'il avait eu l'impression d'être possédé. L'expert explique cela par la manifestation d'une crise d'angoisse paroxystique qui pouvait parfois aussi s'accompagner de phénomènes de déréalisation et de personnalisation. A nouveau, il s'agissait d'un épisode aigu qui ne s'était plus reproduit avec la même intensité. Finalement, le troisième événement concernait l'habitude que le recourant avait pris de lire sur internet des blogs sur la politique qui le poussait à considérer qu'il y aurait bientôt une guerre civile en France et en Suisse, raison pour laquelle il souhaitait partir en [...]. Cela ne pouvait pas être considéré comme un délire structuré mais au maximum comme une idée obsédante selon le Dr K._____ (p. 37). Ce dernier explique les motifs de son appréciation divergente de manière convaincante et circonstanciée. Quant au Dr C._____, il n'explique pas dans ses rapports précités les raisons qui l'amènent à retenir un trouble schizo-affectif. Le dernier rapport du médecin traitant date de février 2017 et ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise. Le Dr C._____ expose que le recourant présente des idées de persécution, une angoisse, un trouble de la concentration, une fatigue, des idées de suicide, une

perte de confiance et de la méfiance (rapport du 24 février 2016), mais ne motive pas davantage ses conclusions. Pour le surplus, on relève que le recourant substitue son appréciation à celle de l'expert en considérant que ce dernier avait sous-estimé les trois épisodes où il était fait état d'une symptomatologie « étrange ». Il n'amène aucune explication médicale pour appuyer ses dires et ne produit aucun rapport à ce sujet, en particulier aucun rapport récent de son psychiatre traitant. Il en va de même pour les griefs relatifs aux épisodes d'agressivité et au sentiment d'hostilité, qui ne sont pas étayés.

d) Le recourant reproche à l'expert de ne pas avoir investigué la question de la fibromyalgie et des troubles somatoformes douloureux. Le Dr K._____ retient à cet égard qu'il était prêt à prendre en considération, parmi les diagnostics différentiels, également celui de fibromyalgie et de troubles somatoformes douloureux pour rendre compte de la symptomatologie algique, mais il y avait renoncé en raison de la disparition de cette dernière du tableau clinique, selon les dires du recourant (p. 37 de l'expertise). Ce dernier indique dans ses écritures qu'il présente toujours des douleurs chroniques, mais comme l'intimé ne les avait pas reconnues, il n'en avait pas parlé à l'expert. On constate que le diagnostic de fibromyalgie ou de troubles somatoformes douloureux n'est posé ni par le médecin traitant, ni par le psychiatre traitant du recourant, ni par les médecins de la Fondation L._____ (rapports des 25 novembre 2010 et 16 janvier 2015), quand bien même l'existence d'un tel diagnostic avait été évoquée quelques années auparavant (p. 9 de l'expertise). En l'absence de rapport étayé sur cette question, rien ne permet de s'écarter de l'appréciation de l'expert.

e) En définitive, les conclusions de l'expertise du 23 février 2018 peuvent être suivies, soit une capacité de travail de 100 % dans la dernière activité exercée, sous réserve d'une diminution de rendement de 20 %.

5. Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a produit différents rapports relatifs à son poignet droit. Il fait valoir une aggravation de la situation à cet égard.

a) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à la date déterminante (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

b) Les lésions du poignet du recourant ont été discutées dans le précédent arrêt du 13 novembre 2017 de la Cour de céans, qui retient qu'au plan somatique, la situation est restée stable, si bien que l'instruction complémentaire ne devait porter que sur l'aspect psychiatrique. On constate que le recourant ne fait pas valoir de nouveaux arguments et avis médicaux sur ce point entre la date de l'arrêt du 13 novembre 2017 et celle de la nouvelle décision du 13 septembre 2018 de l'intimé. En effet, on ne peut pas prendre en compte l'IRM du 9 janvier 2019 qui est postérieure à la décision et qui fait l'objet d'une nouvelle demande de prestations (duplicata du 4 avril 2019 et déterminations du 20 juin 2019). Quant aux rapports des 28 février et 9 mai 2019 produits par le recourant à l'appui de ses écritures, on relève qu'ils ne portent pas sur la période examinée dans le cadre de la présente procédure. Ils ne sauraient dès lors être pris en considération en l'occurrence.

6. Dès lors que le recourant ne remet pas en cause le calcul du degré d'invalidité, il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision litigieuse. Par conséquent, le droit à la rente n'est pas ouvert (taux d'invalidité de 20 %).

7. **a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour

autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

b) Selon l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7 al. 1 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (TF 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 ; I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 et les références).

c) Par courrier du 29 mai 2018, l'intimé a procédé à la mise en demeure formelle requise par la loi. Le recourant a clairement exprimé refuser les propositions de l'intimé par courrier du 6 juin 2018, soit de ne pas collaborer à une réinsertion professionnelle. Par conséquent, la

décision attaquée n'est pas critiquable concernant le refus des mesures professionnelles, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas.

8. Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu de procéder à la mesure d'instruction requise par le recourant, dès lors que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus. Elle peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 141 I 60 consid. 3.3).

9. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) 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 (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Par décision de la juge instructrice du 26 septembre 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 septembre 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Radivoje Stamenkovic. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 12 août 2019. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Stamenkovic est arrêtée à 2'171 fr. 25, débours et TVA compris (10 heures et quarante minutes x 180 fr., plus 96 fr. de débours et 155 fr. 25 de TVA). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement

supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 13 septembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Radivoje Stamenkovic, conseil du recourant, est arrêtée à 2'171 fr. 25 (deux mille cent septante-et-un francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA inclus.

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Radivoje Stamenkovic (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :