

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 décembre 2020

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Riesen, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Habib Tabet, avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 6 s. , 16, 17 al. 1, 28 al. 2 et 43 al. 3 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**            **a)**A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de peintre en bâtiment. Il a exercé ce métier d'août 1998 à octobre 2002, compte tenu de son licenciement intervenu à la suite d'une période d'incapacité de travail prolongée depuis avril 2001. Il a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2002, puis trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (décision du 7 août 2007), en raison de lombalgies chroniques sur insuffisance segmentaire avec spondylolisthésis L5-S1 opéré (M54.5). L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) s'est fondé sur un rapport de la Clinique romande de réadaptation (CRR) d'avril 2006, constatant une incapacité de travail totale dans la profession habituelle de peintre en bâtiment depuis le mois d'avril 2001 et une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (à savoir : alternance des postures assis et debout, pas de travail accroupi ou en porte-à-faux antérieur du tronc et en rotation, pas de port de charges de plus de dix kilos, pas d'horaire non variable, ni travail à la chaîne (avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité [SMR] du 8 août 2006).

Le 2 avril 2009, l'OAI a initié une procédure de révision du droit à la rente. Après avoir recueilli des renseignements auprès du médecin traitant à l'époque (rapport du 15 janvier 2010 du Dr N.\_\_\_\_\_), l'OAI a convoqué l'assuré à un examen clinique rhumatologique effectué le 22 juin 2010 dans les locaux du SMR, à Vevey, par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation. Dans son rapport d'examen du 29 juin 2010, ce médecin-examineur a constaté une capacité résiduelle de travail de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à cinq kilos de façon répétitive et de façon occasionnelle au-delà de dix kilos, pas de position statique assise prolongée au-delà de trente minutes, quarante-cinq minutes sans possibilité de varier les positions au minimum une fois par heure, de préférence à la guise de l'assuré, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, éviter les positions en genuflexions,

privilégier les activités à caractère semi-sédentaire, permettant les variations des positions, avec une diminution du périmètre de marche à environ trente minutes et évitant les positions statiques debout immobiles de type piétinements), depuis mars 2006. Le 16 avril 2012, l'assuré a débuté un stage d'évaluation à l'Orif [...]. Cette mesure a été interrompue le 27 mai 2012 en raison d'incapacités de travail attestées par le médecin traitant. Lors d'une entrevue du 28 mai 2014 avec l'assuré, l'OAI a convenu avec celui-ci de mettre en place un nouveau stage d'évaluation au sein de l'atelier d'intégration professionnelle (AIP) de l'Orif [...]. Le 21 juillet 2014, l'OAI a adressé une lettre d'avertissement priant l'assuré de prendre contact avec le centre pour une visite mais l'intéressé n'y a pas donné suite. Par lettre du 17 septembre 2014, l'OAI a également demandé à l'assuré les coordonnées de son psychiatre traitant, sans réponse de sa part. Après un rappel du 23 octobre 2014 et une sommation du 14 novembre 2014 adressés en recommandés, « non réclamés », l'OAI a, par projet de décision du 12 décembre 2014, fait part de son intention de supprimer la rente avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, en statuant en l'état du dossier en raison d'un manque de collaboration de l'assuré. Ce dernier n'a pas contesté dans le délai utile le projet de décision du 12 décembre 2014, ni la décision du 9 février 2015. Le 31 mars 2015, toutefois, il a écrit à l'OAI pour s'excuser de son manque de collaboration et demander un rendez-vous afin d'expliquer sa situation. Par lettre du 10 avril 2015, l'OAI l'a informé du fait que la décision de suppression de rente était en force et qu'il avait la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations.

**b)** Le 27 avril 2015, A.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et/ou rente), indiquant quant au genre de l'atteinte à la santé « problèmes de dos - deux opérations ». Après avoir recueilli des renseignements auprès des médecins consultés (rapport du 18 mars 2016 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; rapports des 2 juin, 14 septembre et 2 novembre 2016 ainsi que du 12 juillet 2018 du Dr L.\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant ; rapport du 18 novembre 2016 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; rapport du 14 septembre 2017 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie), se fiant à un avis juridique du 26 février 2019, l'OAI a finalement confié une expertise rhumatologique à la Dre U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, qui a reçu l'assuré le 9 septembre 2019. Dans son rapport du 6 novembre 2019, l'experte a posé les diagnostics suivants :

“Avec répercussion sur la capacité de travail

- Lombalgies chroniques d'intensité variable concernant la globalité du segment lombaire, avec irradiations pseudo-sciatalgiques ou d'origine indéterminée aux membres inférieurs (aucune donnée IRM ne permet de confirmer un contact radiculaire aux deux derniers niveaux lombaires. Aucune sciatalgie n'est mise en évidence à l'examen du jour bien que me dise la présenter).  
Probables douleurs à point de départ des articulations postérieures L4-L5, plus à droite qu'à gauche.

Sévère scoliose sinistro-convexe dorsolombaire centrée sur L2 avec angle de Cobb entre D11 et L3 mesuré à 15°. Hyperlordose lombaire avec angle de Cobb entre L1 et L5 mesuré à 67°. En extension cet angle reste inchangé. Pas de tassement vertébral. Anthélisthésis de grade I de L5 sur S1 sur les acquisitions dynamiques. Arthrose inter-apophysaire postérieure étagée de L3-L4 et L4-L5.

Etat après PLIF [Posterior Lumbar Interbody Fusion] au niveau L5-S1, le 31.08.2001.  
Déconditionnement musculaire.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- 08.11.2004, ablation du matériel d'ostéosynthèse, vis et tiges du PLIF.
- Status après arthroscopie du genou gauche le 28.06.2016. Intervention sous la forme d'une toilette articulaire.
- Cervicalgies anamnestiques. Très discrets troubles dégénératifs C4-C5, C5-C6 et C6-C7 sous la forme d'unarthrose minime et discopathies minimales débutantes.
- Bursite sous-acromio-deltoïdienne anamnestique.
- Douleurs aux membres inférieurs d'origine indéterminée.
- Gonalgies chroniques (de début 2016 à juin 2016, décompensation d'un syndrome fémoro-patellaire, semble-t-il

étiqueté de bilatéral, alors que plus tard, on parle d'une douleur du genou droit d'origine indéterminée); varus à 6 travers de doigts, affaissement de l'arche plantaire longitudinale interne avec valgus talonnier.

Gonalgies droites sans trace objective d'atteinte ce jour.  
Gonalgies gauches sans décompensation inflammatoire et sans syndrome fémoro-patellaire. Plaintes au niveau du ligament rotulien, sans substrat objectif (pas de limitation de la flexion ni de l'extension, pas d'épanchement articulaire).

#### Autres diagnostics

- Juin 2016, épisode dépressif léger F32.0; trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline F60.31.
- Status après opération du tunnel carpien à droite en mars 2019 (Monsieur dit qu'il va se faire opérer aussi du poignet gauche bientôt. Pour quelle raison se demande l'experte, il n'y a pas de signe objectif d'une atteinte sur le plan clinique).  
Diverticulose sigmoïdienne, hémorroïdes."

En guise de conclusions, la Dre U. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions de l'OAI concernant la capacité de travail (rapport d'expertise p. 47) :

#### "8.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

0% en tant que plâtrier-peintre, depuis avril 2001 avec quasi-certitude.

#### 8.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles :

Pour les lombaires, possibilité d'alternance entre la position assise et la position debout, pas de travail statique le buste penché en porte-à-faux de manière prolongée, pas de déplacement sur terrain accidenté, pas de tâche nécessitant de manière répétitive des flexions/extensions ou rotations du rachis, pas de port de charges excédant 10 kg de manière occasionnelle et 6 kg de manière moyennement répétitive.

Pour les genoux, pas de position prolongée accroupie ou à genoux, pas de marche sur terrain irrégulier.

Pas de limitation fonctionnelle en regard de la problématique des cervicales.

Pas de limitation fonctionnelle en regard de la problématique du status post-opératoire du tunnel carpien à droite.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière avec rendement de 75 % depuis juin 2006, lors de l'examen du Dr R. \_\_\_\_\_ au SMR, l'experte est du même avis que lui.

Début d'aptitude à la réadaptation : janvier 2011.

Pas de modification du taux de capacité de travail dans une activité adaptée, même si l'on ressent au travers des dossiers médicaux une légère amélioration, notamment concernant la souplesse du rachis.

Des arrêts de travail itératifs sont à craindre.

Monsieur est tellement persuadé d'être atteint gravement et définitivement dans sa santé, qu'il n'a, semble-t-il, pas du tout envie de travailler. Il dit lorsqu'il est fâché durant l'anamnèse lorsque les questions sont précises, qu'il faut que l'Office AI lui signe un papier comme quoi il ne va pas avoir mal en travaillant.

### 8.3 Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

L'historique pharmaceutique démontre qu'à certaines occasions et pour des périodes de plusieurs mois, l'assuré est susceptible d'augmenter les prises médicamenteuses antalgiques. L'experte est donc convaincue de l'existence de lombalgies se décompensant en mode un peu plus aigu. Lors du téléphone au médecin-traitant, elle précise que le Sirdalud ne doit pas être prescrit de manière chronique, il gêne le reconditionnement musculaire et est plutôt délétère en distendant la ceinture abdominale et en laissant le rachis lombaire sans protection. Elle déconseille la prise de Prednisone qui n'a aucune efficacité sur les lombalgies et préconise plutôt la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ou dexaméthasone.

Remarques

Aucune."

Par projet puis par décision du 2 juin 2020, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations. Après comparaison d'un revenu hypothétique sans invalidité de 64'337 fr. 93, établi sur la base des données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010 (TA 1 2010 - domaine 43 - construction/travaux de construction spécialisés - niveau de qualification 4, hommes, indexé à 2011), et d'un revenu d'invalidité de 46'433 fr. 99, pour un taux d'activité de 75 %, le degré d'invalidité était de 27.83 %. S'agissant du droit à des mesures professionnelles, l'examen du dossier ne permettait pas de retenir des mesures simples et adéquates en vue de réduire le préjudice économique.

**B.** Par acte déposé le 30 juin 2020, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Habib Tabet, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une « rente complète dès le 27 avril 2015, intérêts à 5 % l'an en sus dès cette date ». Subsidiairement, il a conclu à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à « trois-quarts de rente dès le 27 avril 2015, intérêts à 5 % l'an en sus dès cette date » ; plus subsidiairement encore, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour « nouvelle instruction et nouvelle décision ». En substance, le recourant a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise de la Dre U.\_\_\_\_\_ en se plaignant de jugements de valeur sur sa personnalité dans le rapport d'expertise. Ce faisant, il a contesté la capacité résiduelle de travail de 75 % retenue dans une activité adaptée. Il a en outre rediscuté les bases du calcul de son préjudice économique effectué par l'OAI (revenu hypothétique sans invalidité et absence d'un abattement sur celui d'invalidé), alléguant que la décision querellée était également viciée sur ce plan. A titre de mesure d'instruction, il a sollicité la mise en œuvre, par le tribunal, d'une « nouvelle expertise pluridisciplinaire, conformément à l'art. 44 LPGA ». Il a requis en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire comprenant la dispense d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Habib Tabet.

Dans sa réponse du 10 août 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Par décision du 17 septembre 2020, A.\_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 juin 2020. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires. Un avocat d'office en la personne de Me Habib Tabet lui a été désigné.

**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 à une rente d'invalidité dès le mois d'avril 2015.

**3.** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une

modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** 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).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que,

le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

**6. a)** Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Aux termes de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin

(al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

**b)** L'art. 43 al. 3 LPGA règle les conséquences procédurales, lorsque la personne assurée ou toute autre personne concernée par une demande de prestations refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction. Cette disposition a une portée générale et concerne – sous réserve de l'art. 21 al. 4 LPGA relatif au défaut de collaboration en cas de soustraction ou d'opposition à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle – l'ensemble des incombances de collaborer prévues dans la LPGA (JACQUES OLIVIER PIGUET, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 50 *ad* art. 43 LPGA).

**c)** Lorsque l'assuré manque à son obligation de renseigner, l'art. 43 al. 3 LPGA prévoit que l'administration est en droit de se prononcer en l'état du dossier (l'alternative du refus d'entrer en matière n'étant pas pertinente ici). Elle ne peut alors se contenter d'examiner la situation sous l'angle du seul refus de collaboration de l'assuré, mais doit procéder à une évaluation du point de vue matériel à la lumière des pièces au dossier (TF I 988/06 du 28 mars 2007 consid. 7, *in* SVR 2007 IV n° 48 p. 156).

**d)** L'application de l'art. 43 al. 3 LPGA dans un cas où des prestations sont en cours et où l'assuré qui les perçoit refuse de manière inexcusable de se conformer à son devoir de renseigner ou de collaborer à l'instruction de la procédure de révision, empêchant par là que l'organe

d'exécution de l'assurance-invalidité établisse les faits pertinents, suppose que le fardeau de la preuve soit renversé. En principe, il incombe bien à l'administration d'établir une modification notable des circonstances influençant le degré d'invalidité de l'assuré, si elle entend réduire ou supprimer la rente. Toutefois, lorsque l'assuré refuse de façon inexcusable de la renseigner, il lui est impossible de démontrer les faits conduisant à une modification du taux d'invalidité. Dans un tel cas, lorsque l'assuré empêche fautivement que l'office AI administre les preuves nécessaires, il convient d'admettre un renversement du fardeau de la preuve (cf. consid. 2.2 non publié de l'ATF 129 III 181 ; HANS PETER WALTER, Beweis und Beweislast im Haftpflichtprozessrecht, *in* Haftpflichtprozess 2009 p. 58). Il appartient alors à l'assuré d'établir que son état de santé, ou d'autres circonstances déterminantes, n'ont pas subi de modifications susceptibles de changer le taux d'invalidité qu'il présente (TF 9C\_961/2008 du 30 novembre 2009 consid. 6.3.3).

**7. a)** Dans un premier grief, le recourant qualifie d'arbitraire la décision querellée en soutenant que son état de santé ne s'est pas modifié depuis la décision du 7 août 2007 par laquelle l'office intimé lui a alloué trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2002 (recte : une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2002, puis trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004). La Dre U.\_\_\_\_\_ le confirmerait d'ailleurs, et son appréciation de la capacité de travail ne constituerait qu'une nouvelle appréciation d'un état de fait inchangé. En d'autres termes, il n'existerait pas de motif de révision du droit à la rente.

Le recourant perd de vue, en soulevant ce grief, qu'il n'est plus titulaire d'une rente d'invalidité. Par décision du 9 février 2015, l'OAI a révisé la rente dont il était titulaire et l'a supprimée. Cette décision faisait suite à l'examen rhumatologique du 22 juin 2010 du Dr R.\_\_\_\_\_, constatant une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée depuis mars 2006, ainsi qu'à des tentatives de l'OAI de compléter l'instruction en mettant en œuvre un stage d'observation professionnelle en vue de chiffrer la capacité résiduelle de gain de l'intéressé. Cette

décision de suppression de rente – et non de simple suspension – est entrée en force. Le recourant ne le conteste pas.

En principe, saisi d'une nouvelle demande de prestations après une décision de suppression de rente, l'OAI doit vérifier si une modification des circonstances déterminantes est rendue plausible (cf. consid. 3 supra). Dans les circonstances particulières du cas d'espèce, l'office intimé est entré en matière, indépendamment de ces conditions, et a repris l'examen du droit à la rente en vérifiant, non pas si l'état de santé de l'assuré s'était modifié depuis le 9 février 2015, mais s'il s'était péjoré depuis l'examen clinique du Dr R.\_\_\_\_\_. Un tel procédé paraît conforme au principe de proportionnalité, dans la mesure où cet examen fondait en grande partie la précédente révision et où l'intimé n'avait par la suite pas pu instruire correctement le dossier, notamment sur la question de l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis cet examen clinique. Cela étant, la Dre U.\_\_\_\_\_ pose un constat largement similaire à celui du Dr R.\_\_\_\_\_ et admet elle aussi une capacité résiduelle de travail de 75 % dans une activité adaptée au handicap physique. Son expertise revêt une pleine valeur probante. Elle repose notamment sur un examen clinique faisant ressortir l'imprécision des plaintes du patient ainsi que certaines contradictions, de même que sur une analyse de la médication prise par le recourant, rendant vraisemblable, certes, qu'il traverse des périodes de décompensation de son dos, mais qu'entre ces périodes de décompensation, l'atteinte n'est pas aussi invalidante que ce qu'il affirme. A l'époque de l'examen à la CRR, les médecins avaient admis une incapacité de travail de 50 %, non sans constater une certaine discordance entre les plaintes et les constatations objectives, mais en suspectant néanmoins une pseudarthrose L5-S1 (rapport de « consilium de l'appareil locomoteur [rachis] » du 11 avril 2016 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, p. 4). Cette atteinte n'a pas été confirmée et il est vraisemblable que les douleurs dorsales se sont en partie amendées par la suite, ce qui expliquerait la différence d'appréciation de la capacité de travail par les experts consultés, quand bien même les Drs R.\_\_\_\_\_ et

U.\_\_\_\_\_ ont estimé que le recourant présentait déjà en 2006 une capacité résiduelle de travail de 75 %.

**b)** Sur le plan médical, toujours, le recourant se plaint du contenu lacunaire du rapport d'expertise de novembre 2019 et requiert un complément d'instruction par le biais d'une expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par le tribunal. Il reproche également à la Dre U.\_\_\_\_\_ son parti pris. Il plaide à cet effet que l'experte serait entrée en confrontation avec lui, en négligeant ses difficultés à s'exprimer et le fait qu'il présente un trouble de la personnalité émotionnellement labile. Une expertise pluridisciplinaire serait nécessaire pour tenir compte de cette atteinte à la santé psychique. Ces arguments ne convainquent pas. La déduction de la Dre U.\_\_\_\_\_ relative à la régularité probable des rapports sexuels du recourant et à l'absence vraisemblable de limitation à cet égard, compte tenu du fait qu'il est père de quatre enfants, paraît certes très hâtive ; sa réflexion sur ce point est déplacée, sous cette forme tout au moins (expertise pp. 29-30). De même, on comprend mal la raison pour laquelle l'experte met en doute une allégation du recourant relative à une piqûre de tique survenue en été, alors que « habituellement les tiques apparaissent plutôt en automne » selon elle (expertise p. 32). Elle aurait également dû s'abstenir de formuler une hypothèse relative à la manière dont le recourant accompagne son enfant - en lui tenant la main ou pas - lorsqu'il marche avec lui, plutôt que de lui poser simplement la question (expertise p. 33). Enfin, la Dre U.\_\_\_\_\_ pouvait estimer utile de préciser que les habitudes sédentaires de l'assuré lui paraissaient davantage liées à un manque de motivation ou à des bénéfices secondaires qu'à des limitations physiques et que les limitations fonctionnelles décrites - avec une quasi absence de participation aux tâches ménagères, de jeux avec son enfant - étaient largement exagérées par rapport aux données objectives de l'examen ; elle pouvait éventuellement estimer pertinent de donner ensuite son impression d'un certain détachement de l'assuré, qui ne lui paraissait pas très concerné par son implication au quotidien dans le foyer. Mais elle devait s'abstenir d'observer qu'il s'agissait peut-être de la raison pour laquelle les deux précédentes épouses du recourant s'étaient lassées affectivement (expertise p. 46). Ces maladresses ne permettent

toutefois pas de conclure que la Dre U.\_\_\_\_\_ n'aurait pas fait preuve d'objectivité, ni qu'elle aurait tiré de ces réflexions des conclusions déterminantes pour ses constatations relatives à la capacité résiduelle de travail de l'exploré. Les autres griefs du recourant à l'encontre de l'expertise, à savoir que « l'experte n'a pas pris en considération toutes les limitations fonctionnelles du recourant étant donné qu'elle a exclu sans motifs des plaintes et/ou qu'elle n'a pas suffisamment investigué sur lesdites plaintes », sont mal fondés, en particulier ceux concernant la manière de rapporter la description des plaintes de l'assuré, qui est factuelle.

Enfin, en ce qui concerne l'opportunité d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique, il ressort d'un rapport médical du 12 juillet 2018 du Dr L.\_\_\_\_\_ que le recourant ne consulte aucun psychologue ou psychiatre ; il ressort également des médicaments achetés en pharmacie (soit des anti-inflammatoires ; expertise p. 26), que l'intéressé ne consomme aucun médicament antidépresseur ou anxiolytique, ni aucun autre psychotrope. La nouvelle demande de prestations qu'il a déposée ne mentionne aucune atteinte à la santé psychique et il n'a produit aucun rapport médical attestant d'une incapacité de travail en relation avec de tels troubles. Il ne dépose pas davantage, à l'appui de son recours, de document médical attestant d'atteintes à la santé psychique pouvant entraver sa capacité de travail. Au final, l'instruction menée d'office par l'intimé a établi que le recourant avait suivi quelques entretiens d'évaluation au Centre de psychothérapie de [...], à [...], sur mandat de la justice de paix, dans le contexte de difficultés familiales. Un diagnostic d'épisode dépressif léger (F32.0) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) avait été posé, avec proposition d'une thérapie de soutien bimensuelle (rapport du 28 juin 2016 des intervenants du Centre de psychothérapie de [...] [pièce 292]). Un tel trouble n'avait toutefois pas été diagnostiqué à l'époque par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, lors du séjour à la CRR (rapport de « consilium psychiatrique » du 30 mars 2006 du Dr P.\_\_\_\_\_). En l'absence de tout autre document médical au dossier indiquant une incapacité de travail causée par une atteinte à la santé

psychique, ou même d'un suivi psychiatrique ou de l'opportunité d'un tel suivi en raison d'une atteinte à la santé psychique, l'intimé pouvait, à juste titre, renoncer à une expertise psychiatrique.

**c)** Pour le surplus, contrairement à ce que soutient le recourant, la comparaison des revenus exigibles effectuée par l'intimé ne prête pas flanc à la critique. En particulier, il s'est référé à juste titre aux données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité comme le revenu d'invalidité. On peut, certes, se demander s'il fallait se référer à l'ESS 2010, comme il l'a fait, plutôt qu'à l'ESS 2014, mais cette question n'est pas déterminante dans la mesure où les deux termes de la comparaison des revenus reposent sur l'ESS. Par ailleurs, peut-être aurait-il fallu, pour le calcul du revenu hypothétique sans invalidité, se référer à une activité de niveau de compétence 3 dans le secteur de la construction, puisque le recourant dispose d'un CFC de peintre en bâtiment, mais le taux d'invalidité resterait inférieur à 40 % et n'ouvrirait pas droit à une rente, compte tenu du revenu que pourrait encore réaliser le recourant dans une activité adaptée. Sur ce point, l'intimé a refusé, à juste titre, de procéder à une déduction supplémentaire pour tenir compte des circonstances liées à la personne de l'assuré, le taux de capacité de travail de 75 % tenant compte d'une baisse de rendement de 25 %. La « période d'inactivité » dont se prévaut le recourant n'est pas déterminante, étant rappelé que le revenu d'invalidité pourrait être plus élevé que celui retenu si l'intéressé participait activement à des mesures d'ordre professionnelles, ce qu'il a pour l'instant refusé de faire.

**d)** Les griefs soulevés par le recourant sont tous infondés. En présence d'atteintes à la santé incapacitantes justifiant la prise en compte d'une capacité résiduelle de travail de 75 % dans une activité adaptée depuis 2006, et dont il résulte, après comparaison des revenus exigibles, un taux d'invalidité de 28 % inférieur au seuil de 40 % pour ouvrir droit à une rente, c'est donc à juste titre que l'OAI a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre de la nouvelle demande.

**8.** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite au complément d'instruction requis par le recourant, compte tenu de ce qui précède (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**9. a)** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** Par décision du juge instructeur du 17 septembre 2020, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 juin 2020 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Habib Tabet. Sur la base de la liste des opérations produite le 12 novembre 2020, il convient d'arrêter à 1'585 fr. 10 l'indemnité de Me Tabet, correspondant à deux heures et quarante-cinq minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., ainsi qu'à neuf heures et cinquante-cinq minutes, sur la base d'un tarif horaire de 110 fr., somme à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7 %, soit un total de 1'707 fr. 15.

A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 85 fr. 35.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 1'800 fr. (montant arrondi).

**e)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 2 juin 2020 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Habib Tabet, conseil du recourant, est arrêtée à 1'800 fr. (mille huit cents francs), débours et TVA compris.
- 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.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Habib Tabet (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :