

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 décembre 2023

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Pasche, juge et M. Reinberg, assesseur  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourant, à Renens, représenté par Me Lino  
Maggioni, avocat à Renens,

et

**O.** \_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 61 LPGA et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1986, a exercé l'activité de paysagiste auprès de G.\_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017.

L'assuré s'est trouvé en incapacité totale de travail dès le 4 décembre 2017 en raison, notamment, de douleurs au dos. Le 5 juillet 2018, P.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI s'est entretenu avec l'assurance perte de gain de l'assuré. Cette dernière a informé l'office qu'une reprise du travail était attestée et effective depuis le 10 septembre 2018.

Par projet de décision du 18 octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, l'intéressé ayant repris son activité habituelle auprès de G.\_\_\_\_\_ SA. Des mesures professionnelles n'étaient en outre pas nécessaires. Ce projet a été confirmé par décision du 4 janvier 2019.

**B.** P.\_\_\_\_\_ s'est à nouveau trouvé en incapacité totale de travail dès le 2 août 2019. Le 17 août 2020, il a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant des douleurs au dos, une fracture du sacrum ainsi qu'une spondylarthrite ankylosante.

Invité à étayer sa nouvelle demande, l'assuré a produit un consilium médical du 28 juillet 2020 établi par la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Elle faisait état des diagnostics de lombalgies et lombopygialgies à bascule, réfractaires à tout traitement, d'étiologie mixte dans le contexte d'une spondylarthrite ankylosante, HLA-B27 positive, de troubles dégénératifs rachidiens lombaires avec syndrome facettaire, de trouble anxio-dépressif réactionnel et d'un status post

fracture des ailerons sacrés traité par cimentoplastie (juin 2018). La Dre R.\_\_\_\_\_ mentionnait également un tabagisme actif, des troubles mictionnels obstructifs avec composante irritative sur probable maladie du col, de status post variocèle gauche et ablation de kystes testiculaires gauches, de calcul polaire supérieur rénal droit non-obstructif, de status post ténosynovite de De Quervain du poignet gauche, d'épicondylite droite et enfin de talalgies bilatérales. Ayant trait à la situation médicale de l'assuré, cette spécialiste a évoqué les éléments suivants :

« En ce qui concerne le rhumatisme inflammatoire, il faut espérer que le patient va tolérer le nouveau traitement instauré en juin dernier et que celui-ci montre une efficacité. Il m'apparaît important que Monsieur se remobilise, la physiothérapie ayant été transitoirement interrompue en raison du confinement dans le contexte de la pandémie du Coronavirus.

Une approche de type école du dos pourrait encore être envisagée chez un patient désireux de recouvrer dès que possible sa capacité de travail, mais ne l'envisageant actuellement pas, même de façon partielle, en raison de l'intensité et de l'imprévisibilité de survenue de ses douleurs. Selon évolution, possiblement une annonce à l'OAI devra-t-elle être effectuée pour évaluation d'une éventuelle réorientation professionnelle. Il faut toutefois relever que le patient est très désireux de maintenir son travail de jardinier et que son employeur, depuis le début de son arrêt de travail, est très conciliant pour maintenir le poste de M. P.\_\_\_\_\_.

La survenue de fractures du sacrum chez ce patient pourrait être liée au rhumatisme inflammatoire qui constitue un terrain potentiellement délétère à l'os mais pourrait également être le résultat de contraintes biomécaniques inadéquates ayant généré, au fil du temps, une hyperréactivité musculaire du secteur sus-pelvien. »

Un autre rapport est parvenu en mains de l'OAI, soit un avis du 11 mai 2020, établi par le Professeur G.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, et destiné à la Dre R.\_\_\_\_\_. Le Prof. G.\_\_\_\_\_ a estimé qu'éventuellement, les douleurs de l'assuré étaient dues à sa spondylarthrite ankylosante et qu'il présentait parfois des pics inflammatoires, voire des douleurs fonctionnelles qui s'étaient surajoutées en raison d'une micro-instabilité L4-L5.

L'assuré a ensuite été adressé à un spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr Z.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 22 septembre 2020, ce médecin a été frappé par l'hyperlordose du patient, extrêmement

importante pour un jeune homme. L'origine des douleurs restait peu claire, l'origine coxofémorale pouvant cependant être écartée.

Par courrier du 5 octobre 2020, G.\_\_\_\_\_ SA a résilié le contrat de travail la liant avec l'assuré.

Dans un consilium établi en date du 14 octobre 2020, le Prof. G.\_\_\_\_\_ a décrit des stigmates d'une maladie de type spondylarthrite ankylosante. Le traitement entamé auprès de la Dre R.\_\_\_\_\_ visant à atténuer une pathologie rhumatismale axiale (de type spondylarthrite) devait ainsi être poursuivi.

Par rapport du 13 janvier 2021, parvenu en mains de l'OAI le 29 janvier 2021, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre [...], a fait état des diagnostics de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel d'intensité moyenne. Ne pouvant se prononcer sur la capacité de travail, une réorientation ainsi qu'une réinsertion professionnelle devaient être progressivement mises en œuvre, sujettes à des évaluations régulières.

Le 1<sup>er</sup> mars 2021, l'assuré a bénéficié de rhizolyses L3 des deux côtés, sous sédation, effectuées par le Prof. G.\_\_\_\_\_. Lors du rapport établi à l'occasion, ce spécialiste a constaté que l'assuré n'avait pas développé de nouveau trouble neurologique sensitivo-moteur, ni de paresthésie. Il avait gardé sa tonicité et sa souplesse musculaire habituelles. Les manœuvres jambes tendues étaient dans les limites de la norme.

Sollicitée par l'OAI, la Dre R.\_\_\_\_\_ a rempli un rapport en date du 19 avril 2021 et confirmé les diagnostics posés précédemment (rapport du 28 juillet 2020). S'il lui était difficile d'évaluer l'ensemble de la capacité de travail présentée, elle attestait néanmoins d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de l'assuré. Une évaluation par un maître professionnel était à envisager afin de déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée. Concernant les facteurs limitants, la Dre

R.\_\_\_\_\_ faisait état de douleurs et de fatigabilité. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'interdiction de postures statiques maintenues, de travail en flexion antérieure du rachis, de mouvements contraignants en hypextensions, de rotations, de positions en porte-à-faux, de port de charges répétitifs de plus de 5 kilos, de positions à genoux et accroupie ainsi que de travail en zone basse.

Le 10 juin 2021, une scintigraphie osseuse en trois phases ainsi qu'un SPECT-CT du corps entier ont été réalisés par la Dre Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie et médecine nucléaire. Dans le rapport dressé à l'occasion, elle a conclu à la présence d'une atteinte d'allure inflammatoire et ostéoblastique touchant le squelette axial et périphérique avec, en particulier, une atteinte :

- des articulations sacro-iliaques des deux côtés à discrète prédominance gauche,
- des articulations facettaires postérieures touchant surtout L5-S1 à droite et D12-L1 à gauche et L1-L2 à droite,
- des 11<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> articulations costo-vertébrales droites ainsi que des 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> articulations chondro-costales des deux côtés à prédominance droite.

Une gonarthrose ainsi que des signes de périostite tibiale des deux côtés étaient également mentionnés.

Dans une lettre de consultation datée du 29 juin 2021 (*nda : un doute subsiste sur l'exactitude de cette date*) adressée au Prof. G.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a analysé le bilan radiologique de l'assuré (EOS du 6 juillet 2021, scintigraphie osseuse du 10 juin 2021, IRM sacro-iliaque du 22 janvier 2020, IRM du rachis complet du 7 janvier 2021, IRM lombosacrée du mois d'août 2019). Il en a conclu les éléments suivants :

« Je suis surpris par la cyphose importante au niveau thoracique (70°) avec une hyperlordose lombaire (81°).

A mon avis, M. P. \_\_\_\_\_ souffre d'une symptomatologie plutôt musculaire et fonctionnelle liée à cette hypercyphose avec une hyperlordose correctrice. Ceci provoque des contractures musculaires paravertébrales gauches, qui lui font mal. Les douleurs sont purement paravertébrales. Je suis convaincu que le patient ne présente pas de maladie de Baastrup. Lors de l'examen clinique, l'hyperextension ne provoque pas de douleur au niveau des apophyses épineuses et la palpation des épineuses n'est pas symptomatique.

Sur l'IRM, il n'y a pas de prise de contraste interépineuse. Il y a plutôt une prise de contraste paravertébrale au niveau de la musculature que je reverrai avec le Dr [...].

Je discuterai du cas avec le Dr [...] et avec toi, afin de savoir si de nouvelles infiltrations pourraient être réalisées.

Je ne pense pas qu'une prise en charge chirurgicale soit indiquée. M. P. \_\_\_\_\_ présente des douleurs chroniques sur une spondylarthrite ankylosante positive avec des troubles de la statique avec une hypercyphose thoracique sur une maladie de Scheuermann séquellaire et une hyperlordose compensatrice.

Une prise en charge intensive en médecine physique de réadaptation devrait être effectuée.

Pour ma part, M. P. \_\_\_\_\_ ne peut clairement pas travailler dans un travail de force. Il pourrait travailler à temps partiel dans un travail sans port de charge. Un travail à 20-30% dans un travail adapté, sans port de charge, sans marche sur un terrain inégal devrait être envisagé. »

Par avis médical du 8 juillet 2021, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a estimé que, devant la difficulté de la rhumatologue traitante d'évaluer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, il apparaissait nécessaire d'évaluer dite capacité à l'aune des indicateurs standards par le biais d'une expertise multidisciplinaire, la question essentielle étant l'évolution de la capacité de travail depuis le 2 août 2019.

Le mandat a été confié à [...], soit aux Drs D. \_\_\_\_\_ concernant la médecine interne générale, A. \_\_\_\_\_ pour le volet psychiatrique et K. \_\_\_\_\_ pour le volet rhumatologique. Ces experts ont communiqué leur rapport le 8 février 2022, retenant les diagnostics incapacitants suivants :

- syndrome lombo-vertébral chronique sur trouble statique du rachis avec hyperlordose lombaire, hypercyphose thoracique et antéversion du bassin ;
- arthrose interfaccettaire au niveau L4-L5 et L5-S1 selon l'IRM du 02.08.2019 ;
- inflammation des ligaments inter-épineux au niveau lombaire et superficielle ilio-sacrée postérieure droite selon l'IRM de novembre 2021 ;
- néphrolithiase récidivante, status après lithotritie extracorporelle droite le 18.01.2021.

Les autres troubles de l'humeur persistants, le status après cimentoplastie du sacrum en juin 2018, un flexum du genou droit non expliqué, une possible toxidermie médicamenteuse, des micronodules pulmonaires d'origine indéterminée, l'hyperréactivité bronchique, le tabagisme chronique, une tuberculose latente diagnostiquée en juin 2018, traitée par Rifampicine 600 mg/jour du 14 août 2018 au 12 décembre 2018, des troubles mictionnels, un reflux gastro-oesophagien, une mycose unguéale ainsi qu'un status post excision d'un kyste de l'épididyme à gauche en 2000 et cure de varicocèle gauche quelques années plus tard, demeuraient sans incidence sur la capacité de travail. Cette dernière était nulle dans l'activité habituelle de l'assuré depuis le mois d'août 2019. Elle demeurait entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : alterner les positions assise et debout, limiter le port de charges jusqu'à 5 kg près du corps, éviter toute activité qui demande une sécurité augmentée sur des échafaudages, des échelles et des activités qui nécessitent une posture forcée non ergonomique qui surcharge le rachis, pas d'exposition prolongée à des températures excessivement élevées ; libre accès à une hydratation (eau) en quantité suffisante. A l'occasion de l'évaluation médicale interdisciplinaire, les experts ont retenu ce qui suit :

« [...] Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée explique qu'elle a commencé un suivi psychiatrique sur conseil de sa rhumatologue qui trouvait important la mise en place de ce suivi, du fait qu'elle présente une maladie douloureuse chronique et suite au

fait qu'elle a pleuré à 2 ou 3 reprises pendant des moments de fortes douleurs.

La personne assurée ne rapporte pas de tristesse spontanée. Elle dit ne pas pleurer seule. Elle ne rapporte pas d'angoisse, mais une baisse de moral quand les douleurs sont trop fortes. À ce moment-là, elle sort un peu, prend des bains chauds ou s'occupe et ça passe. Elle dit n'avoir jamais eu d'idée suicidaire. L'appétit est conservé. Elle dit se réveiller 2, 3 à 4 fois dans le mois au milieu de la nuit. Sinon, le sommeil est de bonne qualité. Elle se sent inquiète par rapport à l'avenir concernant sa maladie et concernant le travail et se questionne quant à sa capacité à assumer sa fille. Cette baisse de moral remonterait à l'année 2019. Elle est autonome sur le plan des activités élémentaires de la vie quotidienne. Depuis 1 mois, sa petite amie l'aide, sinon, elle faisait seule, mais avec difficultés. Elle s'adonne à de nombreuses activités de loisirs et de détente. Actuellement, sa vie relationnelle est de très bonne qualité. Elle ne rapporte pas de problème de libido, mais signale des douleurs dans certaines positions lors des rapports sexuels. L'examen clinique ne retrouve pas de symptôme en faveur d'un trouble dépressif significatif. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, pas d'anhédonie, pas d'idée de mort ou d'idée suicidaire. Il n'y a pas de trouble cognitif. Le diagnostic de trouble de l'humeur persistant est retenu. Ce trouble est une catégorie résiduelle de trouble persistant dont la sévérité est insuffisante ou la durée trop brève pour justifier un diagnostic de dysthymie. Ce trouble de l'humeur est intriqué avec la survenue de pics douloureux et des inquiétudes en lien avec la présence d'une maladie chronique. Ce trouble n'est pas incapacitant.

Du point de vue **rhumatologique**, il a été noté un syndrome lombo-vertébral chronique sur important trouble statique thoracolumbaire, responsable d'une discopathie dégénérative modérée et des douleurs de type lombo-pygalgie handicapante, ne répondant pas à l'ensemble de l'arsenal thérapeutique qui a été proposé à cette personne assurée. En raison d'un état inflammatoire modéré sur les sacro-iliaques, le diagnostic de spondylarthropathie à HLA-B27 a été proposé par la Dre J. R. \_\_\_\_\_. Les différents traitements par biothérapie n'ont amené aucun soulagement. A l'examen de ce jour, il n'est pas retrouvé de signe inflammatoire en faveur d'un rhumatisme inflammatoire. Ce diagnostic n'est donc pas retenu. A noter un flexum du genou droit non expliqué. Ces différents problèmes ont un impact sur la capacité de travail comme paysagiste, mais sont compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée.

Du point de vue de **la médecine interne**, il est retenu comme ayant une incidence sur la capacité de travail le diagnostic de néphrolithiase récidivante, status après lithotritie extracorporelle droite le 18.01.2021. Actuellement, la personne assurée ne décrit aucune gêne mictionnelle. Du point de vue de l'expert, ce diagnostic influence le profil d'effort. »

Par rapport d'examen du 1<sup>er</sup> mars 2022, le SMR s'est rangé à l'appréciation des experts, cette dernière présentant tous les critères formels de qualité. Une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> février 2017 était ainsi retenue. Concernant sa capacité à exercer une activité adaptée, elle était également nulle du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 30 septembre 2018, devenant entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2018.

Par projet de décision du 9 mars 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser toute rente de l'assurance-invalidité. En l'espèce, une capacité de travail de 100% pouvait raisonnablement être exigée dans une activité adaptée à son état de santé. Aucun degré d'invalidité n'était mis en évidence, le droit à des mesures professionnelles étant également nié. Par communication du même jour, l'OAI a indiqué à l'assuré que les conditions pour l'aide au placement étaient en revanche remplies.

P.\_\_\_\_\_, avec le concours de Me Lino Maggioni, s'est opposé au projet précité le 5 mai 2022. Il contestait en particulier l'appréciation rhumatologique du Dr K.\_\_\_\_\_ et, pièces médicales à l'appui, soutenait que son état de santé, au vu de ses limitations fonctionnelles, ne permettait pas l'exercice d'une activité professionnelle adaptée à un taux supérieur à 30%.

A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit plusieurs documents médicaux, dont, en premier lieu, un nouveau rapport de la Dre R.\_\_\_\_\_ du 2 mai 2022. Elle retenait une spondylarthrite ankylosante de forme HLA-B27 positive, et, se superposant à ce rhumatisme inflammatoire, des dorso-lombalgies sur sévères troubles statiques rachidiens (hypercyphose dorsale de 68° et hyperlordose lombaire de 81°), des lombalgies basses sur syndrome facettaire des deux derniers segments lombaires L4-L5 et L5-S1, un status post fractures des deux ailerons sacrés traitées par cimentoplastie (juin 2018), des enthésites périphériques à répétition, des talalgies bilatérales, des épicondylites bilatérales, un status post ténosynovite de de Quervain du poignet gauche

(2015), des troubles mictionnels obstructifs avec composante irritative sur probable maladie du col, un status post cure de varicocèle gauche et ablation de kystes testiculaires gauche (2000), un calcul polaire supérieur rénal droit non obstructif (2016) ainsi qu'un tabagisme chronique (environ 10 UPA). Un état anxio-dépressif réactionnel était également mentionné. Aux questions formulées par l'avocat de l'assuré concernant le diagnostic (1), le lien entre les limitations fonctionnelles et la capacité de travail (2), l'existence d'une capacité de travail limitée à 30% (3), la chronicité des affections (4) et l'exercice d'un temps plein ou partiel (5), la Dre R. \_\_\_\_\_ a exposé les éléments suivants :

« Quant à savoir pourquoi le diagnostic de spondylarthrite ankylosante ne correspond pas à l'appréciation des praticiens intervenus dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, j'ai bien de la peine à vous donner réponse.... tant ce diagnostic est ... évident!

Si l'on se base non seulement sur l'anamnèse et la clinique, mais aussi sur les différents critères officiellement reconnus pour la spondylarthrite (critères ASAS, ESSG, critères de New-York), je ne comprends absolument ni la méthodologie, ni l'analyse du confrère expert rhumatologue.

Ce patient présente de façon claire et répétée :

- des **rachialgies** de **rythmicité inflammatoire** avec lombopygalgies à bascule, réveils nocturnes et considérable raideur matinale.
- son terrain **HLA-B27 est positif**
- il présente des **lésions de sacro-iliite à l'IRM** des sacro-iliaques
- il présente des **enthésites** à plusieurs sites, confirmées à la scintigraphie osseuse avec spect-CT Scan

2) En ce qui concerne les **limitations fonctionnelles** en lien avec le diagnostic de spondylarthrite chez mon patient, je mentionnerai :

- le port de charges de plus de 5 kg
- le travail avec rendement et sous stress
- les positions statiques (assis ou debout), nécessité de pouvoir alterner les positions.
- le travail avec horaires matinaux précoces
- l'utilisation d'engins vibrants
- les activités génératrices de déséquilibre (travail sur échelle, échafaudage)
- la marche sur de longues distances et sur terrain accidenté
- le travail en zones basses
- les postures accroupies, à genoux
- le travail en flexion antérieure du rachis, en porte-à-faux, les mouvements combinant hyperextension/rotations rachidienne, les postures rachidiennes non ergonomiques
- les activités sollicitant les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale

- les environnements à température chaude ou froide, la poussière

Il faut par ailleurs tenir compte de la fatigabilité et de l'imprévisibilité des crises algiques que ce rhumatisme inflammatoire génère. De façon claire et à l'heure actuelle, Monsieur P.\_\_\_\_\_ est incapable de prétendre à une activité telle que décrite adaptée par l'OAI à un taux de 100%.

3) Effectivement, une activité adaptée à un taux estimé à 30% est actuellement envisageable, activité qui tiendrait compte des limitations fonctionnelles sus-décrites.

Monsieur P.\_\_\_\_\_ est un patient courageux et très volontaire, désireux de travailler. Il a toujours fortement investi la qualité de son travail ce dont ont pu rendre compte ses différents patrons. Il met un point d'honneur à être utile et psychologiquement désire se projeter progressivement dans une activité qui lui amène satisfaction sans toutefois prêter sa santé. Ceci avait toutefois été le cas en 2018 lorsqu'il avait désiré reprendre son travail de jardinier-paysagiste mais, au bout de 8 mois, n'avait pu tenir le coup présentant une poussée inflammatoire très importante et un état anxio-dépressif réactionnel.

Toutefois, actuellement, compte tenu du récent changement du traitement de fond immunosuppresseur, un taux supérieur ne m'apparaît pas envisageable.

Un taux de capacité de 30% m'apparaît actuellement être la limite supérieure du taux d'activité possible dans une activité adaptée.

4) Oui, les affections de Monsieur P.\_\_\_\_\_ sont chroniques et, vu ses atteintes rachidiennes l'on ne peut s'attendre à retrouver, le status rachidien que devrait normalement présenter un homme de 35ans. Je rappelle que le patient a initialement présenté 2 fractures des ailes iliaques nécessitant une cimentoplastie ; ceci crée un dommage irréversible. Il faut toutefois poursuivre les traitements entrepris afin de limiter l'évolution du rhumatisme inflammatoire.

5) La réponse à cette question est très individuelle, à confronter à la situation particulière de chaque patient.

Les formes féminines de cette entité rhumatismale que sont les spondyloarthropathies peuvent parfois permettre l'exercice d'une activité lucrative, du moins à temps partiel. Tout dépend de l'atteinte rhumatismale, de son activité, de la réponse au traitement de fond, de la présence d'éventuelles comorbidités.

Chez l'homme qui présente une atteinte structurelle et exerce une activité professionnelle lourde, la situation nécessite le plus souvent une reconversion pour autant que celle-ci soit possible.

Comme mentionné dans le point 3, actuellement la situation médicale de Monsieur P.\_\_\_\_\_ n'est pas médicalement stabilisée. Une capacité au maximum de 30% dans une activité adaptée pourrait s'envisager, le mieux de façon très progressive. »

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a également été interrogé par le mandataire de l'assuré. Ce dernier, par rapport du 11 avril 2022, a répondu comme suit :

**« 1)**

Concernant l'état de santé psychique, je ne peux pas répondre à cette question. Pour l'état de santé physique, le patient présente des lombalgies chroniques sur un trouble statique lié à une hypercyphose dorsale de l'ordre de 70% avec une hyperlordose lombaire à 80%. Contrairement à ce qui est dit dans l'expertise, l'hyperlordose n'est pas de 41°, mais de 81° avec des troubles dégénératifs lombaires.

Un status post cimentoplastie des ilions des deux côtés pour des fractures probablement de fatigue.

Je pense que des lombalgies avec des troubles dégénératifs lombaires bas peuvent être plus importants en cas d'hyperlordose lombaire liée à une hyperpression facettaire qui provoque, en cas de travail en position debout ou de ports de charge, des douleurs lombaires plus importantes.

**2)**

Effectivement, je pense que le patient devrait pouvoir travailler dans une activité adaptée, probablement pas à 100%, mais à un taux réduit. Je ne pourrai pas vous donner mon taux, mais un taux entre 30 et 50% devrait être possible. La limite du port de charge me semble tout à fait logique. Les porte-à-faux, les flexions répétées et la position debout me semblent également contre-indiquées. En ce qui concerne l'hydratation, il est effectivement indispensable que tout personne pratiquant une activité professionnelle puisse être libre de s'hydrater quand bon lui semble.

**3)**

Au vu de l'hyperlordose lombaire à 80° avec des troubles dégénératifs lombaires et une fracture de fatigue au niveau bassin, une activité adaptée est exigible. Le taux est difficilement estimable, mais je pense qu'un taux réduit devrait être discuté, plutôt à 50%. Un travail à 100% dans la situation de M. P.\_\_\_\_\_ pourrait le mettre en échec rapidement.

**4)**

Les affections sont chroniques. Je suis sûr qu'elles ne sont pas réversibles.

**5)**

L'hypercyphose avec l'hyperlordose à 80° provoquent des douleurs lombaires chroniques qui vont limiter le patient dans son activité professionnelle. »

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ précisait qu'en sa qualité de chirurgien orthopédiste, il ne pouvait répondre aux questions concernant le

diagnostic de spondylarthrite ankylosante et renvoyait à la rhumatologue traitante pour de plus amples informations à ce sujet.

S'agissant de l'aspect psychique, c'est le [...] qui a été sollicité. Dans un rapport du 5 mai 2022, la Dre C.\_\_\_\_\_, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et Mme N.\_\_\_\_\_, psychologue, ont pris position comme suit :

**« Quel diagnostic êtes-vous en mesure de poser en ce qui concerne l'état de santé physique et psychique de Monsieur P.\_\_\_\_\_ ? Si applicable, pourquoi ce diagnostic ne correspond pas à l'appréciation des praticiens intervenus dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire ?**

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité modérée, depuis 2002 (C1M-10 : F33.1). Les douleurs chroniques ont des répercussions sur l'humeur chez ce patient ayant déjà des points de fragilité au niveau psychique. Nous ne sommes donc pas d'accord avec l'expertise, dans le sens qu'à notre avis il existe aussi des limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique.

**A votre sens, le diagnostic posé et les limitations fonctionnelles, que je vous saurais gré de bien vouloir décrire, sont-elles à même de permettre à Monsieur P.\_\_\_\_\_ de travailler dans l'activité adaptée telle que décrite par l'Office AI et ce, à un taux de 100 % ?**

M. P.\_\_\_\_\_ décrit une fatigue, des troubles du sommeil se traduisant par des réveils précoces en lien avec ses douleurs ainsi qu'une anxiété portant sur l'évolution de la maladie et sa situation financière. On note également des douleurs aiguës en lien avec des poussées inflammatoires particulièrement difficiles à gérer pour le patient. Nous relevons une irritabilité et une nervosité ; M. P.\_\_\_\_\_ dit être de mauvaise humeur et se renfermer lorsqu'il a mal. Il a des difficultés à se projeter dans l'avenir. On observe chez le patient une sensation d'être inutile, une humeur fluctuante, un manque de motivation et une estime de soi diminuée. Il n'y a pas d'idées de mort. Le poids est stable.

Les difficultés fonctionnelles se traduisent par une grande fatigabilité, une difficulté à rester dans une même position, une lutte constante contre ses douleurs, épuisant ses ressources psychiques et entraînant des difficultés de concentration. Étant donné ces limitations fonctionnelles, le patient n'est pas en mesure de travailler à 100 %, même dans une activité adaptée.

**Il ressort de documents récents dont je dispose à ce jour qu'une activité adaptée à un taux estimé à 30% est envisageable, est-ce toujours le cas ? Si oui, pourquoi ? Quelle activité adaptée serait exigible ?**

Une activité adaptée avec un taux de travail à 30 % avec des conditions de travail aménagées comprenant des plages de repos et une répartition sur trois demi-journées par semaine, est envisageable. En effet, on note parfois des raideurs et des blocages avec des difficultés à marcher. Le patient a besoin de bouger dans la journée. Il dit que son état est très variable. Parfois, il doit rentrer s'il

sort faire des courses car il a trop mal. La gestion du quotidien (ménage, lessives, etc.) doit être faite en plusieurs fois en raison des douleurs. Il met globalement plus de temps à faire les choses du quotidien.

**Les affections dont souffre Monsieur P. \_\_\_\_\_ sont-elles chroniques et/ou irréversibles ?**

Il nous est très difficile de donner un pronostic, l'état somatique étant chronique et l'état psychique étant fortement corrélé à celui-ci.

**Les affections de Monsieur P. \_\_\_\_\_ permettent-elles, dans certains cas, l'exercice d'une activité lucrative à taux plein ou taux partiel ? Si tel n'est pas le cas concernant Monsieur P. \_\_\_\_\_, quelle en est la cause ?**

Les affections de M. P. \_\_\_\_\_ ne permettent pas une activité à taux plein, mais une activité adaptée à 30 % peut être envisagée. La cause est somatique avec des répercussions sur l'état psychiatrique, chez un patient ayant déjà des points de fragilité sur le plan psychique. »

L'assuré a également transmis, le 25 mai 2022, un rapport du 23 mai 2022 établi par le Prof. G. \_\_\_\_\_. Ce dernier s'est également déterminé quant aux questions élaborées par le conseil de l'assuré. S'agissant spécialement de la question diagnostique, ce spécialiste remarquait que les imageries du scanner (SPECT-CT du corps entier) montraient des atteintes spécifiques propres à une spondylarthrite ankylosante, même en l'absence de signe IRM positif, d'autant que l'assuré était HLA-B27 positif et qu'il présentait d'autres signes cliniques relevés par la Dre R. \_\_\_\_\_. Concernant ensuite la capacité de travail, le Prof. G. \_\_\_\_\_ estimait qu'un patient souffrant de douleurs diffuses articulaires, en particulier au niveau lombaire dans le cadre d'une spondylarthrite ankylosante, ne pouvait exercer une activité professionnelle à 100%. Ce type de symptomatologie développée dans le cadre d'un rhumatisme inflammatoire axial nécessitait une activité adaptée à un pourcentage moindre, de l'ordre de 50%. En effet, malgré le traitement adapté, avec des contractures musculaires permanentes, il n'était pas possible pour le patient d'avoir une activité normale. En revanche, dans le cadre d'une activité pas trop contraignante d'un point de vue physique, avec la possibilité de se reposer et de changer de position régulièrement, en passant de la position assise à la position debout, une activité comprise entre 30 et 50% était envisageable.

Au vu des nouvelles pièces produites, le dossier de l'assuré a été soumis au SMR, ce dernier prenant position par avis médical du 22 août 2022. Le Dr T.\_\_\_\_\_ y constatait effectivement une argumentation consistante en faveur du diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Cependant, cette question ne lui paraissait pas déterminante, le fait de s'écarter de la spondylarthrite ankylosante n'ayant pas conduit à dénier des empêchements. Les médecins de l'assuré ne formulaient pas de contre-argumentation structurée sur le raisonnement médico-asséurologique appliqué par les experts. Ils n'expliquaient pas les critères déterminant leurs estimations d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 30%. Par ailleurs, les appréciations des Drs Q.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ indiquant qu'une capacité dans une activité adaptée pourrait augmenter à 50% ne semblaient pas avoir été répercutées aux autres intervenants. Compte tenu de ce qui précède, les médecins de l'assuré formaient uniquement une appréciation différente de l'état de santé, de sorte que le SMR maintenait ses conclusions.

Par décision du 5 octobre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré. Ce dernier disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité avec alternance positions assise et debout sur demande, en limitant le port de charges jusqu'à 5 kg près du corps, éviter les activités sur des échafaudages, des échelles et des activités qui demandent une posture forcée non ergonomique qui surcharge le rachis [porte à faux, flexion répétée en avant, exposition aux vibrations mécaniques sur engins], pas d'exposition prolongée à des températures excessivement élevées, libre accès à une hydratation (eau) en quantités suffisantes). Aucun degré d'invalidité n'était mis en évidence, de sorte que le droit aux prestations n'était pas ouvert. Par pli séparé, l'OAI a retenu que l'expertise du W.\_\_\_\_\_ SA se basait sur des examens complets, prenait en compte les plaintes exprimées par l'assuré et décrivait clairement le contexte médical. Au vu des conclusions libres de toutes contradictions et dûment motivées, l'expertise en question avait pleine valeur probante. Concernant l'appréciation divergente des médecins traitants, l'OAI faisait sienne de l'argumentation du SMR. En

effet, l'avis des médecins de l'assuré formaient uniquement une appréciation différente d'un même état de fait. Le projet de décision devait ainsi être entièrement confirmé.

**C.** P.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Maggioni, a déféré la décision du 5 octobre 2022 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 7 novembre 2022. Il a conclu, principalement, à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité lui soit reconnu compte tenu d'une invalidité de 70%. Subsidiairement, le recours devait être admis en ce sens qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire impliquant à tout le mois un examen rhumatologique, orthopédique et psychiatrique soit ordonnée. Il contestait ainsi l'expertise du W.\_\_\_\_\_ SA, tant dans sa partie rhumatologique, en médecine interne que psychiatrique. Il présentait en outre des atteintes sur le plan orthopédique, sans qu'aucune expertise de ce type n'ait été ordonnée. Le volet rhumatologique était particulièrement problématique, l'expertise ayant été « bouclée » en cinquante minutes et le diagnostic étant erroné, le Dr K.\_\_\_\_\_ s'écartant des données claires et univoques sur lesquelles il prétendait se fonder. L'expertise ne résultait en définitive que d'une idée préconçue que s'étaient fait les médecins à son encontre, préférant se concentrer sur des incohérences que de poser un diagnostic circonstancié. L'expertise en question ne pouvait ainsi être qualifiée de probante, au contraire du dossier médical produit, composé de rapports clairs et convaincants. Son tableau clinique était décrit de manière concrète par de nombreux praticiens, et non pas par ses seuls médecins traitants. Il en ressortait que, quelle que soit le type d'activité professionnelle, un taux supérieur à 30% n'était pas envisageable, étant précisé qu'au vu des limitations fonctionnelles admises, un tel taux constituait un maximum.

A l'appui de son recours, l'assuré a produit un nouveau rapport du 7 novembre 2022 établi par la Dre R.\_\_\_\_\_, qui faisait état de la présence d'une vasculite dans des vaisseaux dermiques à mettre en lien avec le terrain dysimmunitaire en relation avec la spondylarthrite ankylosante présentée.

Par réponse du 12 décembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'office estimait que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du W.\_\_\_\_\_ SA remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un tel document, les points litigieux ayant notamment fait l'objet d'une étude circonstanciée. L'intimé s'appuyait sur un nouvel avis établi le 6 décembre 2022 par son service médical.

Répliquant en date du 4 avril 2023, l'assuré a confirmé les conclusions prises au pied de son recours. Il soutenait que la position exprimée par le Dr K.\_\_\_\_\_ était indéfendable, reposant sur des appréciations et des constats médicaux erronés. L'intimé ne portait aucun regard critique sur l'expertise en question, se contentant de rejeter de manière quasi abstraite les critiques formulées à l'occasion du recours.

Dupliquant le 18 avril 2023, l'OAI a confirmé ses conclusions et préavisé le rejet du recours. Après avoir une nouvelle fois consulté son service médical (analyse du 18 avril 2023), il retenait que les arguments développés n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision.

Par une nouvelle écriture du 1<sup>er</sup> mai 2023, l'assuré a persisté dans ses conclusions. La dernière prise de position du SMR ne correspondait en rien aux différents rapports, complets, produits dans le cadre de la présente procédure. A l'appui de sa prise de position, le recourant a transmis un rapport d'IRM du rachis lombaire et des articulations sacro-iliaques du 9 mars 2023, établi par le Prof. G.\_\_\_\_\_. Ce dernier y remarquait une péjoration de la sacro-illite inflammatoire avec évolution de lésions séquellaires et inflammatoires des pieds et des articulations sacro-iliaques des deux côtés.

Cette prise de position n'a pas engendré de remarques particulières de la part de l'intimé, qui, par courrier du 30 mai 2023, a transmis un avis médical du 25 mai 2023 établi par le Dr T.\_\_\_\_\_ du SMR. Ce dernier maintenait ses conclusions, présentées comme suit :

« Au-delà du diagnostic, sur un plan médico-asséculo-logique, nous relevons qu'il y avait une convergence entre médecins traitants et experts pour retenir une atteinte du rachis avec de nombreuses limitations et pour conclure que la CTAH (capacité de travail dans l'activité habituelle) était nulle. Aussi, les divergences portaient essentiellement sur l'impact des douleurs rachidiennes et de la fatigue sur le taux de CTAA exigible.

Faces à ces éléments subjectifs, nous disposons d'une appréciation multidisciplinaire fondée sur les indicateurs standards. En revanche, les critères gouvernants l'appréciation des médecins traitants ne nous apparaissent pas aussi explicites ou évidents (cf. Avis SMR 22.08.22).

Dans ces conditions, nous continuons à donner une valeur supérieure aux conclusions des experts concernant la CTAA. »

Par courrier du 30 juin 2023, le recourant a produit un nouveau rapport du 22 juin 2023 établi par la Dre R.\_\_\_\_\_. Elle y confirmait les diagnostics précédemment posés, notamment dans son rapport du 2 mai 2022. Elle ajoutait également les limitations fonctionnelles suivantes à celles précédemment retenues : travail avec rendement, sous stress, travail impliquant beaucoup de concentration et de longue durée sur écrans. Elle relevait que malgré le traitement de fond immunosuppresseur instauré, l'assuré avait présenté ce printemps une poussée de son rhumatisme inflammatoire avec aggravation de sa symptomatologie algique au niveau rachidien. Les zones périphériques, comme les poignets, les mains, les coudes mais surtout les chevilles et pied gauches étaient également touchées. Concernant ensuite la capacité de travail, la Dre R.\_\_\_\_\_ exposait ce qui suit :

« En ce qui concerne mon appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée, il faut relever qu'outre la spondylarthrite ankylosante, la fatigue importante liée à cette atteinte rhumatismale ainsi que les autres diagnostics retenus sont à prendre en compte, et pas uniquement les répercussions liées au rhumatisme inflammatoire.

S'il existe une fatigue liée à l'atteinte rhumatismale, fatigue particulièrement marquée chez ce patient qui doit effectuer des temps de repos fractionnés en cours de journée, il existe par ailleurs d'importantes répercussions fonctionnelles en lien avec une atteinte mécanique sur les troubles statiques bien documentés dans les pièces ci-jointes. Les importantes hypercyphose et hyperlordose génèrent en effet d'importantes contraintes biomécaniques en cascade qui, se surajoutant au terrain inflammatoire rhumatismal, contribuent à induire d'importants phénomènes ténomyogènes compensatoires, générant eux-mêmes un cercle vicieux algique, accentuant la fatigue.

Par ailleurs les céphalées postérieures en lien avec l'atteinte inflammatoire de la charnière cervico-occipitale sont elles aussi limitantes dans une activité nécessitant concentration, travail sur écran, vision soutenue.

Surtout, à l'heure actuelle, l'état médical de mon patient n'est de loin pas stabilisé malgré les traitements entrepris avec une observance thérapeutique exemplaire. Une récente vasculite est par ailleurs ce jour en cours d'investigations compromettant la poursuite du traitement immunosuppresseur.

Comme estimé par le Docteur T.\_\_\_\_\_, (je cite « ... *les éléments radiologiques ne peuvent pas être opposés, pour eux-mêmes, pour faire valoir directement d'une modification des LF ou de la CT. En revanche, ils pourraient être avancés pour étayer le diagnostic de spondylarthrite ankylosante* »), il existe ainsi une contradiction flagrante d'avec l'expertise, ce qui est propre à jeter un doute supplémentaire sur la véracité et le bien-fondé de celle-ci, et donc de sa valeur probante.

A la lumière de mes constats médicaux susmentionnés et des documents fournis en annexe, la position des experts n'est pas soutenable.

Les décisions de l'expertise sont manifestement erronées et leur rectification revêt dans la situation qui est celle de mon patient depuis 2017 une importance notable.

J'estime ainsi qu'actuellement une capacité de travail d'au maximum 30%, dans une activité dans laquelle les adaptations seront, vu les limitations fonctionnelles, bien à définir est à retenir chez mon patient.

En ce qui concerne, la capacité de travail :

- je confirme mon appréciation d'une incapacité totale de travail (100 %) dans l'activité de jardinier / paysagiste.
- j'estime qu'actuellement il est prématuré, vu la non-stabilisation de la maladie sous traitement, d'envisager une reprise d'activité, et ce dans n'importe quelle activité adaptée. C'est la raison pour laquelle un arrêt de travail à 100 % est attesté pour mes certificats médicaux.

L'atteinte à la santé d'ordre rhumatismal de Monsieur P.\_\_\_\_\_ est à considérer comme une maladie chronique dont les poussées inflammatoires sont imprévisibles. Susceptible d'évoluer dans le temps, il n'est actuellement pas possible d'en prévoir l'évolution qui plus est, compte tenu de l'actuelle atteinte vasculaire.

Le patient a en effet présenté début juin 2023 la survenue d'importantes lésions cutanées au niveau des membres supérieurs qui ont motivé une consultation dermatologique le 13.06.2023 auprès de la Doctoresse [...].

Deux biopsies ont été effectuées à deux sites différents dont l'analyse histologique révèle la présence d'une vasculite

leucocytoclasique dont l'étiologie peut être attribuée au rhumatisme inflammatoire, au traitement médicamenteux anti-TNF alpha antérieurement introduit ou à une éventuelle cause infectieuse. Cette dernière hypothèse est peu vraisemblable compte tenu des résultats de laboratoire alignés le 01.06.2023. Toutefois un nouveau bilan biologique est effectué ce jour afin d'écartier toute atteinte vasculitique rénale, pulmonaire ou hépatique.

J'estime qu'au vu des limitations fonctionnelles et de l'activité actuelle du tableau douloureux de l'appareil locomoteur de Monsieur P.\_\_\_\_\_, il n'est pas envisageable d'entrevoir un taux d'activité supérieur à 30 % dans une activité dans laquelle les adaptations seront, vu les limitations fonctionnelles, bien à définir est à retenir chez mon patient. Tout autre mesure risquerait d'être contre-productive, susceptible d'accentuer des symptômes encore mal contrôlés.

Dans l'élaboration de ce rapport, la Dre R.\_\_\_\_\_ s'est appuyée sur un rapport établi le 12 mai 2023 à la suite d'une scintigraphie osseuse trois phases et SPECT-CT réalisée par la Dre Y.\_\_\_\_\_.

Appelé à se déterminer sur ces nouveaux éléments, l'OAI a une nouvelle fois sollicité l'avis de son service médical. Dans son avis du 20 juillet 2023, parvenu en mains de la Cour le 25 juillet 2023, le Dr T.\_\_\_\_\_ a reconnu une péjoration de l'atteinte rhumatologique, intervenue cependant après la décision attaquée du 5 octobre 2022. Il était envisageable que cet épisode exerce une influence durable sur la capacité de travail, cette évolution récente venant nettement renforcer le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, soutenu par la Dre R.\_\_\_\_\_. Ces nouveaux éléments amenaient à constater que la décision du 5 octobre 2022 et l'expertise se rapportaient à un tout autre état de santé. L'intimé a dès lors estimé que la poussée du rhumatisme inflammatoire du recourant était postérieure à la décision litigieuse, de sorte que la période postérieure échappait au pouvoir d'examen de la Cour. Il était loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations. L'intimé confirmait ainsi ses conclusions.

Dans ses ultimes déterminations du 14 août 2023, le recourant a soutenu que le SMR admettait que l'expertise sur laquelle l'intimé s'était fondé ne revêtait aucune force probante. Si son état de santé s'était effectivement péjoré dans le courant de l'année, il n'en demeurerait pas moins qu'il présentait, au moment de la décision entreprise déjà, une

invalidité de 70% à tout le moins pour des raisons tant physiques que psychiques.

### **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, le recours a été déposé en temps utile (cf. art. 38 al. 1 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnelles.

**3.** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Compte tenu de la

date du dépôt de la demande de prestations, le 17 août 2020, la naissance éventuelle du droit à la rente peut être fixé au 1<sup>er</sup> septembre 2021 (art. 28 al. 1 LAI), antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022. La présente procédure sera donc régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**4. a)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**b)** Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**5.** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**6. 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 (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 qu'il a recueillies, 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 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 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas

de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**7. a)** En vertu de la jurisprudence fédérale, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Cette procédure probatoire a été étendue aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2).

**b)** Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et des dépendances doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et références citées).

**c)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'une dépendance ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une

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

**8.** En l'espèce, le recourant critique la valeur probante de l'expertise du [...]. Selon lui, et au vu des pièces médicales produites, il dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 30%, lui ouvrant ainsi le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

**9.** En premier lieu, le recourant soutient que la durée des examens, spécialement rhumatologique qui se limitait à cinquante minutes, était trop courte. On relèvera à ce propos que la durée de l'examen ne saurait à elle seule remettre en cause l'entier du travail de l'expert. En effet, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C\_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 ; arrêt I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4). On notera à ce propos que l'expert, rhumatologue, mais également les deux autres spécialistes ayant pris part à l'évaluation, ne se sont pas uniquement fondés sur l'examen clinique, mais sur l'ensemble du dossier médical fourni par l'intimé, pièces qui ont été discutées dans le cadre de l'expertise (voir notamment arrêt I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4, TF 9C\_136/2017 du 21 août 2017, consid. 7.2). Ainsi, la durée de l'examen rhumatologique de cinquante minutes ne saurait à elle-seule invalider l'expertise contestée.

**10.** Dite expertise se compose de trois volets, le premier en médecine interne, établi par la Dre D.\_\_\_\_\_, le second ayant trait à la santé psychique du recourant, analyse réalisée par le Dr A.\_\_\_\_\_ et enfin le volet rhumatologique examiné par le Dr K.\_\_\_\_\_. Les différentes observations réalisées ont été synthétisées à l'occasion d'un volet interdisciplinaire.

**a)** Sur le plan de la médecine interne, les différents diagnostics sont motivés à satisfaction, la Dre D.\_\_\_\_\_ détaillant de

manière approfondie les raisons pour lesquelles elle a retenu telle ou telle pathologie en mentionnant également pourquoi elles influent ou non sur la capacité de travail. Ces constatations sont fondées tant sur l'examen clinique que sur les différentes pièces médicales en sa possession. Au terme d'une évaluation médico-assurantielle fouillée et exempte de contradictions, la Dre D. \_\_\_\_\_ est arrivée à la conclusion que le diagnostic de néphrolithiase récidivante, status après lithorite extracorporelle droite du 18 janvier 2021, influençait certes le profil d'effort, mais ne limitait pas la capacité de travail du recourant tant que les limitations fonctionnelles pertinentes sous l'angle de la médecine interne, soit l'interdiction d'exposition à des températures élevées et le libre accès à une hydratation en quantités suffisantes, étaient respectées. Compte tenu qu'aucun élément au dossier ne vient contredire cette appréciation, elle peut être suivie.

**b)** Sur le plan psychiatrique, l'essentiel de l'argumentation du recourant consiste à reprocher à l'expert d'avoir insisté sur la présence de prétendues incohérences, au détriment d'une analyse convaincante du cas.

**aa)** Contrairement à la position du recourant, l'examen de la cohérence est nécessaire, ce dernier constituant un indicateur d'évaluation des capacités fonctionnelles selon le Tribunal fédéral. En effet, une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend ainsi un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). L'expert était ainsi fondé, sans s'exposer au

reproche de prévention ou d'inadéquation, à examiner les déclarations de l'assuré sous cet angle afin d'apprécier le caractère invalidant du trouble psychiatrique.

**bb)** L'expert psychiatre a posé le diagnostic d'autres troubles de l'humeur persistants (F34.8), appréciation diagnostique motivée de manière détaillée. Il a démontré en quoi le status présenté n'était pas constitutif d'une dysthymie, au vu d'une intensité trop faible et d'une durée trop courte, le trouble de l'humeur étant intriqué avec la survenue de pics douloureux, eux-mêmes survenant de manière aléatoire. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a ensuite expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il s'est écarté de l'appréciation des psychiatres traitants, le recourant ayant toujours été autonome dans les activités élémentaires de la vie quotidienne, alors qu'un épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien des activités professionnelles, sociales ou ménagères. L'évaluation médicale et médico-assurantielle a examiné les différents indicateurs pertinents conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, soit les critères du traitement et de son suivi éventuel, du contexte social, des ressources mobilisables par la personne assurée, et ainsi, de la cohérence (ch. III.7 a à d, page 45 et ss de l'expertise du W.\_\_\_\_\_ SA en adéquation avec l'ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). L'examen de ces différents critères a ainsi amené le Dr A.\_\_\_\_\_ à ne constater aucune entrave à la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique.

**cc)** Le rapport du 5 mai 2022 établi par le [...] ne change en rien l'appréciation développée ci-dessus. En effet, la Dre C.\_\_\_\_\_, le Dr S.\_\_\_\_\_ et Mme N.\_\_\_\_\_ ont uniquement confirmé le diagnostic posé initialement, soit des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel d'intensité moyenne depuis 2002, sans l'étayer, et soutenaient l'existence de limitations fonctionnelles psychiatriques sur la base des déclarations du patient. La capacité est quant à elle fixée à 30% en fonction des indications dirigées figurant dans la question rédigée par le conseil du recourant, et uniquement motivée par des limitations fonctionnelles

physiques. Cette appréciation ne suffit pas à remettre en cause les conclusions de l'expert A.\_\_\_\_\_.

**dd)** Compte tenu de ce qui précède, répondant ainsi aux réquisits de la jurisprudence, ce volet de l'expertise peut être suivi, pleinement probant, le recourant ne présentant aucune incapacité de travail sur le plan purement psychiatrique.

**c)** Sur le plan rhumatologique, le recourant remet en cause les conclusions de l'expert K.\_\_\_\_\_. Il soutient qu'il existe des erreurs manifestes et aisément décelables dans cette expertise rhumatologique. En premier lieu, il relève que l'expert, se fondant sur des examens effectués auprès de la Clinique de la Source le 6 juillet 2021, a relevé une hyperlordose de 40° alors qu'il s'agissait en réalité du double. Cette erreur, importante, a été totalement ignorée par l'intimé.

**aa)** L'EOS du corps entier du 6 juillet 2021 rapportait, à la suite de l'analyse du Dr Q.\_\_\_\_\_, une cyphose importante au niveau thoracique (70°) avec une hyperlordose lombaire (81°). L'expert a indiqué, probablement par erreur, une amplitude de 40°. On ignore si cette faible mesure a été un élément décisif dans de la réflexion de l'expert. L'examen clinique du rachis effectué à l'occasion de l'expertise a mis en évidence un important trouble statique avec une forte accentuation de la lordose physiologique avec une flèche mesurée à 11 cm au niveau L2-L3. L'expert a qualifié ce trouble statique d'important avant de se prononcer sur la capacité de travail. Il est ainsi possible qu'il n'ait pas retenu la mesure de 40°, qui ne paraît pas correspondre à un trouble important, mais ce n'est pas établi. Pour sa part, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 11 avril 2022 que l'hypercyphose associée avec l'hyperlordose à 80° provoquaient des limitations fonctionnelles importantes (limitations du port de charge, les positions en porte-à-faux, les flexions répétées et la position debout) et influaient de manière considérable sur la capacité de travail, cette dernière étant estimée entre 30 et 50%. Compte tenu de ce qui précède, on ignore à ce stade si les conséquences d'une hyperlordose

significative ont été correctement prises en compte par l'expert rhumatologue.

**bb)** Le recourant soutient ensuite que c'est à tort que le Dr K.\_\_\_\_\_ a écarté certains diagnostics retenus par ses médecins traitants et qu'il a nié les signes d'un rhumatisme inflammatoire.

En l'espèce, l'expert a procédé à un examen clinique et rapporté les plaintes du recourant. Il a pris connaissance et discuté les avis des médecins traitants. Il a expliqué pour quels motifs il n'avait pas retenu la spondylarthrite, ne disposant d'aucun test rhumatismal disponible au dossier, aucune plainte concernant des suees nocturnes, d'uvéite ou encore des tatalgies, seul un dérouillage matinal étant mentionné. Selon le Dr K.\_\_\_\_\_, une atteinte d'allure inflammatoire et ostéoblastique touchant le squelette axial et périphérique ainsi qu'une légère inflammation facettaire postérieure bilatérale en L4-L5 et L5-S1 ne suffisaient pas à retenir une spondylarthrite ankylosante, même associée à un HLA-B27+. Afin d'arriver à une telle conclusion, l'expert s'est appuyé sur les constatations du Prof. G.\_\_\_\_\_, selon lesquelles le diagnostic de spondylarthrite ankylosante serait à mettre en doute (page 63 et ss. de l'expertise).

**cc)** Cette interprétation ne peut être suivie en l'espèce. La Dre R.\_\_\_\_\_, à l'occasion des différents rapports produits tant en procédure administrative que judiciaire, a toujours soutenu la présence d'une spondylarthrite ankylosante (SPA). Elle a motivé de manière circonstanciée la présence de cette pathologie inflammatoire, s'adonnant à une réflexion clinique structurée en utilisant notamment les critères internationaux pertinents (rapport du 2 mai 2022). La présence d'une SPA était ainsi motivée par des rachialgies de rythmicité inflammatoire avec lombopygalgies à bascule, réveils nocturnes assortis d'une considérable raideur matinale, un terrain HLA-B27 positif, la présence de lésions de sacro-illite à l'IRM des sacro-iliaques ainsi que des enthésites à plusieurs sites. Cette position est partagée par le Prof. G.\_\_\_\_\_ et le Dr Q.\_\_\_\_\_. Le Prof. G.\_\_\_\_\_, et contrairement à l'argumentation l'expert, s'est

effectivement rallié à l'appréciation de la Dre R.\_\_\_\_\_ quant à la présence d'une spondylarthrite ankylosante (SPA) lors de son rapport du 11 mai 2020, antérieur à l'expertise contestée, retenant notamment ce qui suit :

« Je pense donc, comme toi, qu'éventuellement ses douleurs sont dues à sa spondylarthrite ankylosante et qu'il présente parfois des pics inflammatoires, voire des douleurs fonctionnelles qui sont surajoutées dues à cette micro-instabilité L4-L5. »

Le Prof. G.\_\_\_\_\_ a ensuite remarqué que les imageries du scanner (SPECT-CT du corps entier) montraient des atteintes spécifiques propres à une spondylarthrite ankylosante, même en l'absence de signe IRM positif, d'autant que l'assuré est HLA-B27 positif (rapport du 25 mai 2022). Quant au Dr Q.\_\_\_\_\_, il a expressément fait mention d'une spondylarthrite ankylosante positive dans son rapport du 29 juin 2021, et, s'il a admis que cette pathologie ne relevait pas de sa spécialité, il n'a pas pour autant infirmé ce diagnostic.

Compte tenu de ce qui précède, il est admis que l'appréciation diagnostique du Dr K.\_\_\_\_\_ est valablement mise en doute par la Dre R.\_\_\_\_\_ et ce de manière motivée. La rhumatologue traitante s'est appuyée sur un réseau de spécialistes qui confirment, pour la plupart, son appréciation. Ainsi, on ne distingue pas en quoi l'analyse diagnostique du Dr K.\_\_\_\_\_ serait plus probante, et ne peut en l'espèce être suivie.

**dd)** Dans son avis du 22 août 2022, le SMR s'emploie à relativiser cette appréciation diagnostique divergente, les conclusions sur la capacité de travail des médecins traitants n'étant pas assez étayées.

Si les différents rapports des médecins traitants demeurent imprécis sur l'évaluation de la capacité de travail, notamment d'un point de vue temporel, passant de 0% à 30%, puis à 50%, à la lecture des rapports du Prof. G.\_\_\_\_\_, les appréciations des différents médecins sur le plan rhumatologique suffisent à douter des conclusions de l'expertise, également sous l'angle de la capacité de travail. En effet, les limitations

fonctionnelles retenues par la Dre R.\_\_\_\_\_ sont de plus grande ampleur que celles retenues à l'occasion de l'expertise, touchant également la marche en terrain accidenté et la position à genou. De telles limitations proviennent de l'analyse de la Dre [...], cette dernière retenant qu'une atteinte inflammatoire a induit une gonarthrose, pathologie qui n'est pas retenue par l'expert rhumatologue. Ce dernier s'est contenté de retenir un flexum du genou droit non-expliqué alors que le rapport du 10 juin 2021 de la Dre Y.\_\_\_\_\_ concluant à la présence d'une gonarthrose faisait partie des pièces médicales mises à sa disposition. Puis, comme relevé plus haut, on ignore si l'expert a fait une correcte évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles liées aux troubles d'origine statique (hyperlordose et hypercyphose). Or, une évaluation précise et minutieuse de ces troubles statiques apparaît comme essentielle afin de déterminer correctement les limitations fonctionnelles présentées par le recourant, vu les contraintes biomécaniques importantes générées par l'hyperlordose et hypercyphose.

Par ailleurs, le critère de fatigabilité n'a pas été suffisamment investigué en tant que limitation fonctionnelle, ni pris en compte par l'intimé à titre d'un éventuel abattement. Pourtant, cet aspect était mentionné par la Dre R.\_\_\_\_\_ bien avant la tenue de l'expertise (cf. le rapport du 19 avril 2021) et apparaît comme étroitement lié au diagnostic de SPA. Ce médecin a finalement fait état d'une fatigue particulièrement marquée chez le recourant dans son ultime rapport du 22 juin 2023, l'intéressé devant observer des temps de repos fractionnés en cours de journée. On rappellera ici que, contrairement à la prise de position du SMR à cet égard dans son avis du 20 juillet 2023, il ne suffit pas de retenir que le recourant parvient encore à s'occuper de son ménage, conserve des activités extra-professionnelles (passablement limitées au domicile) tout comme des liens sociaux et intimes pour écarter la présence d'une fatigabilité à même d'influer sur l'exercice d'une activité professionnelle.

**ee)** Compte tenu ce qui précède, le volet rhumatologique de l'expertise du W.\_\_\_\_\_ SA est sérieusement mis en doute par les autres rapports médicaux au dossier. Ces derniers ne suffisent cependant pas

pour se prononcer sur l'étendue exacte de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée, les Drs R. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ retenant à cet égard des degrés de capacité de travail différents. L'expertise rhumatologique étant douteuse, une nouvelle expertise se justifie dès lors afin de départager ces avis divergents.

**d)** Le recourant conteste également les conclusions prises dans le cadre de l'analyse interdisciplinaire réalisée par les experts. En l'occurrence, l'expertise litigieuse a retenu que seules les atteintes rhumatologiques étaient propres à influencer sur la capacité de travail. Dès lors que le volet rhumatologique ne saurait être qualifié de probant, il ne se justifie pas d'examiner plus en avant les griefs portés à l'encontre de l'appréciation générale interdisciplinaire, cette dernière perdant de fait toute valeur probante.

**e)** Enfin, le recourant s'étonne de l'absence d'un volet orthopédique dans l'expertise contestée. En l'espèce, l'intéressé a été vu par un orthopédiste en septembre 2020, le Dr Z. \_\_\_\_\_, ce dernier notant l'existence d'une hyperlordose extrêmement importante. Dans le cas du recourant, il ressort du dossier que le point litigieux est l'existence d'une maladie inflammatoire, en particulier d'une spondylarthrite ankylosante, qui relève de la compétence d'un rhumatologue, comme l'a d'ailleurs indiqué le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 avril 2022. Il reviendra cependant à l'intimé d'examiner la pertinence d'un volet orthopédique, compte tenu des troubles statiques constatés et leur incidence sur la capacité de travail.

**f)** L'état de santé dermatologique se verra également instruit, status qui, selon la Dre R. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 7 novembre 2022, pourrait être en relation avec l'éventuelle spondylarthrite ankylosante. Cette problématique avait été évoquée en procédure administrative, mais apparemment hâtivement écartée, et mérite des investigations plus approfondies. On remarque à ce propos que les lésions dont il est question dans le rapport précité avaient déjà été constatées durant le mois de

janvier 2022 et qu'elles sont réapparues durant le mois d'août 2022, avant que la décision entreprise ne soit rendue.

**g)** Au final, compte tenu notamment des remarques formulées par la Dre R.\_\_\_\_\_, il y a lieu de dénier toute valeur probante au volet interdisciplinaire de l'expertise du W.\_\_\_\_\_ SA en raison des lacunes présentées par son volet rhumatologique. En l'absence d'analyse exhaustive de la situation médicale du recourant, il convient par conséquent 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 (comprenant notamment un examen rhumatologique, dermatologique et orthopédique si nécessaire) conforme aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA.

**11.** 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.

**12. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

**b)** La partie recourante obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, il y a lieu de lui allouer des dépens, arrêtés en l'occurrence à 3'000 francs, débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD), à la charge de l'intimé.

**c)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19

décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**d)** Par décision de la juge instructrice du 10 novembre 2022, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 novembre 2022 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Lino Maggioni. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 1<sup>er</sup> septembre 2023, laquelle fait état d'un total de 25,24 heures de travail fourni. En l'espèce, seules les prestations nécessaires à l'assistance du recourant peuvent être admises. Or, certaines prestations résultant de la liste des opérations paraissent excessives. Tel est le cas des 27 courriels et correspondances adressées au recourant sur une période de 10 mois ; la tenue de trois conférences avec le client pour une durée totale de trois heures trente postérieurement au dépôt du recours et quatre heures trente d'étude du dossier alors que le mandataire représentait déjà le recourant dans le cadre de la procédure administrative. En définitive, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 20 heures, auxquelles doit être appliqué un tarif horaire de 180 francs. S'y ajoute le forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours (art. 3bis al. 1 RAJ). Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Maggioni est arrêté à 4'071 fr. 05, débours et TVA compris.

**e)** Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 1'071 fr. 05 est provisoirement supporté par l'Etat (cf. art. 122 al. 2 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**f)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 1'071 fr. 05 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera à la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes d'en fixer les

modalités, en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 5 octobre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 P.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.
- V. Il est alloué à Me Lino Maggioni, conseil d'office du recourant, une indemnité fixée, après déduction des dépens précités, à 1'071 fr. 05 (mille septante et un francs et cinq centimes), TVA et débours compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Lino Maggioni (pour le recourant),
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :