

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 janvier 2016

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Neu et M. Dépraz, juges  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4, 28 et 59 al. 3 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...] et de nationalité [...], est arrivé en Suisse en [...]. Il a notamment exercé la profession d'aide de cuisine jusqu'en [...], puis d'aide de maison entre 2008 et [...].

**B.** En date du 13 mars 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison des atteintes à la santé suivantes : « psoriasis chronique à prédominance palmo-plantaire, dermatite de contact, intolérance au glucose, hyperlipidémie mixte, gonalgies gauche sur gonarthrose, lombalgies, douleurs des coudes gauche et droite », précisant que ces atteintes existaient depuis l'année 2000.

À l'appui de sa demande, l'assuré a produit un certificat médical de la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, datant du 6 mars 2009 et attestant une incapacité de travail depuis le 6 mars 2009, pour une durée probable d'un mois.

Dans son rapport médical du 31 mars 2009 adressé à l'OAI, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de psoriasis cutané, présent depuis 2002, et de « dermatite de contact (sensibilisation à l'alcool de lanoline et lamercol L101) », présente depuis 2008. Elle estimait que l'incapacité de travail du recourant dans sa profession d'aide de cuisine était de 100 % depuis le 6 mars 2009. Elle ajoutait que son patient ne devait pas exercer d'activité manuelle l'exposant régulièrement à l'eau, l'humidité, le port de gants, l'utilisation de savons et détergents. Selon la Dresse C.\_\_\_\_\_, l'activité exercée n'était plus exigible et l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Dans le formulaire de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) intitulé « Renseignements complémentaires pour l'intervention précoce » complété par l'assuré le 31 mars 2009, ce dernier a notamment décrit une détérioration de son état de santé depuis l'apparition de l'atteinte et indiqué qu'il attendait l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité au vu de son âge et de l'aggravation de sa maladie.

La Dresse E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a établi un rapport médical à l'intention de l'OAI le 2 avril 2009. Elle y indiquait, comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, un psoriasis chronique à prédominance palmo-plantaire, depuis 2000, et une dermatite de contact avec « sensibilisation à l'alcool de Lanoline et Lamereal L101 » depuis 2008. Sous le point libellé « diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail », elle mentionnait ceci :

« Ancien éthylisme chronique (stop 2005)	
Intolérance au glucose	2007
Tabagisme	2002
Excès pondéral (BMI 26)	
Status variqueux MIG > D	
Lombalgies récidivantes	2005
Gonalgies G sur atteinte dégénérative	2005
Epicondylite coude G	2007 »

La Dresse C.\_\_\_\_\_ considérait que le pronostic au niveau cutané était réservé et qu'il posait problème pour trouver du travail comme aide de cuisine. Elle ajoutait qu'au niveau du genou gauche, il existait une atteinte dégénérative contre-indiquant certaines positions ainsi que la surcharge. S'agissant des restrictions existantes, elle précisait que le psoriasis chronique à prédominance palmo-plantaire associé aux dermatites de contact étaient un handicap pour l'assuré dans son activité professionnelle d'aide de cuisine, de même que les douleurs ostéo-articulaires récidivantes du genou gauche sur une atteinte dégénérative, des coudes (surcharge et épicondylite) et du dos. Selon ce médecin, l'activité exercée n'était plus exigible.

Dans un rapport médical du 15 mai 2009, la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

« Psoriasis chronique à prédominance palmo-plantaire	2000
Dermite de contact avec sensibilisation à l'alcool de lanoline et Lamereal L101	2008
Gonalgies G sur atteinte dégénérative et status post lésion du LCA	2005
Lombalgies récidivantes sur troubles statiques, dégénératifs et dysbalance musculaire	2005 »

Sous la rubrique « diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail », elle mentionnait ceci :

« Intolérance au glucose	2007
Tabagisme	2002
Excès pondéral (BMI 27)	
Status variqueux des 2 MI, prépondérant à G	
Epicondylite coude G	2007
Status post étylisme chronique stoppé en 2005 »	

La Dresse M.\_\_\_\_\_ considérait que d'un point de vue cutané, le pronostic était réservé. Elle ajoutait notamment que les troubles dégénératifs du genou gauche présentaient une évolution progressive avec des phases plus actives s'accompagnant d'un petit épanchement et d'une limitation fonctionnelle, posant une contre-indication à une marche prolongée, à certaines positions et à une surcharge. Selon elle, les lombalgies étaient liées à des troubles statiques et à une dysbalance musculaire, ces symptômes pouvant s'améliorer en cas de rééquilibrage musculaire. Elle précisait que le psoriasis et la dermatite étaient un handicap dans l'activité professionnelle de son patient en tant qu'aide de cuisine et que les gonalgies dégénératives étaient handicapantes pour un travail debout toute la journée et limitaient la marche à 15 - 20 minutes. Les lombalgies mécaniques et le status post épicondylite devaient d'après elle mettre en garde contre un travail nécessitant le port de charge lourde répété. Elle était également d'avis que l'activité exercée n'était plus exigible.

Le dossier de l'assuré a été soumis au médecin conseil du Service médical régional de l'OAI (ci-après: le SMR), le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecine du travail. Dans son rapport médical du 4 août 2009, ce médecin a cité les limitations fonctionnelles

suivantes : « Limitations fonctionnelles : cutanées : milieu humide, contact à l'alcool de lanoline et amercol, solvants irritants, détergents ; osteoart : port de charges lourdes, stations statiques prolongées (surtout debout), porte-à-faux, déplacement sur longues distances et sur sol irrégulier, montées/descentes répétées d'escaliers ». Il était en outre d'avis qu'en respectant ces limitations, la capacité de travail de l'assuré était entière.

En date du 12 août 2009, l'autorité a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions d'aide au placement et qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis par le service de placement de l'OAI.

Le 12 août 2009, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision dans lequel il refusait de lui octroyer une rente d'invalidité. En substance, il estimait que les renseignements médicaux avaient mis en évidence une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide de cuisine, plongeur ou encore nettoyeur, mais que dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles telles que décrites par le Dr D.\_\_\_\_\_, sa capacité de travail était de 100 %. Comparant le revenu de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations et celui sans l'invalidité, l'OAI constatait que le revenu d'invalidité auquel il pouvait prétendre était aussi élevé que celui réalisé avant l'atteinte à la santé. Le degré d'invalidité de l'assuré étant inférieur à 40 %, ce dernier n'avait pas droit à une rente.

Par décision du 22 septembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente déposée par l'assuré pour les motifs développés dans son projet de refus de rente du 12 août 2009. Cette décision n'a pas fait l'objet de recours.

Dans son rapport final du 5 janvier 2011, l'OAI a préconisé de mettre fin à la mesure d'aide au placement au motif que le délai était raisonnablement échu, précisant que l'assuré n'avait donné aucun signe de collaboration.

Par courrier du même jour, l'OAI a constaté que malgré le soutien de l'assurance-invalidité, une réintégration sur le marché du travail n'avait pas été possible. Il mettait dès lors fin à l'aide au placement. Cette décision a été confirmée par courrier le 2 février 2011.

En date du 16 février 2011, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formellement requis la continuation de la mesure d'aide au placement, précisant qu'il semblait connaître une recrudescence de ses problèmes dermatologiques.

Le 22 février 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'après réexamen, les conditions du droit au placement étaient réalisées.

La Dresse E. \_\_\_\_\_ a établi un certificat médical le 13 mai 2011, attestant d'une incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> avril 2011, la situation devant être réévaluée quatre mois plus tard.

Dans un courrier du 23 mai 2011 adressé à l'assuré, l'OAI a considéré que l'état de santé de ce dernier ne lui permettait pas d'entrer dans une démarche d'aide au placement. L'autorité envisageait de clore, du moins temporairement, cette mesure.

L'assuré s'est opposé à l'arrêt de cette mesure le 6 juin 2011, considérant, sur la base du certificat médical de la Dresse E. \_\_\_\_\_ du 13 mai 2011, que son incapacité de travail était due à une nouvelle poussée de la maladie mais qu'elle ne devait être que temporaire.

Deux nouveaux certificats médicaux ont été établis par la Dresse E. \_\_\_\_\_, le 28 novembre 2011 et le 24 février 2012, attestant d'une prolongation de l'incapacité de travail.

Par courrier du 20 mars 2012, l'OAI a informé l'assuré du fait que l'une des conditions de l'aide au placement, à savoir l'aptitude au placement, n'était pas remplie. Il mettait dès lors fin à cette mesure, précisant que celle-ci serait à nouveau ouverte sur simple demande de

l'assuré, lorsque ce dernier serait en mesure et motivé à soutenir activement les démarches de placement.

Par courrier du 28 mars 2012, l'assuré a notamment requis que l'OAI procède à l'instruction de son cas sous l'angle de son droit à une rente d'invalidité.

Interpellée par le conseil de l'assuré, la Dresse E. \_\_\_\_\_ a répondu à ce dernier, en date du 25 mai 2012, que son patient ne pouvait pas trouver un travail adapté compte tenu de ses limitations, raison pour laquelle elle signalait des arrêts de travail à 100 %. Elle expliquait également que depuis 2009, la situation s'était péjorée, que l'assuré devait faire de la physiothérapie en continu en raison des lombalgies et des gonalgies dont il souffrait chroniquement, et que le tableau s'était compliqué par une périarthrite de la hanche gauche suite à la démarche antalgique. Ce médecin mentionnait aussi que l'intéressé avait développé une chondropathie rotulienne au niveau du genou gauche. Elle expliquait enfin qu'il y avait eu des complications de son diabète sous forme de polyneuropathie sensitive multifactorielle aux quatre membres et meralgie paresthésique de la cuisse gauche depuis 2011, ce qui engendrait des troubles de la motricité fine.

Par courrier du 11 juin 2012, le recourant a transmis le rapport précité à l'OAI, estimant avoir rendu plausible une aggravation de son état de santé et requérant l'instruction de son cas dans le cadre de la procédure de révision.

Le 17 juillet 2012, l'OAI a indiqué au conseil de l'assuré qu'il entreprenait la révision du droit à la rente de ce dernier.

Dans son rapport médical du 3 août 2012 adressé à l'OAI, la Dresse E. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants :

« - Psoriasis chronique à prédominance palmo-plantaire 2000

- Dermite de contact avec sensibilisation à l'alcool de Lanoline et Lamereal 2008
- Lombalgies chroniques récidivantes 2005
- Gonalgies G >> D sur atteinte dégénérative compliquées par une entorse genou G et torsion LCA + méniscopathie externe 2010 et une chondropathie rotulienne G 2011
- Périarthrite hanche G sur boiterie antalgique
- Polyneuropathie sensitive des 4 membres multifactorielle et meralgie paresthésique G 2011
- Epicondylite coude G 2005 »

S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, la Dresse E. \_\_\_\_\_ a mentionné ce qui suit :

- « - Diabète 2007
  - Excès pondéral
  - Status variqueux MIG >D
  - Ancien éthyliste chronique (stop en 2005)
  - Tabagisme
  - Dolicho-côlon 2011
  - Stéatose hépatique 2009
  - Anémie normochrome normocytaire régénérative d'origine X
- 2010 »

La Dresse E. \_\_\_\_\_ relevait que l'évolution du psoriasis était peu satisfaisante, mais partiellement stabilisée par un traitement local. Concernant les restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, le médecin précité a indiqué qu'au niveau cutané, l'assuré ne devait pas avoir de contact avec de l'humidité ou des détergents. Au niveau ostéo-articulaire, il convenait d'éviter la marche prolongée, la station assise ou debout prolongée, le port de charge à répétition limitée à 5 kg, la rotation du tronc répétée, le travail sur une échelle ou échafaudage et le travail en terrain irrégulier. La Dresse E. \_\_\_\_\_ mentionnait encore une gêne à la motricité fine et une fatigabilité. Elle a aussi précisé que seules les activités dans différentes positions et le travail avec les bras au-dessus de la tête pouvaient encore être exigées de l'assuré, compte tenu de ses limitations. Les activités uniquement en position assise pouvaient être réalisées à hauteur d'une demi-heure et l'intéressé devait pouvoir bouger. Quant aux activités uniquement en position debout, elles étaient possibles durant une heure à une heure et demie. Ce médecin considérait en outre que l'activité exercée n'était plus exigible et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail.

La Dresse E.\_\_\_\_\_ a également produit différents rapports médicaux, soit:

- Un rapport du 22 septembre 2010 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé à la Dresse E.\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin faisait état d'une entorse du genou gauche le 18 mai 2010 suite à une chute. Ce médecin diagnostiquait un status post-entorse du genou gauche avec distorsion du ligament croisé antérieur et méniscopepathie de la corne antérieure externe. Il considérait également que son patient était trop jeune pour une arthroplastie du genou mais que cette opération ne serait toutefois pas négligeable dans le futur.
- Un rapport du 31 janvier 2011 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, adressé à la Dresse E.\_\_\_\_\_ dont il ressortait notamment que l'assuré présentait des lombalgies récidivantes depuis 2005 dans un contexte de psoriasis. Ce médecin indiquait qu'en 2006, il n'y avait pas d'argument pour un rhumatisme inflammatoire et expliquait également ceci : « il n'y a pas franchement de douleurs nocturnes ni de fessalgies à bascule. Il y a une raideur rachidienne modérée alors que les radiographies montrent de discrets troubles dégénératifs sans sacroilite évidente. Par ailleurs, les douleurs se sont nettement améliorées depuis la fin de l'année sous traitement de physiothérapie. Actuellement, il [l'assuré] se plaint surtout de douleurs épicondyliennes et d'une gêne en relation avec son psoriasis cutané important ».
- Un rapport du 11 avril 2011 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et endocrinologie-diabétologie, adressé à la Dresse E.\_\_\_\_\_ dans lequel elle diagnostiquait un diabète de type 2, une dyslipidémie et un

psoriasis. Il ressortait notamment de la partie « Discussion » de ce rapport que des conseils diététiques avaient été donnés à l'assuré afin qu'il réduise sa consommation d'hydrates de carbone et que les glycémies de l'intéressé s'étaient améliorées.

- Un rapport d'IRM du 2 mai 2011 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, adressé à la Dresse E.\_\_\_\_\_ et dont les conclusions étaient formulées ainsi :

« Dégénérescence mucoïde très marquée du LCA. Dégénérescence de la corne antérieure du ménisque externe avec un kyste méniscal sis en avant du LCA. Chondropathie grade IV fémoro-patellaire intéressant essentiellement le dôme patellaire et la facette trochléaire médiane. Épanchement articulaire et kyste de Baker. »

- Un rapport du 31 mai 2011 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé à la Dresse E.\_\_\_\_\_, qui faisait notamment mention d'une nouvelle entorse le 18 mai 2011 [recte : 2010]. Sous le point intitulé « Attitude », ce médecin relevait les éléments suivants :

« L'anamnèse reste un petit peu difficile chez lui et je ne retrouve pas vraiment de notion d'entorse du genou en tant que telle. Néanmoins, je demande une IRM du genou gauche pour être sûr qu'il ne présente pas une lésion méniscale externe significative. La situation évoluant déjà depuis 2 mois, en cas d'une lésion significative, une arthroscopie pourrait être envisagée mais d'abord sur un genou bien désenflammé dans le temps, ce qui peut prendre 3 à 4 mois sans doute [...]. »

- Un rapport d'IRM du 7 juin 2011 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, adressé au Dr V.\_\_\_\_\_, dont les conclusions étaient les suivantes :

« Considérant l'anamnèse de douleurs avec blocages récidivants, suspicion d'une déchirure en anse de sceau du ménisque externe avec une languette méniscale venant s'interposer dans la région du pivot central au-dessus des épines tibiales. Méniscopathie mineure (grade I-II) de la corne postérieure du ménisque interne. Rupture ancienne du ligament croisé antérieur avec distorsion plus relative sans déchirure du ligament croisé postérieur et du collatéral interne. Foyer d'ostéo-arthropathie fémoro-patellaire prédominant dans la région centrale à mi-hauteur sur la rotule et antérieurement sur le

condyle fémoral interne en regard de l'échancrure avec chondromalacie de grade II-III. Quelques discrètes altérations dystrophiques/post-traumatiques aux insertions et origines des ligaments croisés. Epanchement avec une synovite aspécifique vraisemblablement réactionnelle irritative diffuse. Large kyste pluri-loculé de Baker. »

- Un rapport du 14 juin 2011 du Dr V.\_\_\_\_\_, adressé à la Dresse E.\_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier proposait notamment une arthroscopie du genou gauche.

- Un rapport du 18 août 2011 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé à la Dresse E.\_\_\_\_\_, lequel a diagnostiqué une chondropathie rotulienne gauche, un status post entorse du genou avec déchirure du ligament croisé antérieur gauche en mars 2010, des lombalgies et un psoriasis avec atteinte articulaire. Ce médecin faisait notamment état d'une chute en mars 2010 avec torsion du genou gauche et hémarthrose par la suite. Après une évolution d'abord favorable, étaient apparues des gonalgies plutôt antérieures et externes, exacerbées lors de la montée des escaliers, associées à des blocages douloureux une à deux fois par jour, dans une sensation d'instabilité. Le Dr X.\_\_\_\_\_ ne préconisait pas de chirurgie mais un traitement ciblé sur la chondropathie fémoro-patellaire.

- Un rapport du 14 septembre 2011 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, adressé à la Dresse E.\_\_\_\_\_, dont il ressort ce qui suit de la partie « Appréciation » :

« Les plaintes sont quelque peu difficiles à systématiser. Compte tenu du tableau subjectif et objectif je pense que l'on peut retenir chez ce patient une polyneuropathie probablement multifactorielle, diabétique, et également d'origine toxico-carencielle chez ce patient sujet à l'abus d'alcool. La polyneuropathie ne semble pas réellement symptomatique, et objectivement elle est caractérisée surtout par une aréflexie tendineuse des membres inférieurs, et une hypopallesthésie malléolaire.

Il existe également une méralgie paresthésique du côté gauche peu gênante.

Quant à la symptomatologie algo-paresthésiante du membre supérieur droit elle est d'explication plus difficile. Il n'y a pas d'élément en faveur d'un syndrome radiculaire, et l'examen électrophysiologique n'a pas mis en évidence non plus de neuropathie, en particulier de syndrome du tunnel carpien. Tout au plus il existe quelques éléments en faveur d'une épicondylite. »

- Un rapport du 1<sup>er</sup> février 2012 de la Dresse C. \_\_\_\_\_ à la Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : le Z. \_\_\_\_\_) dans lequel le médecin précité posait les diagnostics de psoriasis cutané sévère, de polysensibilisation de contact à l'alcool de lanoline et lamercol, de diabète, d'hypertension artérielle, de lombo-sciatalgies, et d'anémie normocytaire normochrome d'origine indéterminée. Elle expliquait que son patient avait été mis au bénéfice d'une injection par semaine d'Humira dès le 3 février 2011. Sur le plan cutané, l'évolution du psoriasis avait été progressivement favorable avec une régression des lésions cutanées. En avril 2011, les plaques avaient cependant réapparu, nécessitant de doubler les doses de médication à partir du 25 mai 2011. La Dresse C. \_\_\_\_\_ faisait état d'un échappement progressif au traitement mais dans le même temps d'une très nette amélioration globale comparé à la situation du mois de janvier 2011. Selon ce médecin, l'assuré, découragé, a toutefois mis fin à ce traitement le 24 juin 2011. Une recrudescence des lésions dues au psoriasis a ensuite été observée depuis décembre 2011.

Le 10 septembre 2012, l'assuré a formellement déposé une nouvelle demande de prestations AI en raison de « psoriasis, maladie liée à l'eau » présente depuis dix ans.

Dans son rapport médical du 25 octobre 2012 adressé à l'OAI, la Dresse F. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de psoriasis chronique compliqué d'allergie cutanée existant depuis environ 2002. Elle mentionnait comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail un diabète de type 2 compliqué de néphropathie diabétique débutante et polyneuropathie modérée ainsi qu'une

dyslipidémie. Pour le surplus, elle renvoyait en majeure partie au rapport du médecin traitant.

Le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, a établi un rapport médical à l'intention de l'OAI en date du 29 octobre 2012, dans lequel il s'est en grande partie référé à son rapport médical du 17 octobre 2012 adressé à la Dresse C.\_\_\_\_\_. Il ressort de ces documents que le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

« **1. Psoriasis vulgaire et palmoplantaire depuis 2003**

- DD: eczéma chronique des mains, contact-allergique
- histologie parle plutôt en faveur du psoriasis
- arthrite psoriasique pas exclue
- S.p. photothérapies (Ré-PUVA), Néotigason, Toctino
- S.p. MTX po
- arrêté à cause de perturbation des tests hépatiques
- S.p. Humira 40mg/semaine (?)
- sous Toctino 30mg depuis 02/2012
- actuellement sous Re-UVB (Toctino) depuis 06/2012

**2. Tuberculose latente, non confirmée**

**3. Sensibilisation de type IV à lanoline et Amerchol**

- tests épicutanés 2008

**4. Lombo-sciatalgies**

**5. Diabète**

**6. Hypertension artérielle**

**7. Anémie normocytaire normochrome d'origine indéterminée**

**8. Tabagisme »**

Au point intitulé « Enumération des restrictions physique, mentales ou psychiques existantes » du rapport à l'intention de l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a mentionné « rien irritant pour la peau ! (contact avec l'eau, climat extrême, ...) ». Il ajoutait que l'activité exercée était encore exigible à 100 % en cas de disparition des lésions et sous réserve des restrictions qu'il avait décrites. Dans son rapport du 17 octobre 2012 à la Dresse C.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_ a expliqué que compte tenu de l'évolution clinique de l'assuré, de la sévérité du psoriasis et des thérapies déjà essayées, un traitement biologique était indiqué. En discussion avec son patient, ce médecin avait donc instauré un traitement par Stelara, un anticorps monoclonal « anti IL 12/23 ». Il était précisé que l'assuré serait inscrit dans le registre suisse [...] suivant tous les patients recevant une nouvelle thérapie systémique.

Au vu des documents médicaux recueillis, l'OAI a mandaté le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin praticien, afin de réaliser une expertise orthopédique. Dans son rapport d'expertise du 3 janvier 2014, ce médecin a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail indiqués ci-après :

« Gonarthrose gauche	
□ Fémorotibiale interne et fémoropatellaire	2006
□ Lombalgies chroniques aspécifiques	1999
□ Arthrose facettaire	
□ Déconditionnement physique	
Epicondylalgies sur surcharge	2008
Psoriasis (voir dermatologue) »	

Pour ce qui est des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a mentionné ceci : « HTA » et « diabète type II ».

Au chapitre intitulé « Discussion globale et appréciation », le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé ceci :

« Ce patient originaire du [...] présente, suite au décès de sa fille, l'apparition d'un psoriasis, suivi d'abord par un dermatologue en ville, puis par le Z.\_\_\_\_\_ pour une prise en charge plus approfondie. Sur ce tableau cutané se greffe dès 2006 des douleurs articulaires, d'abord au niveau de son genou, pour lesquelles il a plusieurs avis chirurgicaux, sans qu'on retienne une approche chirurgicale, vu le relatif jeune âge du patient. Le seul traitement chirurgical serait la pose d'une arthroplastie dont on s'abstient vu le trop jeune âge. A ce tableau se surajoute des douleurs rachidiennes - avec des poussées inflammatoires vues en IRM -et des épicondylalgies. Il fait des traitements physiothérapeutiques de renforcement musculaire pour les gonalgies. En ce qui concerne les épicondylalgies, des infiltrations sont faites, sans grand changement à long terme.

Les facteurs limitants chez ce patient sur le plan rhumatologique restent d'un côté les gonalgies où une gonarthrose manifeste est présente : cette gonarthrose limite les déplacements du sujet - tant à plat qu'en pente ou escalier, ses postures statiques debout stationnaire ou à genou, pouvant ainsi fortement entraver sa capacité de travail comme employé de cuisine. De l'autre les lombalgies limitatives avec des atteintes facettaires avec une composante inflammatoire en poussée sur l'IRM.

Par contre dans une activité sédentaire, où il peut rester assis statique, où il peut avoir des changements de postures, il y a peu de

limitation de son activité professionnelle. Il est néanmoins important de prendre l'avis dermatologique concernant son psoriasis vis-à-vis d'une nouvelle activité professionnelle et l'exigibilité qu'on peut en tirer. »

Concernant les limitations en relation avec les troubles constatés (lettre B1 sous « appréciation du cas et pronostic »), l'expert considérait notamment que la marche et la montée des escaliers ne pouvaient être effectuées qu'occasionnellement. Il détaillait également les limitations relatives au port de charges ainsi qu'aux mouvements de « tirer-pousser ». Il ajoutait qu'il était impossible pour l'assuré de s'accroupir à plusieurs reprises, de rester en position accroupie, et que l'intéressé ne pouvait que rarement se mettre en position à genoux et en position assise penchée en avant pendant cinq minutes. La position debout stationnaire pendant trente minutes pouvait être effectuée occasionnellement, de même que la position debout penchée en avant durant cinq minutes. La position assise pendant trente minutes pouvait par contre être exécutée fréquemment. Selon l'expert, l'assuré était en mesure de réaliser, occasionnellement, une manipulation fine des objets et ne pouvait travailler que rarement sous stress.

Le Dr P. \_\_\_\_\_ a également répondu ce qui suit aux questions posées par l'OAI :

**« 2) INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE  
JUSQU'ICI**

2.1 : Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

L'activité comme employé de cuisine est impossible

2.2 : Description précise de la capacité résiduelle de travail  
0%

2.3 : L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure ( heures par jour) ?  
Non

2.4 : Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

2.5 : Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

2008.

2.6 : Comment le degré d'incapacité de travail a -t-il évolué depuis lors ?

Pour des raisons non seulement rhumatologiques, mais aussi dermatologiques : 100% d'incapacité dans son ancienne activité comme employé de cuisine.

**C) INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

**1) DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT- ELLES ENVISAGEABLES ?**

**NON**

Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?

**2) PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'A PRESENT ?**

**NON**

2.1 : Si oui, par quelles mesures ? (p.ex.: mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail ?

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

**3) D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLE EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURE ?**

**OUI**

3.1 : Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Cf sous B1.

3.2 : Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

Ce patient pourrait, sur le plan rhumatologique, exercer une activité sédentaire, assis, avec manutention de charges occasionnelles selon l'ECF ci-dessus. A ce taux il pourrait travailler à 50% (un 100% sur la demi-journée p.ex.) A noter qu'il a une bonne dextérité et aucune limitation à ce niveau.

3.3 : Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non

3.4 : Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ? »

Appelé par l'OAI à préciser son rapport d'expertise sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr P. \_\_\_\_\_ a répondu ceci en date du 30 janvier 2014 :

**« 1. Quelle est la date de réadaptation et l'évolution ?**

Il n'y a pas de date de réadaptation définie.

**2. Quelle est votre argumentation pour que la capacité de travail dans une activité adaptée soit de 50% au vu des affirmations contradictoires de la p. 28 et de la p. 31?**

Le taux dans une activité adaptée est ce qui est spécifié sur la p. 31, à savoir 50% selon l'ECF. Sur la p. 28, il y a en fait une «coquille de français» : au lieu de marquer «il y a peu de limitations dans son activité professionnelle », j'aurais dû marquer « il y a peu de limitations dans la posture ».

**3. Pourquoi la capacité de travail dans l'activité habituelle n'est-elle pas de 80-100% ?**

Ce patient, qui a une activité d'employé de cuisine, nécessitant d'un côté de nombreux déplacements, mais aussi des postures statiques debout et des genuflexions fréquentes, et ceci vu la gonarthrose gauche bien présente mais aussi les lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs.

Cette activité n'est plus exigible. »

Interpellé une nouvelle fois par l'OAI, le Dr P. \_\_\_\_\_ lui a répondu ce qui suit en date du 3 mars 2014 :

**« 1. Quelle est votre argumentation pour que la capacité de travail adaptée soit de 50% ?**

Ce patient présente une double problématique lombaire, mais aussi au niveau des genoux, avec au niveau lombaire une arthrose facettaire en poussées inflammatoires, et au niveau du genou une gonarthrose bien documentée.

Dans ce contexte, les postures en long-court deviennent difficiles. En position assise, à cause d'un côté des lombalgies basses et le changement postural, cela devient difficile à cause de la gonarthrose.

Ainsi, dans une activité sédentaire assise, ce n'est que la demi-journée qui serait possible, et un rendement à ce moment-là à 100%. Dans le changement postural, il faut, comme noté dans l'évaluation des capacités fonctionnelles, que la position debout stationnaire ne soit que occasionnellement possible, de même que la position debout penchée occasionnelle, mais ceci rend l'alternance de posture difficile.

**3. Et pour quelles raisons la capacité de travail dans une activité adaptée n'est-elle pas de 80%-100% dans un poste sédentaire, statique, avec changement de posture, en position assise ?**

Ainsi, une capacité de travail à 80%-100% dans une position adaptée n'est pas exigible dans la situation actuelle. Un réentraînement physique pourrait peut-être permettre d'améliorer l'endurance au niveau lombaire, mais pas avant 9-12 mois de réentraînement physique. »

Dans un avis médical du 19 mars 2014, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail et médecin auprès du SMR, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée devait atteindre 80 à 100 % de manière plausible et vraisemblable, et non pas 50 % sans perte de rendement comme indiqué par l'expert. Il déclarait ne pas être complètement convaincu par les explications du Dr P.\_\_\_\_\_, mais qu'il n'avait pas vu l'assuré. Le Dr R.\_\_\_\_\_ se ralliait donc aux conclusions de l'expert, tout en préconisant une révision au maximum un an plus tard.

Après examen du dossier par un juriste de l'OAI, le SMR a été invité à se prononcer une nouvelle fois sur ce cas. Dans un avis médical du 26 mai 2014, le Dr R.\_\_\_\_\_ a conclu à la nécessité de procéder à une expertise rhumatologique, afin de préciser la capacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles de l'assuré. Pour ce faire, l'OAI a mandé le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans son rapport d'expertise du 27 octobre 2014, ce dernier a posé les diagnostics suivants :

**« Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :**

- Psoriasis vulgaire et palmoplantaire (L40.0) depuis 2003
- Sensibilisation de type IV à lanoline et Amerchol (L23)
- Gonarthrose bicompartimentale du genou gauche (M17) avec : une gonarthrose fémoro-patellaire stade Iwano III et gonarthrose fémoro-tibiale interne stade Ahlback II, présente depuis 2006.
- Lombalgies sur arthrose facettaire L4-L5 et L5-S1 (M54.5) depuis 2005
- Méralgie paresthésique gauche (G57.1) présente depuis 2011.

**Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ?**

- Diabète de type II (E11), présent depuis 2009.
- HTA essentielle (I10) présente depuis ? »

Dans le cadre de l'appréciation du cas et du pronostic, l'expert s'est prononcé ainsi, dans la partie intitulée « Appréciation clinique » :

« Monsieur est âgé de [...] ans.  
Il est originaire du [...]. Il est venu en Suisse en [...].  
Dans notre pays, il a toujours travaillé comme aide de cuisine.  
Il s'est peu intégré car il parle très mal le français et il ne peut l'écrire.  
L'expertise s'est faite en présence d'un traducteur.

Il est marié et sa femme ne travaille pas.

Il ne travaille plus depuis 2009 et il est pris en charge par les services sociaux. Il me déclare qu'il a actuellement de gros problèmes pour faire renouveler son permis de séjour, car il n'a plus d'activité professionnelle.

La cause de l'arrêt de travail ne semble pas claire. Selon ses déclarations, il aurait perdu son travail à cause de son psoriasis au niveau des mains. Son patron ne trouvant pas propre de travailler dans une cuisine avec cette sorte de lésions cutanées.

Quoi qu'il en soit, Monsieur présente quatre diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.

**Premièrement** : un psoriasis cutané qui est bien contrôlé par un traitement par biologique (actuellement le Stelara®). Cette maladie présente une atteinte au niveau des mains qui contre-indique tout travail nécessitant l'emploi d'irritant (huiles minérales, peintures, produits détergeant).

L'étude du dossier, l'anamnèse et l'examen clinique permettent d'écartier le diagnostic de rhumatisme psoriasique.

**Deuxièmement** : une gonarthrose bicompartimentale qui s'aggrave d'année en année. Monsieur est limité pour ses déplacements et il est très gêné lorsqu'il doit monter ou descendre. Il présente également des douleurs nocturnes.

**Troisièmement** : des lombalgies sur arthrose des facettes articulaires. Les douleurs sont principalement présentes lors des efforts de port de charges et les mouvements répétés du rachis.

**Quatrièmement** : une meralgie paresthésique gauche probablement due à un relâchement important de la sangle abdominale. Monsieur ressent des fourmillements et des brûlures sur la face antérieure de la cuisse gauche lorsqu'il reste de bout en position statique ou assis sans bouger.

L'examen clinique permet de confirmer ces 4 diagnostics.

Je peux donc conclure que dans le travail d'aide de cuisine la capacité de travail est nulle de façon définitive, depuis 2009. Les diagnostics, évoqués ci-dessus, empêchent tout travail debout, tout port de charge de plus de 5 kilos et tous mouvements répétés du rachis. Le contact des mains avec de l'eau ou des produits détergents est également contre-indiqué.

Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles décrites ci-dessous, la capacité de travail est de 100 % dès 2009. Monsieur peut travailler assis avec la possibilité de changer de positions toutes les heures. Il garde une dextérité intacte au niveau des mains. Il faut également tenir compte qu'il ne parle pas le français et qu'il ne peut pas l'écrire.  
On peut admettre une diminution du rendement de 20 %.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

- Pas de port de charge de plus de 5 kilos.
- Pas de mouvements répétés du rachis en flexion et en extension.
- Ne pas devoir monter sur un échafaudage ou une échelle.
- Ne pas devoir marcher sur plus de 500 mètres.
- Ne pas devoir marcher sur un terrain irrégulier.
- Ne pas devoir se mettre à genou.
- Ne pas avoir de contact, avec les mains, avec de l'eau ou des produits irritants (détergent, huile minérale, peinture).
- Pouvoir changer de position toutes les heures. »

L'expert a également considéré que l'assuré avait une capacité de travail de 100 %, dès 2009, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'intéressé. Il ajoutait que le pronostic était réservé et qu'à titre de mesures professionnelles, des stages pour un emploi en petite mécanique semblaient envisageables.

Dans un avis médical du 4 novembre 2014, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin praticien auprès du SMR, a considéré que l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ confirmait les conclusions du rapport du SMR de 2009 [rapport médical du Dr D.\_\_\_\_\_ du 4 août 2009], soit « une LM fixée à mars 2009 », des diagnostics et des limitations fonctionnelles sensiblement identiques, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et une capacité entière dans une activité adaptée depuis 2009, la diminution de rendement de 20 % étant à considérer depuis 2009 dans une activité adaptée.

Par courrier du 13 novembre 2014 à l'OAI, l'assuré a relevé que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr S.\_\_\_\_\_ étaient non seulement nombreuses mais également sévères. Il requérait ensuite que l'OAI mette en œuvre très rapidement les stages pour un emploi en petite mécanique tels que préconisés par l'expert dans son rapport.

Le 24 novembre 2014, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision de refus de reclassement et de rente d'invalidité. À l'appui de ce projet de décision, l'autorité expliquait que l'activité habituelle de l'assuré en tant qu'aide de maison ou aide de cuisine n'était plus exigible depuis mars 2009. Elle exposait ensuite que selon les documents médicaux, une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % était exigible depuis mars 2009 dans une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles telles que décrites par le Dr S. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise. Selon l'OAI, tel était le cas d'une activité dans le domaine de l'industrie légère de la petite mécanique. Se fondant ensuite sur les statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires de 2010 pour calculer le taux d'invalidité, l'OAI a estimé que le revenu d'invalidé auquel l'assuré pouvait raisonnablement prétendre était aussi élevé que celui qu'il avait réalisé avant son atteinte à la santé et que dès lors son droit à une rente devait être nié. Enfin, l'OAI était d'avis que les conditions pour des mesures professionnelles n'étaient pas remplies.

Par courrier du 22 décembre 2014, l'assuré a fait part à l'OAI de son désaccord s'agissant de son projet de décision. Il considérait notamment qu'il était prématuré de vouloir déjà déterminer son degré d'invalidité et qu'il convenait plutôt d'attendre de voir ce que les mesures d'orientation professionnelle, de réinsertion et d'aide au placement de l'AI seraient susceptibles de lui procurer comme travail et par là-même comme revenu. Il requérait que l'OAI « mette entre parenthèses » son projet de décision, le temps pour lui de trouver un travail et de se procurer un revenu.

L'OAI a répondu à l'assuré en date du 6 janvier 2015, lui expliquant qu'au vu du résultat de la comparaison entre le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé, il n'y avait pas de préjudice économique. Il ajoutait que selon la jurisprudence, le droit au reclassement présupposait que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20 % environ. En conséquence, le droit au reclassement n'était selon lui pas ouvert. L'OAI n'allait donc pas « mettre entre parenthèse » son préavis.

Dans sa lettre du 13 janvier 2015 à l'OAI, l'assuré a soutenu que sans l'aide au placement, il n'était pas possible de fixer le revenu d'invalidé tel que calculé par l'OAI. Il était donc d'avis qu'à ce stade, il n'y avait aucune raison pour que l'autorité ne sursoie pas à son projet de refus de rente, le temps que l'assuré puisse voir quel travail il pouvait vraiment trouver et pour quel revenu.

Par courrier du 20 janvier 2015, l'OAI a rappelé que selon la jurisprudence, l'octroi de l'aide au placement entraine en considération lorsque l'assuré était entravé dans sa recherche d'un emploi adapté en raison du handicap découlant de son état de santé. L'invalidité ouvrant droit au service de placement supposait donc que les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié par ses propres moyens soient dues à son état de santé et il fallait ainsi, selon l'OAI, qu'il y ait un lien de causalité entre l'invalidité et la nécessité d'une aide au placement. En l'occurrence, l'autorité considérait qu'il était tout à fait possible pour l'assuré de rechercher une activité adaptée sans une mesure d'aide au placement. Se référant à son courrier du 20 mars 2012, l'OAI relevait que l'assuré ne faisait aucunement mention de sa motivation à soutenir activement les démarches de placement et que les conditions d'aide au placement et/ou de placement à l'essai n'étaient donc pas remplies. L'OAI précisait toutefois que sur demande, il accorderait à l'assuré une séance d'information au placement.

Par décision du 20 janvier 2015, l'OAI a refusé la demande de reclassement et de rente d'invalidité. À l'appui de cette décision, il a réitéré les arguments développés dans le cadre de son projet de décision du 24 novembre 2014 et considéré que les conditions du droit à la rente ainsi qu'à des mesures professionnelles n'étaient pas réalisées.

**C.** Par acte du 19 février 2015, W.\_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 20 janvier 2015, concluant principalement à l'annulation de celle-ci et au renvoi de la cause à l'intimé pour que ce dernier mette en œuvre une expertise auprès d'un COPAI [Centre d'observation professionnelle de l'AI] en rende ensuite une nouvelle

décision. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour que ce dernier mette en œuvre une aide au placement et qu'après exécution de cette mesure, il détermine son taux d'invalidité. À l'appui de cette écriture, le recourant invoque que son cas a été instruit de manière incomplète et fait valoir une violation des art. 18 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et 16 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]. Il considère qu'avec toutes les limitations fonctionnelles retenues par le Dr S.\_\_\_\_\_, il est vraiment difficile de savoir quel genre d'activité serait éventuellement possible pour lui et qu'une « activité de l'industrie légère, de la petite mécanique » telle que décrite par l'OAI n'est qu'une affirmation non-motivée et une fenêtre sur une activité très fermée. Il ajoute que le COPAI est là pour compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure et dans quel genre d'activité il est à même de mettre en valeur sa capacité théorique de travail. En outre, il est d'avis qu'au vu des contradictions entre l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ et celle du Dr S.\_\_\_\_\_, l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise auprès du COPAI. L'assuré estime de surcroît que dans la mesure où les deux experts de l'OAI ont retenu une incapacité de travail de 100 % dans son métier d'aide de cuisine, il présente une incapacité de travail justifiant une aide au placement selon l'art. 18 al. 1 LAI. Enfin, il considère que puisque la mesure au placement n'a pas encore eu lieu dans son cas, l'évaluation de son invalidité est prématurée au regard de l'art. 16 LPGA.

Dans sa réponse du 24 mars 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il considère, en substance, que le rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ offre toutes les qualités requises pour se voir reconnaître pleine valeur probante et qu'il était donc fondé à faire sienne les conclusions dudit rapport. Reprenant les limitations fonctionnelles retenues par cet expert, l'intimé est d'avis que celles-ci, bien que nombreuses, ne s'opposent manifestement pas à une activité dans une industrie légère de petite mécanique, qui serait pleinement accessible au recourant. L'OAI ajoute que ce type d'activité

représente une proportion significative des activités englobées dans la catégorie statistique prise en compte dans la détermination du revenu d'invalidité et que les limitations très spécifiques liées au psoriasis ne concernent quant à elle qu'un nombre limité d'activités et ne changent rien à l'appréciation de l'autorité. Cette dernière estime donc que la mise en œuvre d'une évaluation par un COPAI n'est pas nécessaire. S'agissant de la violation de l'art. 18 al. 1 LAI invoquée par le recourant, l'OAI renvoie au courrier envoyé à l'assuré en parallèle à la décision querellée [soit le courrier du 20 janvier 2015] détaillant les raisons pour lesquelles il considère que l'article précité a été respecté. Pour ce qui est de la violation alléguée de l'art.16 LPGA, l'OAI rappelle que l'aide au placement consiste en un soutien apporté à l'assuré par l'administration dans ses recherches d'emploi par diverses mesures mais que l'assuré n'en reste pas moins l'acteur principal de cette démarche, de sorte que son implication personnelle en est l'élément central. L'intimé indique ensuite que compte tenu de sa nature, cette prestation n'est pas un facteur influençant le taux d'invalidité, l'aboutissement d'une recherche d'emploi étant soumis à la conjecture économique et le taux d'invalidité se déterminant en fonction d'un marché du travail équilibré, soit de manière théorique.

Le recourant a déposé une réplique en date du 8 avril 2015, dans laquelle il confirme les conclusions prises à l'appui de son recours. En substance, il reproche à l'OAI de ne tenir compte que de l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_, qui prévoit une capacité de travail dans une activité adaptée de 100 % avec une diminution de rendement de 20 %, et pas de l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, qui parle d'une capacité de 50 % dans une activité adaptée. Ces deux experts n'arrivant pas à la même conclusion s'agissant de la capacité résiduelle de travail, une observation auprès d'un COPAI aurait dû être mise sur pied, selon le recourant. Concernant la violation de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré estime que l'intimé ne se prononce pas réellement sur cet argument, se contentant de renvoyer à son courrier du 20 janvier 2015, lequel ne détaille pas vraiment les raisons pour lesquelles l'OAI refuse l'aide au placement. Le recourant conteste enfin, sous l'angle de l'art. 16 LPGA, la position de l'OAI consistant à dire que l'aboutissement

d'une recherche d'emploi est soumis à la conjoncture économique et que le taux d'invalidité se détermine en fonction d'un marché du travail équilibré, soit de manière théorique. Il est d'avis que « la conjoncture économique étant, en Suisse, ce qu'elle est, c'est-à-dire une situation dans laquelle le marché du travail est quasiment équilibré, le recours pour la détermination du taux d'invalidité à la notion de "marché du travail équilibré" n'a plus, dans cette situation économique, de raison d'être, le fait pour un assuré atteint dans son état de santé de pouvoir, après plusieurs mois de recherche, trouver ou pas un travail approprié à ses nombreuses limitations, disant beaucoup de choses sur ce que sont, en termes de perte de gain, les conséquences de ses problèmes de santé ».

Dans sa duplique du 5 mai 2015, l'OAI a confirmé ses conclusions. Il admet au surplus avoir fait prévaloir les conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_ sur celles du Dr P.\_\_\_\_\_. Il explique qu'il a suivi l'appréciation du SMR selon laquelle l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ souffrait de discordances et d'un déficit de motivation persistants, malgré les précisions demandées à l'expert, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. C'est la raison pour laquelle, affirme l'OAI, qu'une seconde expertise a été réalisée par le Dr S.\_\_\_\_\_, dont le rapport a été jugé cohérent et motivé par l'intimé. Il renvoie en outre à la motivation développée dans ses écritures précédentes, ajoutant que c'est la première fois depuis le 20 mars 2012 que le recourant laisse entendre qu'il serait entré dans une démarche de recherche d'emploi. Il ajoute que si cette motivation et le comportement actif qu'elle suggère sont confirmés, la question de l'aide au placement pourra être « remise sur la table ».

**D.** En parallèle, le recourant a déposé une demande d'assistance judiciaire le 19 février 2015 au moyen du formulaire idoine. Par décision du 20 février 2015, la juge instructrice lui a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire, l'exonérant d'avances, de frais judiciaires et de toute franchise mensuelle, et lui nommant un avocat d'office en la personne de Me Jean-Marie Agier. Invité à déposer sa liste des opérations dans le cadre de la présente affaire, ce dernier a indiqué par courrier du 8

octobre 2015 qu'il s'en remettait à justice pour fixer la quotité de ses dépens en cas d'admission du recours et qu'il renonçait à toute indemnité en cas de rejet.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Conformément à ce que prévoit l'art. 61 LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

**c)** En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Est litigieux dans le cas particulier le droit de W. \_\_\_\_\_ à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier le droit à des mesures d'ordre professionnel et le droit à une rente. Le litige s'inscrit dans le contexte d'une nouvelle demande de prestations AI, faisant suite à une décision de refus de rente du 22 septembre 2009, au motif que le taux d'invalidité de l'assuré ne lui ouvrirait pas le droit à une rente.

**3. a)** En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force (ATF 135 V 215).

Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines

conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4 et 5).

**b)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel

Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

**c)** Par ailleurs, selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

**4. a)** Au vu de ce qui précède, il s'agit donc de déterminer si une aggravation de l'état de santé du recourant est effectivement intervenue depuis la décision de refus de prestations du 22 septembre 2009, laquelle reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves et des circonstances régnant à l'époque de cette décision. Dans ce cadre, il conviendra également de déterminer si l'OAI a procédé à une instruction complète de la cause, notamment sous l'angle de la question d'une expertise auprès d'un COPAI, ainsi que d'examiner si l'autorité a mis en œuvre les mesures de réadaptation qui doivent être tentées avant l'éventuel examen du droit à la rente. Avant d'examiner plus avant ces questions, il convient toutefois de rappeler les éléments suivants.

**b)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

**c)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 LAI, signifie que la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Valterio, op. cit., n° 2016 p. 532 et réf. cit.). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation

qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, op. cit., n° 2018 p. 533 et réf. cit.).

**d)** S'agissant plus particulièrement du placement, l'art. 18 al. 1 LAI prévoit que l'assuré présentant une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié ainsi qu'à un conseil suivi afin de conserver un emploi. L'aide au placement entre donc en considération lorsque l'assuré est entravé dans sa recherche d'emploi adapté en raison de son handicap découlant de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a ). Toute personne en incapacité de travail, mais apte à la réadaptation peut ainsi profiter du placement. Il faut toutefois qu'il existe un lien de causalité entre l'incapacité de travail et la nécessité de recourir à un placement (cf. également TFA I 409/98 du 19 novembre 1998 in : VSI 2000 p. 71 consid. 2b). Tel ne sera notamment pas le cas lorsque la recherche d'une place de travail est rendue difficile pour d'autres raisons que le handicap (manque de places disponibles sur le marché du travail, âge de l'assuré, le fait qu'il parle une langue étrangère etc.). En particulier, les difficultés d'un assuré qui ne trouve pas d'embauche en raison de la conjoncture économique ne sont pas dues à son atteinte à la santé et n'oblige pas l'AI à assumer le service de placement (TFA I 478/98 du 14 mai 1999 in : VSI 2000 p. 73 consi. 1c). De surcroît, le devoir de réduire le dommage vaut également à l'égard du placement. Une telle mesure n'est ainsi pas envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré, qui doit entreprendre personnellement les démarches de recherche d'emplois et soutenir activement les efforts de l'office AI pour trouver un emploi. Il n'aura donc pas droit au placement lorsqu'on peut raisonnablement admettre qu'il serait en mesure de surmonter son handicap. En outre, l'office AI pourra suspendre ou mettre fin au service de placement lorsque l'assuré entrave ou empêche la réadaptation, par exemple lorsqu'il compromet le résultat du placement par sa propre faute, lorsqu'il fait preuve de passivité dans ses recherches d'emploi ou lorsqu'il ne manifeste aucun intérêt à être placé sur le marché du travail (Valterio, op. cit., n° 1721 et 1722 p. 462 s et réf. cit.).

**5. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 d'un rapport médical, 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\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**b)** Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI, les COPAI, dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. Cet examen concerne avant tout les assurés qui se déclarent incapables de travailler et prétendent à une rente, mais pour lesquels une réadaptation dans l'économie libre paraît exécutable, compte tenu d'une atteinte à la santé relativement faible. Il vise aussi ceux qui ont une capacité résiduelle de travail médicalement attestée, mais que l'office AI n'est pas en mesure d'objectiver pour un domaine particulier. Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (Valterio, op. cit., n° 2608 et 2609 p. 699 s et réf. cit.). Dans les cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Il n'en demeure pas moins que les informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TF I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 ; I 606/01 du 20 mars 2002, consid. 3a ; I 481/00 du 19 juin 2001, consid. 2b). Ainsi, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et des répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1).

De plus, avant d'ordonner un séjour d'observation professionnelle dans un COPAI, ou tout autre séjour d'examen professionnel, les conditions suivantes doivent être remplies :

- la situation médicale qui conditionne les questions d'ordre professionnel a été qualifiée de suffisamment éclaircie par le SMR ;
- la capacité de réadaptation ou de travail n'a pas pu être déterminée de façon suffisamment claire lors de l'examen ambulatoire effectué par l'office AI ou un autre organe spécialisé. Dans le cadre de cet examen, on a contacté l'ancien employeur afin de recueillir des indications sur le genre d'activité précédemment exercée, sur l'organisation concrète du poste de travail, sur le comportement professionnel ainsi que sur les aménagements possibles au sein de l'entreprise. Si des éléments demeurent obscurs, le COPAI doit pouvoir demander des précisions, raison pour laquelle il faut lui indiquer la personne qui a effectué le pré-examen professionnel (Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité, valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, état au 1<sup>er</sup> janvier 2015).

**6. a)** En l'espèce, il convient tout d'abord de constater que le rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ offre toutes les qualités requises au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 5) pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, le recourant se bornant du reste à reprocher à l'OAI de ne pas avoir tenu compte du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_. Or l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ est claire et convaincante s'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée, contrairement à celle du Dr P.\_\_\_\_\_, qui n'explique pas réellement pour quelle raison la capacité résiduelle de travail dans un environnement adapté ne serait que de 50 %. À l'instar de l'OAI, qui se fonde sur l'appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_, il convient donc d'admettre que la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée est de 100 % avec une diminution de rendement de 20 %.

**b)** Le recourant soutient qu'il aurait dû bénéficier d'une mesure de placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI, dans la mesure où il présente une incapacité de travail de 100 % dans son métier d'aide de cuisine, incapacité qui justifierait l'octroi de cette mesure. Toutefois, l'art. 18 al. 1 LAI fait expressément référence à l'incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA. Même si le Conseil fédéral, dans son message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (5e révision de l'AI), a indiqué que tous les chômeurs ne pouvant plus exercer leur activité antérieure pour raisons de santé auraient ainsi droit à un placement par l'AI, cela ne signifie pas que seul l'art. 6 première phrase LPGA entre en considération dans le cadre de l'art. 18 al. 1 LAI. Au contraire, on doit aussi tenir compte de l'art. 6 seconde phrase LPGA en cas d'incapacité de travail de longue durée (TF 9C\_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.7).

En l'espèce, le recourant présente dans son activité antérieure d'aide de cuisine une incapacité de travail totale de longue durée en raison de ses atteintes dermatologiques. En revanche, il dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, qui peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Au regard de l'art. 6 seconde phrase LPGA, le recourant n'a donc pas d'incapacité de travail. Il s'ensuit que le droit à une aide au placement selon l'art. 18 al. 1 LAI n'entre en principe pas en considération, étant toutefois précisé que l'OAI laisse ouverte la possibilité d'un réexamen de sa position en cas de motivation et de comportement actif de l'assuré en vue des démarches de placement. Le recours est donc mal fondé sur ce point.

**c)** Le recourant reproche également à l'intimé d'avoir procédé à une instruction incomplète puisque selon lui, au vu des contradictions entre les deux expertises, il aurait fallu mettre en œuvre une évaluation auprès d'un COPAI. Cela se justifiait d'autant plus d'après l'assuré que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr S.\_\_\_\_\_ ne permettraient pas de déterminer quel genre d'activité pourrait être exercé.

On constate, dans un premier temps, que la situation médicale, en particulier sous l'angle des atteintes et des limitations fonctionnelles du recourant, a été suffisamment établie. Cela étant dit, un doute subsiste quant aux possibilités concrètes de l'assuré s'agissant de l'alternance des postures, problématique soulevée par le Dr P.\_\_\_\_\_, dont on ne saurait faire totalement abstraction. En effet, dans un premier temps, le Dr P.\_\_\_\_\_ soutient que dans une activité sédentaire, où le recourant peut rester assis statique et où il peut avoir des changements de postures, il y a peu de limitations de son activité professionnelle, ce qu'il a corrigé par la suite en ce sens qu'il y a « peu de limitations dans la posture ». Puis, interpellé à nouveau par l'OAI, le P.\_\_\_\_\_ indique que les postures en long-court deviennent difficiles et qu'en position assise, à cause d'un côté des lombalgies basses et du changement postural, « cela devient difficile à cause de la gonarthrose ». Il ajoute que dans le changement postural, il faut, « comme noté dans l'évaluation des capacités fonctionnelles, que la position debout stationnaire ne soit qu'occasionnellement possible, de même que la position debout penchée occasionnelle, mais ceci rend l'alternance de posture difficile ». Ce médecin souligne cependant qu'un réentraînement physique pourrait peut-être permettre d'améliorer l'endurance au niveau lombaire (cf. courrier du 3 mars 2014). Quant au Dr S.\_\_\_\_\_, il ne se prononce pas réellement sur cette question, se limitant à mentionner que l'assuré peut travailler assis avec la possibilité de changer de position toutes les heures (cf. p. 14 du rapport d'expertise). Cet aspect doit par conséquent faire l'objet d'un complément d'instruction.

Il s'agira également dans ce contexte de préciser la capacité de réadaptation du recourant sous l'angle dermatologique. En effet, W.\_\_\_\_\_ est au bénéfice depuis 2012 d'un nouveau traitement à base de Stelara, médicament puissant susceptible d'engendrer des effets indésirables dans le cadre des activités que l'assuré est capable de réaliser (cf. à ce propos le chapitre consacré aux effets indésirables de ce médicament sur le site <https://compendium.ch/mpro/mnr/21985/html/fr>).

**d)** Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que sur le plan médical, la situation a été correctement instruite par l'intimé mais qu'il subsiste toutefois un doute s'agissant des capacités concrètes de réadaptation du recourant au niveau de l'alternance des postures, du réentraînement physique et du nouveau traitement dermatologique, dont on ignore les conséquences sur les possibilités d'activités effectivement réalisables par l'assuré. En complément de l'appréciation médicale, il convient dès lors d'instruire ces éléments au moyen de la mise en œuvre d'une évaluation au sein d'un COPAI.

**7. a)** En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants qui précèdent et qu'il rende une nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. à la charge de l'OAI, qui succombe, cette somme couvrant celle revenant à l'avocat d'office.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 20 janvier 2015 est annulée et la cause lui est renvoyée pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 W. \_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cent francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier (pour W. \_\_\_\_\_), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :