

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 août 2022

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Brélaz Braillard, juge et M. Reinberg, assesseur  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à **F.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, travaillait en qualité d'employé de bureau auprès de N.\_\_\_\_\_.

**b)** Il 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) le 23 janvier 2007 en raison de problèmes de dos (hernie discale opérée en 1991) et d'un diabète. Il a également précisé que deux de ses doigts avaient été sectionnés à la suite d'un accident de travail en octobre 1981 (index et majeur de la main gauche).

Selon un rapport du 27 décembre 2006 du Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_, les diagnostics suivants étaient retenus : syndrome métabolique avec diabète de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémie et obésité de classe I selon l'Organisation mondiale pour la santé ; trouble dépressif récurrent ; hyperphagie boulimique et trouble mixte de la personnalité (traits narcissiques et paranoïaques).

Par décision du 28 septembre 2007, l'OAI a nié le droit de l'assuré aux prestations estimant qu'il ne présentait pas d'incapacité de travail de longue durée, ni d'atteinte invalidante.

L'assuré a été licencié en 2008. Il a ensuite travaillé sur appel comme agent de sécurité à partir du mois d'août 2011 en gain intermédiaire.

**c)** Une nouvelle demande de prestations a été déposée le 27 janvier 2012. Elle a abouti à une décision de refus d'entrer en matière du 11 avril 2012.

**d)** L'assuré a été en arrêt de travail total dès le 18 février 2013 et ses rapports de travail en tant qu'agent de sécurité se sont terminés fin mars 2013.

Le 5 mars 2013, il a fait parvenir une troisième demande à l'OAI en invoquant une aggravation considérable de ses problèmes de dos, une diminution de la force de la main gauche et une aggravation du diabète (passage d'un diabète de type 2 à un type 1).

Selon un rapport du 24 mai 2013, la Dresse Q.\_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics incapacitants de lombosciatique de type S1 droite sur hernie discale L5-S1 et canal rachidien rétréci, ainsi que de troubles dépressifs récurrents. Le syndrome métabolique avec diabète insulino-dépendant, l'hypertension artérielle sévère, la dyslipidémie, l'obésité, le trouble de la personnalité narcissique et paranoïaque et les suites de l'accident de 1981 n'étaient pas incapacitants. La Dresse Q.\_\_\_\_\_ a relevé l'intensification des problèmes de dos qui avaient nécessité un arrêt de travail prolongé. Une prise d'antalgie lourde était nécessaire depuis début mai 2013 en raison d'une sciatique droite aiguë avec troubles de la sensibilité de S1. Ce médecin a mentionné une fatigue et la lourdeur du traitement du diabète et du syndrome métabolique. Les troubles dépressifs étaient en cours de réinvestigation. En raison des douleurs, et surtout de la lourdeur des comorbidités physiques et psychiatriques, il y avait une chronicisation des symptômes et de l'incapacité de travail.

Dans un rapport du 24 juin 2013, le Service de rhumatologie de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics incapacitants de lombosciatique type S1 droite sur hernie discale L5-S1 et de canal lombaire rétréci en L4-L5 et rétrécissement foraminaux en L5-S1 des deux côtés. Les restrictions physiques retenues étaient le port de charges lourdes supérieures ou égales à 8 kg plusieurs fois par jour.

Aux termes d'un rapport du 10 juillet 2013 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ainsi qu'en chirurgie de la main, l'assuré présentait un status post-amputation de la première phalange de l'index et du majeur à gauche à la suite d'un accident de travail en 1981, diagnostic qui n'avait pas d'effet

sur sa capacité de travail. L'assuré se plaignait principalement d'un manque de force au membre supérieur gauche, surtout dans la préhension et la pince entre le pouce et l'index, mais ceci n'occasionnait pas de diminution de rendement, ni de restriction selon la Dresse G.\_\_\_\_\_. Il n'y avait pas de traitement en cours et elle n'avait pas prévu de revoir l'assuré.

A teneur d'un rapport du 19 août 2013, le Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ a attesté du suivi régulier des glycémies de l'assuré depuis 2010 et de l'adaptation de son traitement, soit une insulinothérapie et des antidiabétiques oraux. L'activité d'agent de sécurité n'était plus exigible en raison de la nécessité de l'autocontrôle de la glycémie, d'une alimentation régulière et de la restriction du port de charges.

Selon un avis du 9 décembre 2013 du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), l'assuré présentait une vraisemblable aggravation de son état de santé avec des lombosciatalgies droites dans un contexte d'hernie discale L5-S1, ainsi que des troubles dépressifs récurrents. La mobilité lombaire était modérément diminuée, mais l'atteinte n'avait pas de signe de gravité ni sur le plan clinique, ni radiologique. Elle justifiait des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis et l'activité d'agent de sécurité n'était pas compatible. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, la capacité de travail était complète selon le SMR. Sur le plan psychique, un complément d'informations était nécessaire.

En raison des problèmes de sommeil de l'assuré, une consultation a eu lieu au Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil (CIRS) de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 7 avril 2014, les diagnostics d'insomnie sur troubles de l'humeur et mauvaise hygiène du sommeil, cauchemars et suspicion d'un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil ont été retenus. Une polysomnographie complète devait avoir lieu en juin 2014.

D'après le rapport du 14 avril 2014 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, l'assuré présentait depuis cinq à six mois des douleurs au coude droit, sans traumatisme. La radiographie réalisée montrait une arthrose du coude avec des becs-ostéophytaires sur l'olécrane du côté cubital du coude au niveau de l'épitrachée. Il y avait aussi une ancienne fracture avec deux fragments osseux anciens sur le versant cubital du coude. La Dresse G.\_\_\_\_\_ a prescrit des anti-inflammatoires et de la physiothérapie.

Dans un rapport du 20 mai 2014, la Dresse H.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic incapacitant de trouble anxieux et dépressif mixte existant depuis plusieurs années avec pour symptomatologie des manifestations anxieuses et dépressives caractérisées par une tristesse, des ruminations et des troubles neurovégétatifs, ainsi qu'une anhédonie. Une légère amélioration clinique des symptômes actuels était notée, mais le pronostic était réservé. L'assuré était en incapacité de travail totale et présentait des restrictions mentales dues au manque de motivation, de concentration, d'attention et à la fatigue. Le trouble de la personnalité aussi relevé n'avait pas d'effet sur la capacité de travail.

Sur demande de l'OAI, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a notamment exposé les éléments suivants dans son rapport du 11 juillet 2014 :

1. Quel diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail :

lombo-sciatalgies chroniques sur

- hernie discale L5-S1
- canal lombaire rétréci
- rétrécissement foraminal bilatéral
- trouble dépressif

SAS [syndrome d'apnées du sommeil] induisant de la fatigue

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

- Prise en charge par le département de l'appareil locomoteur et par l'unité du Rachis à l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ [...]. Ce sont eux qui ont géré l'incapacité de travail jusqu'à juin 2014.
- Prise en charge par Dresse H.\_\_\_\_\_ et un psychothérapeute pour la dépression chronique.
- Pose d'un CPAP [continuous positive airway pressure, respiration assistée par pression positive] pour le SAS.

Tout ceci n'a pas amené d'amélioration notable dans les douleurs et la fatigue du patient mais a amélioré sa prise en charge.

3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité actuelle ? Depuis quand ?

Nulle dans son métier d'agent de sécurité.

Un reclassement professionnel AI est urgent.

Une évaluation des capacités fonctionnelles au service d'ergothérapie de l'Hôpital K. \_\_\_\_\_ a été réalisée mais je n'ai pas encore reçu de rapport.

Je vous l'enverrai dès sa réception.

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?

Le rapport du service d'ergothérapie devrait pouvoir nous le dire.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Cf futur rapport de l'ergothérapie.

Le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic incapacitant de déchirure partielle non transfixiante complexe de l'insertion du tendon du sus-épineux sur le trochiter de l'épaule gauche dans son rapport du 21 juillet 2014. La lésion était telle qu'elle risquait de préserver une douleur chronique car il n'y avait pas de chance de guérison spontanée. La situation pouvait devenir indolore par mécanismes de compensation, mais la rupture persisterait. Une péjoration vers une rupture transfixiante à mi-/long terme était probable. Une opération pouvait être envisagée, mais sans pronostic certain. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a cité les restrictions classiques liées aux problématiques des tendons de la coiffe des rotateurs, soit notamment des difficultés pour tout mouvement en hauteur avec ou sans charge, pas de rotations répétitives et pas de positions statiques prolongées. Une reprise complète de la capacité de travail était normalement possible dans le cas d'une compensation naturelle ou une suite postopératoire sans séquelle après six à douze mois maximum.

A la suite d'une évaluation des capacités fonctionnelles au Service d'ergothérapie de l'Hôpital K. \_\_\_\_\_ le 17 juin 2014, un rapport a été rédigé le 5 août 2014 par le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, rapport dont on extrait ce qui suit :

[...] Monsieur V. \_\_\_\_\_ présente d'importantes autolimitations l'ayant empêché d'aller jusqu'à l'effort maximal durant les différents tests réalisés. Par conséquent, les capacités physiques enregistrées

sont peu fiables, ne correspondant pas à ses aptitudes fonctionnelles réelles maximales. Il ressort également des questionnaires PACT (auto-appréciation des capacités fonctionnelles) et FABQ (auto-évaluation des croyances d'évitement liées à la peur du mouvement) que le patient sous-estime systématiquement ses capacités fonctionnelles, présente une kinésiophobie très importante à la base des résultats obtenus.

Un poste de travail adapté aux capacités de Monsieur V. \_\_\_\_\_ pourrait impliquer des ports de charges jusqu'à 5 kg sans limitation par rapport à la fréquence, port de charges jusqu'à 10-12 kg occasionnellement mais rarement dans la journée, devrait également permettre l'alternance des positions assise/debout (le patient peut tenir debout mieux qu'assis). Les rotations du tronc ne sont pas limitées. Le travail en zone basse et au-dessus de la hauteur des épaules devrait être évité le plus possible. Réalisation d'escaliers que quelques fois par journée.

Nous observons aussi à l'évaluation des limitations en raison d'une fatigabilité accrue, ce qui veut dire que le rendement est diminué actuellement à 50 %. Une éventuelle réinsertion professionnelle devrait être progressive.

En conclusion, cette évaluation des capacités fonctionnelles ne permet pas de décrire de manière idéale les adaptations nécessaires à un poste de travail pour Monsieur V. \_\_\_\_\_ et cela en raison de plusieurs autolimitations de la part du patient. Cependant, un poste de travail respectant les limitations décrites ci-dessus et offrant un environnement professionnel sécurisé et rassurant pourrait permettre une réinsertion professionnelle progressive.

Aux termes d'un rapport du 22 août 2014 de la Dresse M. \_\_\_\_\_ du CIRS, spécialiste en neurologie, les diagnostics de syndrome des apnées-hypopnées du sommeil de degré sévère (indice de sévérité d'apnées du sommeil : 40 périodes d'apnée par heure) et insomnie dans le contexte de troubles de l'humeur et mauvaise hygiène du sommeil ont été retenus. La Dresse M. \_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré avait mal toléré le traitement CPAP instauré. Des adaptations à l'utilisation de l'appareil ont été faites et l'assuré devait être revu deux mois plus tard afin de réévaluer la situation.

D'après un avis SMR du 21 octobre 2014, l'instruction du dossier devait être poursuivie tant sur le plan somatique que psychiatrique. Il n'y avait cependant pas de contre-indication médicale à initier sans attendre un processus de réadaptation professionnelle, en respectant les limitations fonctionnelles d'ores et déjà acquises sur le plan orthopédique, soit : pas d'activité nécessitant des travaux ou des efforts

répétitifs au-dessus du plan scapulaire, pas d'activité nécessitant des situations de porte-à-faux, de rotation du tronc en position extrême, pas d'activité nécessitant des flexions antérieures répétitives du rachis dorso-lombaire, pas d'activité nécessitant des ports de charges répétitifs de 10 à 15 kg.

Dans un rapport du 10 décembre 2014, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a confirmé sa précédente analyse, soit notamment une incapacité de travail à 100 % et la persistance de la fatigue présentée par l'assuré.

Selon un avis SMR du 21 janvier 2015, les précédentes conclusions relatives à la réadaptation professionnelle pouvaient être confirmées. Le diagnostic psychiatrique de dépression légère non persistante retenu par la Dresse H. \_\_\_\_\_ n'apparaissait pas incapacitant sur le long terme.

A teneur d'un rapport du 25 mars 2015, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a confirmé ses appréciations antérieures, en constatant cette fois une péjoration de la symptomatologie clinique.

Après réexamen du dossier, le SMR a proposé la mise en œuvre d'un examen à l'interne du Service ou d'une expertise psychiatrique dans un avis du 3 juin 2015. Sur le plan somatique, une capacité de travail dans une activité adaptée, soit par exemple dans un poste sédentaire de type tertiaire, était possible à 100 %. Sur le plan psychiatrique, le dossier devait être instruit en raison de la pathologie qui n'évoluait pas malgré une prise en charge depuis plusieurs années.

Il ressort d'un rapport du 28 juin 2016 de la Dresse M. \_\_\_\_\_ que le diagnostic d'insomnie dans un contexte de cauchemars post-traumatiques était toujours d'actualité. Celui de trouble respiratoire de type obstructif et de degré sévère avait évolué en degré léger (indice de sévérité d'apnées du sommeil : 10,5 périodes d'apnée par heure), avec une composante positionnelle. La Dresse M. \_\_\_\_\_ a proposé la mise en

place d'une médication spécialisée et de différentes techniques afin de mieux maîtriser les cauchemars.

Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 30 janvier 2017, le Dr R.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte et réfuté l'existence d'un trouble de la personnalité. Du point de vue psychiatrique, les atteintes à la santé étaient modestes et ne justifiaient pas une incapacité de travail totale. L'assuré ne souffrait pas de trouble de la mémoire, ni de trouble de l'attention, ni de la concentration. D'après l'expert, l'assuré présentait des autolimitations importantes et il avait toujours massivement sous-estimé ses capacités. Il a conclu que les troubles psychiques mineurs pouvaient justifier une baisse de rendement de l'ordre de 10 % en raison d'une fatigue et d'une fatigabilité. Du point de vue psychiatrique, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle à une activité adaptée.

Par avis du 3 mars 2017, le SMR a indiqué que les conclusions de l'expertise du 30 janvier 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_ pouvaient être suivies. Cet avis a été complété le 21 mars 2017, en ce sens que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 28 décembre 2012. Dans une activité adaptée, elle était de 100 % depuis le 28 décembre 2012, avec une baisse de rendement de 10 %.

Selon un rapport du 6 septembre 2017 de la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, l'assuré était régulièrement suivi pour un syndrome métabolique avec diabète de type 2 connu depuis 1997, insulino-requérant, une hypertension artérielle avec rétinopathie hypertensive de stade 2 bilatérale, une dyslipidémie et une obésité de classe I. L'assuré était d'après ce médecin inapte à pratiquer une activité lucrative principalement en raison des douleurs lombaires invalidantes et de son état psychiatrique. La Dresse P.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'obésité était un facteur aggravant les lombalgies et rendait difficile la mobilisation. Elle aggravait également la fatigabilité et réduisait la tolérance à l'effort. Les

contrôles glycémiques fréquents nécessaires pour le diabète étaient une contrainte supplémentaire.

Aux termes d'un rapport du 19 octobre 2017, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic principal de lombalgies chroniques d'origine multifactorielle avec hernie discale L5-S1 médiane provoquant un rétrécissement du canal lombaire rétréci, discopathies étagées entre L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1 avec HIZ (High signal Intensity Zone), rétrécissement foraminal bilatéral L5 sur protrusion discale L4-L5 et déconditionnement physique global et focal. Dans le courrier de la même date adressé au conseil de l'assuré, ce médecin a renvoyé au document du 5 août 2014 rédigé à la suite de l'évaluation des capacités fonctionnelles. Il l'a complété ainsi :

Actuellement, comme vous le verrez dans mon rapport de consultation, j'estime que du point de vue exclusivement musculo-squelettique et encore plus exclusivement du point de vue du rachis, Monsieur V. \_\_\_\_\_ serait capable de travailler à 50% dans un poste adapté qui respecte les limitations décrites déjà en 2014. Je suis toujours d'avis que la reprise de son activité habituelle d'agent de sécurité n'est pas envisageable. La douleur chronique et la fatigabilité déclarées par Monsieur V. \_\_\_\_\_ me font estimer que sa capacité de travail est diminuée à 50%. Cependant, je note ici que vu la présence de plusieurs comorbidités du point de vue de médecine interne, orthopédique ainsi que psychiatrique, seule une expertise pluridisciplinaire pourrait déterminer sa capacité [de] travail résiduelle.

A la demande du conseil de l'assuré, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a rédigé le rapport suivant le 20 octobre 2017 :

[...] J'ai vu le patient la dernière fois pour un contrôle clinique le 18.08.2017 et nous avons effectué des investigations somnologiques les 11-12.10.2017 (polysomnographie), le 12.10.2017 (test itératif des latences du sommeil) et du 29.09 au 13.10.2017 (actigraphie).

Le patient souffre d'une insomnie de longue date qui se manifeste par des réveils précoces dus à des cauchemars de souvenirs traumatiques. L'actigraphie effectuée pendant 2 semaines a documenté plusieurs réveils, surtout en deuxième partie de nuit, compatibles avec cette symptomatologie. D'un autre côté, le patient présente un trouble respiratoire au cours du sommeil de type obstructif et de degré modéré à sévère (AHI [apnea hypopnea index, indice de sévérité d'apnées du sommeil] 28/h, ODI [Oswestry Disability index] 28/h). Un traitement CPAP avait mal été toléré. Il est probable que ces deux diagnostics contribuent à la fatigue

diurne et aux difficultés de concentration que le patient décrit. Au vu des nombreux traitements qui ont déjà été essayés (thérapie cognitivo-comportementale axée sur l'insomnie et traitement médicamenteux seulement partiellement efficace, CPAP non toléré), j'estime qu'actuellement la situation justifie une incapacité de travail d'un point de vue somnologique de 30 %.

Dans un avis du 2 mars 2018, le SMR a confirmé ses conclusions précédentes. La pathologie somnologique a été considérée comme non incapacitante au long cours. L'état était amélioré lors de la dernière appréciation et rien ne justifiait une aggravation. Concernant l'obésité, elle était déjà existante par le passé et ne nécessitait pas de diminution de temps de travail. Il en était de même des contrôles du diabète dans un poste adapté. Le SMR a ajouté que l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ était empathique car il était le médecin traitant de l'assuré.

Par décision du 26 avril 2018, l'OAI a dénié le droit à la rente de l'assuré.

**B.** Saisie d'un recours interjeté par l'assuré contre cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois l'a admis et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il complète l'instruction au sens des considérants puis rende une nouvelle décision en retenant plus particulièrement ce qui suit au considérant 5 (arrêt du 7 mai 2019 dans la cause AI 182/18 - 135/2019) :

**a)** En l'espèce, on constate que le recourant présente un tableau clinique polymorphe.

**aa)** Sur le plan ostéoarticulaire, le recourant souffre principalement de lombalgies chroniques d'origine multifactorielle (hernie discale L5-S1 médiane provoquant un rétrécissement du canal lombaire rétréci ; discopathies étagées entre L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1 avec HIZ ; rétrécissement foraminaux bilatéraux L5 sur protrusion discale L4-L5 ; déconditionnement physique global et focal). Une évaluation des capacités fonctionnelles a toutefois mis en évidence d'importantes autolimitations qui avaient empêché le recourant d'aller jusqu'à l'effort maximal durant les différents tests réalisés. Les capacités physiques enregistrées étaient peu fiables, ne correspondant pas à ses aptitudes fonctionnelles réelles maximales. Il ressortait également des questionnaires PACT et FABQ que le recourant sous-estimait systématiquement ses capacités fonctionnelles et présentait une kinésiophobie très importante (rapport du 5 août 2014). Selon le Dr Z. \_\_\_\_\_, la capacité de travail était néanmoins limitée à 50 % dans une activité adaptée à

ses limitations fonctionnelles (rapport du 19 octobre 2017). En sus de ces problèmes lombaires, le recourant présente des douleurs au coude droit (rapport du 14 avril 2014 de la Dresse G.\_\_\_\_\_) et à l'épaule gauche (rapport du 21 juillet 2014 du Dr X.\_\_\_\_\_).

**bb)** Sur le plan diabétologique, le recourant souffre d'un syndrome métabolique avec diabète de type 2 (insulino-requérant), d'une hypertension artérielle avec rétinopathie hypertensive de stade 2 (bilatérale), d'une dyslipidémie et d'une obésité de classe I. D'après la Dresse P.\_\_\_\_\_, l'obésité du recourant était un facteur aggravant pour les lombalgies, rendait difficile la mobilisation, aggravait la fatigabilité et réduisait la tolérance à l'effort. Les contrôles glycémiques fréquents nécessaires pour le diabète constituaient par ailleurs une contrainte supplémentaire (rapport du 6 septembre 2017).

**cc)** Sur le plan psychiatrique, le recourant présente, selon la Dresse H.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, un trouble anxieux et dépressif mixte ainsi qu'un trouble de la personnalité (rapports des 20 mai 2014, 10 décembre 2014 et 25 mars 2015). Dans son rapport d'expertise du 30 janvier 2017, le Dr R.\_\_\_\_\_ a pour sa part réfuté l'existence d'un trouble de la personnalité et retenu comme seul et unique diagnostic celui de trouble anxieux et dépressif mixte, lequel justifiait une baisse de rendement de l'ordre de 10 % en raison d'une fatigue et d'une fatigabilité.

**dd)** Sur le plan somnologique, le recourant souffre d'un syndrome des apnées-hypopnées du sommeil, ainsi que d'insomnie dans un contexte de cauchemars post-traumatiques. De l'avis de la Dresse M.\_\_\_\_\_, les deux diagnostics contribuaient à la fatigue diurne et aux difficultés de concentration décrites par le recourant. Au vu des nombreux traitements déjà essayés (thérapie cognitivo-comportementale axée sur l'insomnie et traitement médicamenteux partiellement efficace ; CPAP non toléré), la situation actuelle justifiait selon ce médecin une incapacité de travail de 30 % d'un point de vue somnologique (rapports des 7 avril 2014, 22 août 2014, 28 juin 2016 et 20 octobre 2017).

**b)** Le SMR, dans ses avis des 21 octobre 2014, 21 janvier 2015, 3 juin 2015, 3 mars 2017, 21 mars 2017 et 2 mars 2018, a retenu que le recourant présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 10 % en raison de la fatigue et de la fatigabilité. Il estimait en substance que le recourant ne présentait aucune atteinte à caractère invalidant d'origine somatique ou psychique.

**c)** On constate qu'il n'est pas possible de se prononcer dans le cas d'espèce, et cela pour deux motifs au moins.

**aa)** En premier lieu, il existe une nette divergence d'opinion entre le point de vue du SMR et le point de vue défendu par le Dr Z.\_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité de travail sur le plan rhumatologique. Faute d'explications données par le SMR sur les raisons qui le conduisent à retenir que les atteintes ostéoarticulaires dont souffre le recourant n'entraînent aucune limitation dans l'exercice d'une activité adaptée, soit à s'écarter de l'évaluation bien étayée des capacités fonctionnelles du 17 juin 2014, son point de vue ne peut être suivi.

**bb)** En second lieu, l'obstacle principal à la reprise d'une activité lucrative par le recourant est constitué, hormis les douleurs ostéoarticulaires, par l'importante fatigabilité dont il se plaint. Cette problématique a été mentionnée non seulement par son médecin traitant, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ (notamment rapport du 11 juillet 2014), mais elle a également été relevée par les Drs Z. \_\_\_\_\_ (rapports des 5 août 2014 et 19 octobre 2017), P. \_\_\_\_\_ (rapport du 6 septembre 2017) et M. \_\_\_\_\_ (rapport du 20 octobre 2017), ainsi que par l'expert R. \_\_\_\_\_. Cette problématique, liée principalement à des troubles du sommeil, n'a pas fait l'objet d'un examen consciencieux de la part du SMR. On relève en particulier que celui-ci n'examine pas la problématique de l'insomnie et se trompe lorsqu'il affirme que le recourant est appareillé depuis l'été 2014 et que son état est amélioré depuis lors, puisqu'il ressort des rapports établis par la Dresse M. \_\_\_\_\_ que ce traitement a été mal toléré et que le trouble respiratoire était en dernier lieu d'intensité modérée à sévère (rapports des 22 août 2014 et 20 octobre 2017 ; voir également rapport d'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ du 30 janvier 2017).

**d)** Par conséquent, en l'absence d'une appréciation médicale exhaustive prenant en compte les interactions entre les plans somatique et psychique, l'instruction doit être complétée. Il convient de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA, expertise qui devra notamment comprendre des volets rhumatologique, diabétologique et psychiatrique, ainsi qu'une analyse objective du phénomène de fatigue.

**e)** Il n'y a pour le reste pas lieu de traiter les autres griefs du recourant, à propos du taux d'abattement notamment, l'OAI devant revoir la situation sur le plan médical et les conséquences qui en résultent.

**C.** Reprenant l'instruction, l'OAI a confié au Centre B. \_\_\_\_\_ d'A. \_\_\_\_\_ la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet rhumatologique (Dresse S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie), endocrinologique/diabétologique (Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie/diabétologie) et psychiatrique (Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport de synthèse du 7 janvier 2020 (évaluation consensuelle), les experts ont posé les diagnostics suivants « ayant ou non une incidence sur la capacité de travail » :

- douleurs chroniques du coude droit avec limitations articulaires, arthrose post-traumatique du coude (2014), status après accident (en 1983-1984) ;

- douleurs du pouce gauche, rhizarthrose probable, status post amputation de l'index et du médus (phalanges distales de l'index et d'un tiers du médus) suite à un traumatisme par écrasement (octobre 1981) ;
- lombalgies chroniques avec sciatalgies intermittentes à bascule à prédominance droite sur hernie discale L5-S1 médiane, canal lombaire étroit rétréci en L5-S1, rétrécissement foramina bilatéral L5-S1, status après cure de hernie discale L4-L5 droite (1991) ;
- neuropathie cubitale gauche modérée (essentiellement myélinique ; électroneuromyogramme du 9 février 2011) ;
- arthropathie débutante cunéo-naviculaire interne, séquelles de déchirure du ligament talo-fibulaire du pied droit (IRM d'avril 2018) ;
- status post périarthrite scapulo-humérale gauche sur lésion du sus-épineux (2014) ;
- status après enthésopathie proximale et aponévropathie du pied droit (IRM d'avril 2018) ;
- trouble dépressif, épisode actuel moyen, avec symptômes somatiques ;
- personnalité paranoïaque ;
- diabète de type II, actuellement insulino-requérant dans un contexte de syndrome métabolique depuis 1997 ;
- apnées du sommeil sévères et intolérance du traitement par CPAP.

Si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, elle était entière dans une activité adaptée à l'état de santé somatique et psychique de l'assuré depuis le 28 décembre 2012 avec une baisse de rendement de 20 % en raison de douleurs chroniques, de fatigue d'étiologie multifactorielle, de troubles de la concentration et de l'attention ainsi que d'envahissement du champ de pensées par des idées obsédantes de mésestime.

Le 21 janvier 2020, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a déclaré faire sienne l'appréciation des experts du Centre B.\_\_\_\_\_.

Par projet de décision du 6 avril 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui dénier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, dès lors que, compte tenu d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé, son préjudice économique était de 20 %.

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assuré a successivement produit les documents suivants :

- une attestation médicale du 12 juin 2020 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin associé au Service de chirurgie plastique et de la main de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_, faisant état d'une rhizarthrose symptomatique gauche ;
- un arthro-CT du coude droit du 10 juillet 2020 ayant mis en évidence une chondropathie diffuse importante du coude droit prédominant au niveau capitello-radial avec absence de corps libre intra-articulaire évident ; s'il n'y avait pas d'argument pour une déchirure ou une distension du ligament collatéral ulnaire, une déchirure transfixiante du ligament collatéral radial a toutefois été constatée ;
- un compte-rendu d'une radiographie du calcaneus gauche de profil et axiale du 10 juillet 2020 ayant conclu à l'absence de pincement articulaire dans la limite des images réalisées et de fracture ou de séquelles de fracture tout en ayant mis en évidence de multiples calcifications artérielles.

Après avoir soumis ces pièces au Dr W.\_\_\_\_\_ (avis médical du 15 septembre 2020), l'OAI a, par décision du 17 septembre 2020, entériné son refus de toutes prestations, conformément à son projet de décision du 6 avril 2020.

**D.**           **a)** Par acte du 15 octobre 2020, complété le 6 janvier 2021, V.\_\_\_\_\_, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 17 septembre 2020 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu dès le 28 décembre 2012, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour

complément d’instruction. En bref, s’agissant du volet rhumatologique de l’expertise du Centre B.\_\_\_\_\_, il a reproché à la Dresse S.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir démontré en quoi l’appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_ selon laquelle il disposerait d’une capacité de travail de 50 % en raison de ses problèmes musculo-squelettiques serait erronée. S’agissant du volet psychiatrique, il a fait état de contradictions au sein du rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ et s’est plaint de la trop grande brièveté de l’entretien « *pour procéder à une évaluation de l’existence d’un trouble de la personnalité.* ». S’agissant de l’expertise endocrinologique, elle ne contenait aucune analyse objective du phénomène de fatigue. Quant à l’évaluation consensuelle, elle omettait d’indiquer si les diminutions de rendement de 10 % sur le plan ostéoarticulaire et de 20 % sur le plan psychique se cumulaient ou non et pour quelle raison. Au vu de ces éléments, l’assuré estimait qu’il fallait dénier tout caractère probant à l’expertise du Centre B.\_\_\_\_\_. Du point de vue économique, il a critiqué l’absence d’abattement sur le salaire statistique fondant le revenu d’invalidé tout en faisant valoir que, s’il disposait certes de ressources au moment de la décision litigieuse, il était très peu probable qu’un employeur consente à l’engager compte tenu de son âge et de ses limitations fonctionnelles. L’assuré était dès lors d’avis qu’il présentait une incapacité de gain totale lui donnant droit à une rente entière d’invalidité.

**b)** Dans sa réponse du 5 février 2021, l’OAI a indiqué que, dans leur évaluation consensuelle, les experts avaient tenu compte d’une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % pour des raisons de douleurs chroniques, une fatigue d’étiologie multifactorielle, des troubles de la concentration et de l’attention ainsi qu’un envahissement du champ de pensées par des idées obsédantes. Cette évaluation lui semblait suffisamment étayée pour pouvoir être suivie. Après avoir rappelé que l’autorité disposait d’un large pouvoir d’appréciation en matière de taux d’abattement, il a estimé que, âgé de 59 ans au moment où le Centre B.\_\_\_\_\_ avait rendu son rapport d’expertise, l’assuré n’avait pas encore atteint l’âge à partir duquel la jurisprudence admettait qu’il était difficile de se réinsérer sur le marché du travail. Quant aux limitations fonctionnelles, elles avaient déjà été prises

en compte dans l'évaluation de la capacité de travail en retenant une baisse de rendement de 20 %. En conséquence, l'OAI a conclu au rejet du recours.

**c)** Par réplique du 3 mars 2021, l'assuré a brièvement rappelé les motifs pour lesquels il estimait que l'expertise du Centre B. \_\_\_\_\_ était dépourvue de valeur probante, en insistant plus particulièrement sur le fait qu'elle ne contenait aucune analyse objective du phénomène de fatigue. S'agissant de l'exigibilité, il a souligné que le but d'une expertise pluridisciplinaire était d'aboutir à une appréciation globale de la capacité de travail, ce qui n'était pas le cas en l'espèce puisque les experts auraient dû à son avis se déterminer sur le point de savoir si les diminutions de rendement se cumulaient ou non. Pour le reste, il a une nouvelle fois exposé les motifs justifiant, selon lui, un abattement de 15 % et l'application de la jurisprudence admettant la difficulté d'un assuré proche de l'âge de la retraite de se réinsérer sur le marché du travail. L'assuré a déclaré maintenir intégralement les conclusions de son recours.

**d)** Dans sa duplique du 22 mars 2021, l'OAI a confirmé ses conclusions, l'assuré en faisant de même dans ses déterminations du 9 avril 2021.

**e)** Le 4 juin 2021, le magistrat instructeur a demandé au Centre B. \_\_\_\_\_ d'expliquer les raisons pour lesquelles il avait estimé « *que la fatigue - d'origine multifactorielle - rapportée par l'assuré n'engendrait pas une diminution de rendement supérieure à 20 %.* »

**f)** Dans son rapport complémentaire du 29 juin 2021, les Drs S. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ ont indiqué que l'origine multifactorielle de la fatigue s'expliquait par une carence martiale anamnétique, un diabète de type 2 et un syndrome des apnées du sommeil. Ils ont précisé que ces pathologies n'affectaient la capacité de travail que si elles ne pouvaient être traitées correctement. Tel était le cas des apnées du sommeil dont les alternatives de traitement devaient être discutées dans un centre de pneumologie. En cas d'échec de traitement, il convenait d'analyser le

phénomène de fatigue sur des critères plus objectifs qu'une simple anamnèse, par exemple dans un centre spécialisé du sommeil en vue d'évaluer la restriction de la capacité de travail et/ou la baisse attendue de rendement. Pour le reste, ils ont maintenu leur appréciation selon laquelle la fatigue d'origine multifactorielle rapportée par l'assuré n'entraînait pas une diminution de rendement supérieure à 20 %.

**g)** Dans ses déterminations du 14 juillet 2021, l'OAI s'est référé à l'avis établi le 12 juillet 2021 sous la plume du Dr W.\_\_\_\_\_. D'après lui, un consilium pneumologique n'apporterait pas de nouveaux éléments. Outre que l'assuré faisait l'objet d'un suivi par son pneumologue traitant et qu'aucune exigibilité de traitement n'avait été retenue, le Centre B.\_\_\_\_\_ n'avait pas jugé nécessaire de demander un complément pneumologique lors de ses examens cliniques alors qu'il en avait la possibilité. Estimant dès lors que la mise en œuvre d'investigations complémentaires ne se justifiait pas en l'état du dossier, l'OAI a derechef confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

**h)** S'exprimant par pli du 16 août 2021, l'assuré a relevé que, dans la mesure où les experts du Centre B.\_\_\_\_\_ préconisaient un complément pneumologique, il existait un doute sérieux quant à la fiabilité des constatations du SMR. A cela s'ajoutait que les médecins en charge de l'aspect somnologique faisaient état d'une incapacité de travail de 30 % sur cet aspect-là uniquement. C'était dès lors de manière arbitraire que l'OAI maintenait son point de vue, si bien que l'assuré ne pouvait que confirmer ses précédentes conclusions.

### **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. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 17 septembre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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).

**4. a)** Pour 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les

documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**5.** Dans sa décision du 17 septembre 2020, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du 7 janvier 2020 du Centre B.\_\_\_\_\_ pour retenir que le recourant ne présente pas d'atteinte invalidante et que sa capacité de travail est entière avec une diminution de rendement de 20 % en toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**a)** A l'instar du recourant, la Cour de céans ne peut se rallier à la position de l'office intimé. L'expertise du Centre B.\_\_\_\_\_ ne respecte en effet pas les conditions qui avaient été fixées dans l'arrêt de renvoi du 7 mai 2019 en tant qu'elle n'analyse pas de manière objective le phénomène de fatigue et son influence sur la capacité de travail du recourant.

**aa)** S'agissant du volet rhumatologique, on constate qu'outre des douleurs ostéoarticulaires, le recourant se plaint de fatigue, en faisant état d'un sommeil de mauvaise qualité en raison de réveils fréquents qu'il attribue à la symptomatologie algique et à des pensées négatives. Au terme de son évaluation, la Dresse S.\_\_\_\_\_ estime que la fatigue alléguée n'est pas seulement attribuable à des douleurs ostéoarticulaires mais qu'elle est plutôt d'origine multifactorielle (syndrome d'apnées du

sommeil non appareillé, diabète, voire d'origine psychique). Aussi juge-t-elle trop importante la diminution de la capacité de travail de 50 % retenue par le Dr Z.\_\_\_\_\_ (rapport du 19 octobre 2017) car elle prend en considération d'autres facteurs que ceux purement rachidiens. Elle retient dès lors une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites avec une diminution de rendement de 10 % pour tenir compte des problèmes ostéoarticulaires du recourant.

**bb)** S'agissant du volet psychiatrique, le Dr C.\_\_\_\_\_ note l'évocation de troubles du sommeil persistants du fait de cauchemars morbides se traduisant par des difficultés d'endormissement et de fréquents réveils nocturnes. Il en découle une fatigue et un mal-être se péjorant au fil du temps. Tout en retenant un sentiment de fatigabilité, l'expert estime que ce sont plutôt des troubles de la concentration et de l'attention en lien avec un envahissement du champ de pensées par des idées obsédantes de mésestime qui sont à l'origine d'une diminution de rendement de 20 % dans l'activité habituelle. Il ajoute que la capacité de travail de 80 % dans une activité correspondant aux aptitudes du recourant est la même que celle se rapportant à l'activité habituelle.

**cc)** S'agissant du volet endocrinologique, le Dr J.\_\_\_\_\_ relève qu'indépendamment des problèmes rhumatologiques, c'est surtout la fatigue qui est mise en avant en raison d'une carence martiale, d'apnées du sommeil et de diabète. Pour autant, la capacité de travail du recourant dans une activité régulière demeure entière, dès lors qu'elle n'est pas affectée par le diabète, bien équilibré et sans complications.

**dd)** Quant à l'évaluation consensuelle, force est de constater qu'elle est particulièrement laconique. Tout au plus peut-on y lire que « *la fatigue rapportée par l'expertisé est d'origine multi-factorielle (syndrome d'apnée du sommeil non appareillé, douleurs rachidiennes chroniques, troubles psychiques)* » et qu'elle entre en ligne de compte, avec d'autres facteurs, pour justifier une diminution de rendement de 20 %. Ces explications sont loin de constituer une analyse objective du phénomène de fatigue et il n'est guère possible de se convaincre, sur la base de cette simple phrase, du bien-fondé de la baisse de rendement retenue par les

experts. Par ailleurs, dans la mesure où les baisses de rendement de 10 et 20 % relèvent de problématiques différentes, les experts auraient dû expliquer si et, le cas échéant, dans quelle mesure, elles se recoupaient. En effet, l'un des objectifs d'une expertise multi- ou bidisciplinaire est précisément d'établir, dans un rapport de synthèse, si les incapacités de travail attestées par divers spécialistes se recouvrent partiellement ou entièrement, le taux d'incapacité de travail procédant toujours d'une évaluation globale (TF 9C\_1021/2012 du 3 juillet 2013 consid. 3.3). Certes, l'évaluation consensuelle retient une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % « *pour des raisons de douleurs chroniques, de fatigue d'étiologie multifactorielle, de troubles de concentration, troubles de l'attention, envahissement du champ de pensées par des idées obsédantes de mésestime* ». Or on ignore quelle est la pondération respective des limitations fonctionnelles somatiques et psychiques dans la baisse de rendement de 20 %.

**b)** En tout état de cause, il s'avère que la problématique de la fatigue a été traitée de manière superficielle, alors même qu'il s'agissait d'un point central ayant justifié le renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire. Le Centre B. \_\_\_\_\_ l'a d'ailleurs reconnu à demi-mots dans sa réponse du 29 juin 2021 aux questions de la Cour, puisqu'il a alors admis qu'un consilium pneumologique aurait dû être recueilli.

**c)** Il convient dans ce contexte de souligner que l'office intimé endosse une importante part de responsabilité quant à l'échec de cette mesure d'instruction. D'une part, le questionnaire adressé au centre d'expertise ne faisait nulle mention de la nécessité de procéder à une analyse objective du phénomène de fatigue et, d'autre part, le SMR, dans son avis médical du 21 janvier 2020, n'a pas examiné si la problématique de la fatigue avait fait l'objet d'un examen détaillé, se limitant au contraire à un simple examen formel de l'expertise. Il s'en suit que l'office intimé a fait preuve d'une négligence évidente dans la mise en œuvre de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans.

**d)** Dans ces conditions, il sied de dénier toute valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le Centre B.\_\_\_\_\_. En l'absence au dossier d'une appréciation médicale exhaustive de la situation du recourant, prenant en compte les interactions entre les plans somatique et psychique, l'instruction doit être complétée. Il convient ainsi de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA, expertise qui devra notamment comprendre des volets rhumatologique, diabétologique, pneumologique et psychiatrique, ainsi qu'une analyse objective du phénomène de fatigue.

**6.** En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**7. 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 est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, en application de l'art. 82a LPGA). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**b)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée qui succombe (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**c)** Par décision du magistrat instructeur du 3 novembre 2020, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au

15 octobre 2020 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 13 avril 2022, faisant état de 16 heures 50 de travail. Toutefois, cette liste ne peut pas être intégralement suivie, dès lors que les débours doivent être fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3<sup>bis</sup> al. 1 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En conséquence, il appert que les dépens, fixés à 3'500 fr., suffisent à couvrir l'indemnité d'office qui aurait été allouée au conseil du recourant, sans qu'il n'y ait besoin de la fixer plus précisément.

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

**prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 17 septembre 2020 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 au 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 V.\_\_\_\_\_ une indemnité de dépens fixée à 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs).

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour V.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :