

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 mars 2022

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Berberat, juge, et Mme Gabellon, assesseure  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Catherine Bouverat,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

## **E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 196[...], marié, sans formation, au bénéfice d'un permis C, a travaillé comme maçon-coffreur à 100% chez [...] jusqu'au 5 décembre 2003, date à laquelle il a présenté une incapacité de travail totale, en lien avec une tomaculose (neuropathie héréditaire avec hypersensibilité à la pression) diagnostiquée par les Drs [...], médecin-traitant, et D.\_\_\_\_\_, neurologue-traitant (cf. rapports des 26 février 2003 et 12 juin 2003).

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de tomaculose dans un rapport subséquent du 6 novembre 2003, ajoutant que l'assuré présentait également un probable trouble somatoforme douloureux surajouté. Il a évalué l'état de l'assuré comme aggravé, attestant que du point de vue strictement neurologique, dans une activité légère permettant des changements fréquents de position et ne nécessitant pas de prendre appui de façon prolongée sur les membres supérieurs et inférieurs, la capacité de travail était de 100 %.

Le Service médical régional (ci-après : le SMR) de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a procédé à un examen psychiatrique de l'assuré le 13 juillet 2004 qui a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique. L'examen clinique n'avait pas permis d'objectiver le diagnostic d'état anxiodépressif posé par le médecin-traitant et les quelques traits dépressifs et anxieux présents lorsque l'assuré était confronté à son bilan existentiel actuel étaient discrets et ne permettaient pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Les plaintes n'étaient par ailleurs pas accompagnées d'un sentiment de détresse, ni d'une perturbation de l'environnement psychosocial et il existait une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, ce qui permettait d'écarter un syndrome douloureux somatoforme persistant. En l'absence de comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique, la capacité de travail exigible était entière.

Au plan somatique, le Dr [...], spécialiste en médecine physique et rééducation auprès du SMR, a constaté dans un rapport du 19 juillet 2004, que l'assuré ne pouvait plus travailler dans l'activité habituelle de maçon en raison de la tomaculose. En revanche, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charges de plus de 15kg, toute posture statique prolongée potentiellement compressive pour les troncs nerveux (par exemple : appui sur le coude, appui sur le col du péroné, travail à genoux ou accroupis, appui sur le poignet), besoin d'alterner les positions.

L'assuré a bénéficié de mesures d'ordre professionnel sous la forme d'un stage d'observation professionnel puis d'un reclassement dans le métier de soudeur auprès du Centre A. \_\_\_\_\_ de [...]. Il a par la suite reçu une aide au placement.

A l'issue de ces mesures d'ordre professionnel, l'OAI a informé l'assuré qu'il refusait de lui octroyer une rente d'invalidité (cf. décision du 29 septembre 2010), considérant que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était entière. L'atteinte au genou gauche survenue en août 2008 en cours de mesure n'entraînait pas de diminution de la capacité de travail mais impliquait quelques limitations fonctionnelles supplémentaires comme éviter la montée/descente répétée d'escaliers/échafaudage, ainsi que les déplacements sur sol irrégulier. La comparaison des revenus avec (62'078 fr.) et sans invalidité (68'279 fr.) mettait en évidence une perte de gain correspondant à un taux d'invalidité de 9 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Non contestée, cette décision est entrée en force.

L'OAI a par ailleurs mis un terme à l'aide au placement par décision du 29 novembre 2011, l'assuré ayant trouvé un travail dans une entreprise de maçonnerie, non adapté à ses limitations fonctionnelles, et ne collaborant pas activement à retrouver une activité adaptée.

**B.** Le 23 février 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Il a joint à sa demande un rapport du 3

novembre 2015 de la Dre H.\_\_\_\_\_, qui confirmait au plan génétique la neuropathie héréditaire déjà diagnostiquée en 2004.

Dans un courrier du 21 mars 2016, l'assuré a indiqué qu'il était en arrêt de travail total depuis août 2015. Il travaillait sur les chantiers comme maçon depuis 2011 mais il n'y parvenait plus en raison de douleurs et d'une fatigabilité importante. Il éprouvait également des sensations de fourmis dans les bras et les jambes. Il a transmis les deux rapports suivants :

- un rapport du 9 février 2015 du Dr R.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, qui a retenu les diagnostics de dépression moyenne avec syndrome somatique (F32.11), de trouble de la personnalité de type personnalité évitante (F60.6) et d'anxiété généralisée (F41.1). Le trouble de la personnalité était de nature à compromettre toute tentative de réinsertion dans une activité non manuelle, l'assuré ayant beaucoup de peine à s'adapter aux changements et dans les contacts sociaux et professionnels.
  
- un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2016 établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant, lequel a posé les diagnostics de neuropathie avec fragilité héréditaire aux compressions, de neuropathie sensitive motrice du nerf péronier commun droit dans le cadre d'une neuropathie avec fragilité héréditaire aux compressions, de neurolyse et transposition du nerf cubital au coude gauche après épitrolectomie, de gonalgies droites dans un contexte de remaniement probablement séquellaire du ménisque externe et chondropathie plateau tibial interne et externe, de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère, d'obésité avec BMI à 34,5kg/m<sup>2</sup>, de suspicion de syndrome de Raynaud, d'hypercholestérolémie non traitée, de troubles érectiles et d'ancien tabagisme. Sur le plan somatique, les troubles neurologiques s'étaient aggravés avec une augmentation des troubles sensitifs et diminution de la

force musculaire aux quatre membres avec lâchage des objets et chutes fréquentes. Sur le plan psychique, le médecin avait assisté à une dégradation de l'état de santé avec un épisode dépressif sévère réactionnel à la situation socio-professionnelle. Le patient était en arrêt de travail à 100% depuis le 24 août 2015, et le pronostic était clairement réservé.

[...], assureur perte de gain, a mandaté le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour examiner l'assuré. Ce médecin a rendu son rapport le 19 avril 2016, aux termes duquel il a retenu le diagnostic de troubles de l'adaptation avec probable prédominance de perturbations mixtes (dépressives et colériques), en rémission (F43.23). Le trouble était bien compensé avec l'aide du traitement mixte, médicamenteux et suivi psychothérapeutique/de soutien, de sorte qu'il n'était pas incapacitant.

Dans son rapport du 8 août 2016, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a constaté que l'assuré présentait une neuropathie du nerf péronier commun droit sans qu'il puisse déterminer une localisation. Il n'existait pas de traitement à part des recommandations préventives et le port d'attelles. L'activité de maçon-coffreur exercée était encore exigible, sans baisse de rendement.

Le 22 septembre 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_ a complété un rapport à l'attention de l'OAI dans lequel il a indiqué que l'assuré présentait un syndrome dépressif dont l'intensité était équivalente à celle d'une dysthymie, une anxiété généralisée, une agoraphobie avec trouble panique, ainsi qu'un trouble de la personnalité mixte. Ces troubles se manifestaient comme suit au travail :

« Le patient présente une fatigabilité importante et un trouble de la concentration en lien avec son syndrome dépressif. L'agoraphobie du patient l'empêche de travailler dans un local où il y a du monde ou beaucoup de passage. M. N.\_\_\_\_\_ rapporte déjà avoir passablement été gêné par cela lorsqu'il travaillait dans des lieux clos environné de beaucoup de collègues. L'anxiété anticipatoire liée à l'anxiété généralisée rend tout changement difficile et très

anxiogène et donc cela va notablement compliquer l'acquisition d'un nouveau métier. Le trouble de la personnalité mixte est également un obstacle par rapport à cela d'une part à cause de ses traits anxieux, le patient ayant beaucoup de peine à exposer ses difficultés, demander de l'aide, dire qu'il ne sait pas, s'exposer à l'autre alors qu'il ne maîtrise pas son sujet. De plus les traits paranoïaques et le vécu persécutoire que peut présenter le patient le handicape en cas de relation tendue, une peur conflictuelle ou lorsque le patient appréhende mal la réalité qui l'entoure ou se sent lésé et donc n'est pas favorable à une activité impliquant un contact avec de la clientèle. L'apprentissage d'un nouveau métier, à plus forte raison s'il n'est pas manuel, risque de mener le patient à une suite d'exacerbation anxieuse et dépressive mettant en échec cet apprentissage ».

Le Dr R. \_\_\_\_\_ a encore précisé que l'activité habituelle de maçon n'était plus possible en raison des atteintes neurologiques résultants de la neuropathie héréditaire avec hypersensibilité à la pression.

Le 13 novembre 2016, le Dr M. \_\_\_\_\_ a réagi à l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_ en constatant que son appréciation n'était pas très éloignée de la sienne quant à l'état émotionnel puisqu'il évoquait le diagnostic actuel de dysthymie. Un tel diagnostic ne conduisait pas à une incapacité de travail. Il a également constaté dans l'argumentation du Dr R. \_\_\_\_\_ un mélange constant entre « trait » de personnalité et « trouble » et qu'en l'occurrence l'examen des critères de la CIM-10 permettait de conclure que l'assuré ne présentait pas de trouble de la personnalité.

Le 2 décembre 2016, l'assureur perte de gain a transmis à l'OAI l'expertise neurologique réalisée le 29 juillet 2016 par le Dr C. \_\_\_\_\_. Ce spécialiste a confirmé le diagnostic de neuropathie héréditaire avec hypersensibilité à la pression et l'incapacité de travail totale dans la profession habituelle de maçon. L'assuré présentait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité légère, permettant l'alternance de position et évitant les positions assises prolongées, le travail à genoux et le travail en appui sur les coudes.

Dans un avis du 25 janvier 2017, le SMR a retenu que les deux expertises, psychiatrique du Dr M. \_\_\_\_\_ et neurologique du Dr C. \_\_\_\_\_, étaient probantes et que sur cette base, il se justifiait

d'admettre que la capacité de travail était nulle comme maçon ou soudeur, depuis l'apparition des premiers symptômes neurologiques en 2004, mais qu'elle était entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Par projet de décision du 4 avril 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, considérant que la situation médicale n'avait pas significativement changé par rapport à celle présentée lors de la décision de refus de rente du 29 septembre 2010.

Le 19 juin 2017, l'assuré a contesté ce projet de décision, avec l'appui de son psychiatre traitant (cf. courrier du 5 mai 2017 du Dr R. \_\_\_\_\_), lequel a critiqué la valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr M. \_\_\_\_\_, et en particulier le fait que les antécédents psychiatriques n'avaient pas été pris en considération pour l'évaluation du diagnostic et de la capacité de travail.

Interpellé, le Dr R. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions de l'OAI, dans un rapport du 28 juillet 2017 :

**1. Quel est selon vous le diagnostic psychiatrique qui justifie l'incapacité de travail de votre patient ?**

Le patient présente les diagnostics psychiatriques suivants déjà cités dans les rapports précédents: F33.11 Trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, F34.1 Dysthymie, F61.0 Trouble mixte de la personnalité, F41.1 Anxiété généralisée, F40.01 Agoraphobie avec trouble panique. Le patient a été en arrêt maladie depuis fin août 2015 pour des symptômes neurologiques liés à une maladie appelée neuropathie héréditaire avec hypersensibilité à la pression. Dans ce contexte, il a connu à nouveau un état dépressif récidivant à plusieurs reprises depuis lors qui aurait pu imposer un arrêt de travail complet mais il n'a à proprement parler jamais été en arrêt de travail pour une maladie psychiatrique de manière isolée depuis août 2015. Actuellement, le patient est à nouveau en arrêt de travail à 100% pour un problème rotulien au genoux droite qui semble devoir durer. Il connaît également de manière contemporaine à nouveau une exacerbation dépressive qui pourrait justifier un arrêt de travail à 100%. A noter que le patient connaît une suite d'états dépressifs depuis 12 ans soit depuis les première[s] manifestations de sa maladie neurologique. Rappelons à ce sujet que plus les états dépressifs sont nombreux, plus le risque de récurrence est important

et donc plus le patient est fragile. Comme développé dans mon rapport AI de septembre 2016 ci-joint, si la fragilité psychique caractérisée par les diagnostics psychiatriques susmentionnés ne sont pas la cause directe des arrêts de travail depuis août 2016, ils compromettent par contre une réinsertion et une nouvelle formation pour un métier plus adapté à ces problèmes neurologiques [sic]. A noter que M. N.\_\_\_\_\_ a bénéficié de mesures pour se former dans un autre métier par l'intermédiaire de l'AI pendant plusieurs années qui ont été un échec à mon avis précisément à cause de cette fragilité psychique.

**2. Quel est le status psychiatrique actuel ?**

Le patient présente toujours les symptômes mentionnés dans le constat médical du rapport AI de septembre 2016. Il est par ailleurs actuellement dans une période d'exacerbation dépressive où ce syndrome dépressif chronique a l'intensité d'une dépression moyenne. Il présente donc dans ce contexte de dépression actuelle une thymie abaissée, une asthénie importante, une aboulie, étant inactif à la maison. Il signale un trouble de la concentration important, une irritabilité très importante décrite aussi par son épouse, des idées suicidaires non scénarisées, des ruminations obsessionnelles au sujet de sa situation. Il présente une anxiété constante importante avec des tremblements et des palpitations.

**3. Quelles sont les limitations psychiques précises ?**

Actuellement, les limitations psychiques aux premiers plans sont l'asthénie, l'aboulie, le trouble de la concentration, l'anxiété et l'irritabilité très importante. Il existe encore à l'arrière-plan toutes les limitations décrites dans le rapport AI ci-joint de septembre 2016 notamment dans le domaine relationnel.

**4. Quelle serait selon vous la capacité de travail médico-théorique dans une activité strictement adaptée aux limitations somatiques ?**

Actuellement, au vu de cette exacerbation dépressive, cette capacité est nulle.

**5. Pensez-vous qu'une nouvelle expertise soit utile ?**

Il serait utile de demander une nouvelle expertise psychiatrique, celle que vous avez en votre possession étant très incomplète comme déjà cité dans mes rapports précédents, ne prenant pas en compte la longue histoire de dépressions multiples depuis 12 ans. Toutefois, notons que le patient présente une récurrence d'un problème rotulien au genou droit nécessitant selon le patient probablement une pose d'une prothèse au moins partielle qui semble contre-indiquer un métier dans le domaine du bâtiment et peut-être ce problème est-il de nature à justifier à lui seul une AI.

**6. Autre information que vous souhaiteriez partager ?**

Le patient est donc en arrêt maladie ou accident à 100% pour ce problème rotulien au genou droit. Il est suivi pour cela par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie-traumatologie. Il conviendrait il me semble de lui faire parvenir une demande de rapport médical. Son cabinet est situé à l'adresse suivante : [...].

Dans un avis médical du 8 août 2017, le SMR a considéré que le psychiatre traitant ne décrivait aucun élément médical objectif nouveau au plan psychique qui justifiait de s'éloigner des conclusions de l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_. Il avait en revanche évoqué une atteinte du genou droit, qu'il s'agissait d'investiguer auprès du Dr S.\_\_\_\_\_.

Interpellé par l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_ a fait savoir dans un rapport du 9 octobre 2017 que l'assuré avait effectivement été victime d'une entorse au genou droit le 30 septembre 2016 dont l'évolution était défavorable avec persistance des douleurs diffuses prédominant en externe malgré un traitement conservateur comprenant des antalgiques, de la physiothérapie, une attelle et une orthèse pédieuse.

Dans un avis médical final du 27 novembre 2017, le SMR a constaté que les limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr S.\_\_\_\_\_ recoupaient en partie celles décrites en 2016 par le neurologue. Les activités de maçon-coffreur ou soudeur n'étaient plus exigibles, alors que l'accident de septembre 2016 avait pu engendrer une incapacité totale de travail limitée dans le temps pour toute activité. Il n'y avait aucun élément médical objectif en faveur d'une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles et une activité légère avec alternance de position restait adaptée. La mise en place d'une prothèse de genou pouvait toutefois être responsable d'une incapacité de travail temporaire, avec vraisemblablement à l'issue une amélioration franche des limitations fonctionnelles liées aux gonalgies.

L'assuré a bénéficié d'une prothèse totale de genou dans le contexte d'une arthrose post-traumatique de son genou droit (23 novembre 2017), d'une révision de cette prothèse (4 juillet 2019), puis d'une arthroscopie (1<sup>er</sup> mai 2020). Son état médical a justifié une incapacité de travail dès le 30 septembre 2016, indemnisée d'abord par l'assureur perte de gain, puis par la CNA dès le 13 mars 2017.

Dans un rapport du 9 juin 2020, le Dr K. \_\_\_\_\_ a constaté que l'évolution du genou droit n'était pas favorable après l'arthroscopie du genou intervenue le 1<sup>er</sup> mai 2020. L'assuré avait de la peine à mobiliser son genou et il était gêné par des tuméfactions et des douleurs diffuses, également nocturnes. Il était encouragé à faire des exercices lui-même et à changer de physiothérapeute. L'arrêt de travail était prolongé jusqu'à la fin juillet 2020.

Le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré le 29 juillet 2020. Il a constaté que le genou droit était le siège d'un épanchement intra-articulaire significatif, et que la mobilité de l'articulation était peu satisfaisante. Il a cependant retenu que la situation médicale était stabilisée, un an après la révision de la prothèse du genou, celle-ci étant bien positionnée, sans signe de complication ou de descellement. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (marches prolongées à plat ou en terrains irréguliers, travaux accroupis ou à genoux, montées ou descentes répétées d'échelles, d'escaliers et d'échafaudages et port de charges excédant 10 kg), une pleine capacité de travail pouvait donc être retenue. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% pouvait en outre être reconnue.

La CNA a informé l'assuré le 3 août 2020 qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2020. Le 1<sup>er</sup> juillet 2021, elle a refusé d'octroyer une rente d'invalidité, et a statué sur le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qu'elle a fixée à 32'040 fr., fondée sur une diminution de l'intégrité de 30%.

Après avoir consulté son service de réadaptation (cf. rapport final REA et calcul du salaire exigible du 15 octobre 2020), l'OAI a annulé le projet de décision du 4 avril 2017 et communiqué un nouveau projet daté du 20 octobre 2020 par lequel il envisageait de reconnaître à l'assuré le droit à une rente entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 octobre 2020, puis de nier le droit de l'intéressé à

des prestations de l'assurance-invalidité sur la base d'un degré d'invalidité subséquent de 17.38%.

Par décision du 4 février 2021, assortie d'une motivation séparée, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 octobre 2020.

**C.** N.\_\_\_\_\_, représenté par Me Catherine Bouverat, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 8 mars 2021. Il a principalement conclu à sa réforme en ce sens que lui soit octroyée une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps à compter du 30 septembre 2017, ainsi que des mesures professionnelles. Subsidiairement, il requiert l'annulation de la décision entreprise et le renvoi de la cause à l'office intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Au titre de mesures d'instruction, il demande la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire ainsi que l'audition de plusieurs témoins. Il reproche en substance à l'intimé d'avoir mal évalué sa capacité de travail à compter du 31 octobre 2020, en se fiant à la seule analyse médicale de la CNA et sans tenir compte de l'avis médical du Dr K.\_\_\_\_\_ du 9 juin 2020.

Dans sa réponse du 6 mai 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il estimait avoir instruit le dossier à satisfaction de droit, renvoyant à cet égard à l'avis du SMR du 29 novembre 2017.

L'assuré a répliqué le 10 juin 2021. Il a notamment fait savoir qu'il avait débuté un nouveau stage adapté à ses limitations fonctionnelles, mais qu'il souffrait de douleurs et de troubles de la mobilité après seulement quelques heures d'activité. Il a en outre produit les pièces suivantes :

- un rapport du 16 mars 2021 du Dr G.\_\_\_\_\_, lequel rapporte que l'assuré a constaté depuis quelques mois davantage d'engourdissement dans le membre inférieur droit et davantage de faiblesse pour relever le pied droit. Il propose

d'écarter une atteinte radiculaire avec une imagerie de la colonne lombaire et le port d'une attelle de Heidelberg pour améliorer le pied tombant droit.

- un rapport du 6 avril 2021 établi par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie, lequel indique que le bilan radiologique est sans particularité, que le positionnement des implants est bon, qu'il n'existe pas de signe de lyse et que la reconstruction de l'interligne est bonne.

Au status, il retient les éléments suivants :

« A l'examen clinique, le patient marche avec un flexum d'environ 10° de façon très démonstrative. L'angle du pas est sans particularité.

La musculature du membre inférieur droit ne semble pas atrophiée comparée à l'autre côté.

La flexion/extension est de 85-10-0 en actif, à 90-0-0 en passif.

On constate une tuméfaction assez conséquente du membre inférieur droit comparé au côté controlatéral avec une démonstration quasi-théâtrale de douleurs à la palpation même douce du compartiment externe. On a l'impression de palper quelques brides au niveau de l'aileron externe qui font, à la palpation, sursauter et gémir le patient. »

- Rapport du 4 mai 2021 du Dr J.\_\_\_\_\_, lequel indique que la ponction articulaire effectuée le 9 avril 2021 était tout à fait normale et parlait contre une infection chronique, tandis que l'examen IRM du genou effectué le 19 avril 2021 était dans la norme. Il montrait un certain épanchement, mais les parties molles étaient sans particularité.

- Attestation du 31 mai 2021 établie par le Dr B.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

« Le patient susmentionné m'informe avoir effectué un stage qui consiste à travailler sur des petites pièces dans l'industrie horlogère. La position de travail consistant à appuyer les coudes fléchis pour travailler est totalement contre-indiquée au vu de la problématique neurologique bien connue de ce patient. Dès lors il convient d'urgence de changer ce poste de travail ».

Par duplique du 13 juillet 2021, l'OAI a persisté dans ses 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 des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 octobre 2020, singulièrement sur sa capacité de travail.

**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 ju2020, 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 4 février 2021(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 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).

**4.** Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un précédent refus de prestations, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (art. 87 al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une

comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

**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 exigée 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 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**6.** En l'espèce, l'intimé a retenu que l'état de santé de l'assuré n'avait pas significativement changé par rapport à celui présenté lors de la décision de refus du 29 septembre 2010 et que la capacité de travail était toujours de 100% dans une activité adaptée. Au plan orthopédique, il a toutefois reconnu que l'accident du 30 septembre 2016 avait entraîné une incapacité de travail et de gain de 100% dans toute activité et a octroyé une rente limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 octobre 2020.

Le recourant pour sa part, conteste disposer d'une pleine capacité de travail depuis novembre 2020, et prétend à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité au-delà de cette date.

**a)** Au plan neurologique, l'assuré souffre d'une neuropathie avec fragilité héréditaire aux compressions. Cette maladie a été confirmée par des examens génétiques (cf. rapport de la Dr H.\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2015). Le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin-traitant, a fait état dans son rapport du 1<sup>er</sup> mars 2016 d'une aggravation de l'état neurologique depuis août 2015, avec augmentation des troubles sensitifs et diminution de la force musculaire aux quatre membres. Il n'a cependant pas exclu l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le Dr C.\_\_\_\_\_, qui a expertisé l'assuré pour le compte de l'assureur perte de gain [...] (cf. rapport du 29 juillet 2016), s'est quant à lui montré rassurant, évoquant un tableau de polyneuropathie essentiellement sensitive, sans limitation motrice. L'atteinte objective était selon lui peu

sévère, l'étendue étant toutefois difficile à déterminer avec exactitude. Il a admis une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon, mais a estimé qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (activité légère, permettant l'alternance de position) restait possible. La situation semble en définitive stable, et plaide en faveur d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a certes constaté, lui aussi, dans son rapport du 16 mars 2021, une légère aggravation de l'atteinte du nerf péronier commun depuis la dernière consultation du 19 juillet 2017. Ce constat repose cependant sur les seules plaintes rapportées par l'assuré, étant noté que la myographie n'a en effet pas permis de mettre en évidence une atteinte radiculaire L5 ou S1 à droite et qu'il n'existe au dossier aucune imagerie récente de la colonne lombaire objectivant l'aggravation rapportée, quand bien même le Dr G. \_\_\_\_\_ a recommandé cet examen complémentaire.

On retiendra par conséquent que les limitations fonctionnelles en lien avec la neuropathie sont, à la date de la décision litigieuse, identiques à celles retenues par l'intimé lors de l'examen de la première demande de prestations, et que l'aggravation de l'état neurologique constatée tant par le Dr B. \_\_\_\_\_ que par le Dr G. \_\_\_\_\_ n'engendre pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

**b)** La problématique somatique s'est en revanche aggravée d'un point de vue orthopédique. L'assuré a subi en 2008 une première atteinte au genou, qui impliquait quelques limitations fonctionnelles (la montée/descente répétée d'escaliers/échafaudage et les déplacements sur sol irrégulier), mais aucune incapacité de travail. Il a subi une nouvelle atteinte en septembre 2016 (probable entorse du genou) qui a d'abord été traitée conservativement, puis a nécessité la pose d'une prothèse par le Dr S. \_\_\_\_\_ le 23 novembre 2017, une révision de cette prothèse le 4 juillet 2019, puis une arthroscopie le 1<sup>er</sup> mai 2020.

Le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen final le 29 juillet 2020 lors duquel il a considéré que la situation était stabilisée quand bien même le genou présentait un

épanchement intra-articulaire et une mobilité insatisfaisante. Il a en effet retenu que subjectivement, l'assuré n'avait retiré aucun bénéfice du changement de prothèse du genou droit en juillet 2019 et de l'arthroscopie du genou droit le 1<sup>er</sup> mai 2020, que radiologiquement, la prothèse de révision était bien positionnée, sans signe de complication ou de descellement et que le traitement de physiothérapie n'apportait aucun bénéfice et était source de douleurs, de sorte que la poursuite de ce traitement n'avait plus de justification médicale. Se prononçant également sur la capacité de travail, le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré (marches prolongées à plat ou en terrains irréguliers, les travaux accroupis ou à genoux, la montée ou descente répétées d'échelles, d'escaliers et d'échafaudages et le port de charges excédant 10 kg), elle était entière.

L'avis du médecin d'arrondissement est convaincant. En effet, il repose sur des considérations sérieuses et, contrairement à ce que soutient le recourant, ses constatations et ses conclusions ne divergent guère de celles des médecins-traitants. On relèvera à cet égard que déjà en octobre 2017, après la pose de la prothèse du genou, le Dr S.\_\_\_\_\_ considérait qu'une activité adaptée, stationnaire, pouvait être envisagée, moyennant le respect de limitations fonctionnelles (notamment travail en hauteur et en terrain irrégulier, travail de force, accroupi ou à genoux, mouvements de pivot, montée/descente des escaliers, activité uniquement en position debout et port de charges ; cf. rapports des 13 mars 2017 et 19 avril 2018). En novembre 2018, alors que la situation évoluait défavorablement, avec une persistance des symptômes douloureux au niveau du genou droit, principalement au niveau du compartiment externe, il admettait toujours la possibilité d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (rapport du 19 novembre 2018). Quant au Dr K.\_\_\_\_\_, qui a été consulté en 2019 pour un deuxième avis, il a prolongé un arrêt de travail en lien avec la reprise de prothèse et l'arthroscopie réalisées respectivement le 4 juillet 2019 et le 1<sup>er</sup> mai 2020. Il s'est contenté pour le surplus de constater, dans un rapport relativement bref, que l'évolution n'était pas favorable, que le

patient avait de la peine à mobiliser son genou et qu'il était gêné aussi par des tuméfactions et des douleurs diffuses. Ce faisant, il n'a rien constaté que le Dr P.\_\_\_\_\_ n'aurait pas déjà observé lui-même, lui aussi ayant retenu une évolution difficile et entendu les plaintes de l'assuré concernant ses douleurs. Ses conclusions ne sauraient dès lors être questionnées à l'aune du seul rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, qui ne dit d'ailleurs rien de la capacité de travail au-delà du 30 juillet 2020 ou des limitations fonctionnelles.

En définitive, on retiendra que l'évolution de l'atteinte présentée au genou a globalement été peu favorable et a nécessité un traitement relativement lourd avec notamment la pose d'une prothèse, une reprise et une arthroscopie, le tout sur une période plutôt courte de quatre ans. L'assuré en a gardé des séquelles, notamment sous la forme de tuméfactions, et de douleurs. Celles-ci ne sont toutefois pas véritablement objectivables, en présence d'un bilan radiologique sans particularité, une prothèse de révision bien positionnée, sans signe de complication ou de descellement. Pour le Dr P.\_\_\_\_\_, la situation est stabilisée, certes à un niveau peu satisfaisant, mais il bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée qui tiendra compte des limitations du genou droit. Il n'y a guère d'éléments au dossier justifiant de s'écarter de cette position, étant pour le surplus constaté que son rapport contient une appréciation étayée et des conclusions motivées, et respecte en tous points les critères posés par la jurisprudence pour lui accorder une pleine valeur probante (cf. consid. 5b supra).

C'est donc à juste titre que l'OAI s'est référé au rapport d'examen final du Dr P.\_\_\_\_\_ pour évaluer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Les rapports du Dr J.\_\_\_\_\_, produits par le recourant dans le cadre de la procédure de recours, ne font d'ailleurs que confirmer les observations du Dr P.\_\_\_\_\_ et des autres orthopédistes traitants, à savoir que l'assuré présente à l'examen clinique une tuméfaction assez conséquente du membre inférieur droit. Il a cependant aussi indiqué que les examens étaient restés dans la norme,

qu'il n'y avait pas d'infection chronique et que l'examen IRM du genou montrait des parties molles sans particularité malgré l'épanchement objectivé. Le Dr J. \_\_\_\_\_ ne s'est pas exprimé sur la capacité de travail, mais a fait savoir que l'assuré avait une tendance à la démonstration, voir à la théâtralisation de ses douleurs, ce qui relativise en partie la crédibilité de l'intéressé lorsqu'il dit ne pas pouvoir travailler en raison de ses problèmes de genou.

**c)** Au plan psychiatrique, on rappelle que l'assuré est suivi à quinzaine depuis novembre 2015 par le Dr R. \_\_\_\_\_ en raison de troubles dépressifs récurrents, d'un trouble mixte de la personnalité de type évitante et d'une anxiété généralisée avec agoraphobie. Ce médecin a reconnu que l'intensité de la dépression relevait d'une dysthymie (cf. rapport du 22 septembre 2016) mais il était d'avis que le trouble de la personnalité était de nature à compromettre toute tentative de réinsertion dans une activité non manuelle et risquait de mener l'assuré à une suite d'exacerbations anxieuses et dépressives mettant en échec tout apprentissage (rapport du 9 février 2015 et du 22 septembre 2016). Le Dr M. \_\_\_\_\_, qui a expertisé l'assuré pour le compte de la CNA, a quant à lui retenu au terme de son examen le diagnostic de trouble de l'adaptation en rémission (F43.23) et s'est distancié ainsi des conclusions du Dr R. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 9 février 2015), en expliquant que la problématique psychiatrique était bien compensée notamment avec le traitement médicamenteux. Il n'y avait pour lui aucune incapacité de travail d'ordre psychiatrique et toute activité retenue comme accessible au plan somatique l'était aussi au plan psychique à partir de la date de l'expertise. Devant ces discordances, le SMR a relevé dans un avis du 16 novembre 2016 que le psychiatre-traitant mettait en avant les limitations scolaires et des considérations non psychiatriques pour motiver son point de vue et sortait de son champ de compétences en considérant que l'activité de maçon n'était plus possible pour des raisons neurologiques. Il faut par ailleurs souligner que le Dr R. \_\_\_\_\_ a reconnu dans un courriel du 11 mars 2016 que l'incapacité de travail de l'assuré était définie avant tout par le status neurologique et non par l'état psychiatrique de son patient (« *je me permet de questionner l'utilité de cet examen [expertise*

psychiatrique] *qui n'aura pas d'influence sur l'appréciation globale de la capacité de travail du patient qui est conditionnée d'abord par son status neurologique* »). On relèvera encore que si le trouble de la personnalité retenu par le Dr R.\_\_\_\_\_ existe depuis l'adolescence, il n'a manifestement pas empêché l'assuré de mener une vie professionnelle quasi normale jusqu'en août 2015. A cet égard, il est noté que l'assuré a pu mener son reclassement en tant que serrurier soudeur jusqu'à son terme sans que des problématiques d'ordre psychique n'aient entravés cet apprentissage.

Le Dr R.\_\_\_\_\_ a critiqué les conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_ par courrier du 5 mai 2017, questionnant la valeur probante de l'expertise. Réinterrogé par l'OAI, il a rappelé dans un rapport du 2 août 2017 que l'assuré connaissait une suite d'états dépressifs depuis douze ans, soit depuis les premières manifestations de sa maladie neurologique. La fragilité psychique de l'assuré n'était pas la cause directe des arrêts de travail depuis août 2015, mais elle compromettait une réinsertion et une nouvelle formation pour un métier plus adapté à ces problèmes neurologiques. Les limitations psychiques aux premiers plans étaient l'asthénie, l'aboulie, le trouble de la concentration, l'anxiété et l'irritabilité très importante, et la capacité de travail était nulle.

S'agissant de ce dernier rapport, on retiendra avec le SMR (avis du 8 août 2017) que le psychiatre traitant ne s'est pas exprimé catégoriquement sur une atteinte psychiatrique actuelle incapacitante avec un status précis, se contentant pour l'essentiel de reprendre ses diagnostics antérieurs. Il s'est focalisé sur le caractère répétitif des épisodes dépressifs comme seul élément de gravité et a à nouveau insisté sur les atteintes somatiques neurologique et orthopédique pour justifier l'incapacité de travail totale actuelle et la rente, ce qui sort de son champ d'appréciation. Le recourant n'est jamais revenu sur l'avis du SMR précité et n'allègue pas, dans le cadre de son recours, d'incapacité de travail en lien avec la problématique psychiatrique. Partant, il convient de s'en tenir aux conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_, qui ne sont pas sérieusement ébranlées par l'avis du psychiatre-traitant.

Compte tenu de ce qui précède, l'intimé soutient à juste titre, sur la base de rapports probants, que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire, d'un renvoi pour instruction complémentaire ou d'une audition de témoins n'est pas nécessaire et doit être rejeté sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**7. a)** La comparaison des revenus avec et sans invalidité a mis en évidence un degré d'invalidité de 17,32%. Ce calcul n'est pas contesté par le recourant, de sorte qu'il n'est pas examiné plus avant.

**b)** L'OAI s'est mépris en indiquant dans sa décision que l'assuré n'avait pas droit à des mesures d'ordre professionnel. En réalité, c'est le droit à une mesure de reclassement qui ne peut lui être reconnu, compte tenu de son degré d'invalidité, inférieur à 20% (ATF 139 V 399 consid. 5.3). Cette imprécision n'a toutefois pas porté préjudice au recourant, qui a été mis au bénéfice d'une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI par décision du 19 octobre 2020. On ne saurait en tous les cas déduire de cette erreur, ainsi que le fait le recourant dans le cadre son recours, que l'OAI a des doutes ou hésite sur le taux d'invalidité à retenir.

**8. a)** En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de N.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Catherine Bouverat, avocate (pour N.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :