

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 juin 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à **K.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA, 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, manœuvre dans la construction, sans formation, a interrompu son activité sur les chantiers en mai 2000 en raisons de lombalgies.

Le 21 juin 2001, l'assuré a déposé sa première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant souffrir de « spondylolisthesis stade I ».

Dans un rapport du 6 juillet 2001, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques persistantes non spécifiques, existant depuis le mois de janvier 2000 environ (troubles statiques et spondylolisthesis du 1<sup>er</sup> degré L4-L5 sur lyse isthmique L5 probablement bilatérale et dysbalances musculaires importantes à prédominance lombo-pelvo-crurale) et hypermobilité articulaire généralisée probable. Il a conclu que la capacité de travail de l'assuré comme manœuvre de chantier ou d'usine était nulle et que, dans une activité adaptée, la capacité de travail devrait être déterminée en fonction de l'évolution de la situation personnelle du patient. Il a ajouté que le recourant souffrait d'un état anxio-dépressif réactionnel, récidivant, sans répercussion sur sa capacité de travail.

Le 19 décembre 2002, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire (ostéoarticulaire/psychiatrique) au Service médical régional AI (ci-après : SMR), par les Drs C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 10 février 2003, ces médecins ont posé les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) chez une personnalité émotionnellement labile à traits hypocondriaques et caractériels ; syndrome lombo-vertébral modéré sur

spondylolisthésis L4-L5 de degré 1 et trouble somatoforme douloureux secondaire.

Dans un rapport d'examen SMR du 10 février 2003, le Dr H.\_\_\_\_\_ a relevé que l'examen SMR avait mis en évidence un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne qui limitait la capacité de travail exigible à 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles biomécaniques et que, d'un point de vue psychiatrique, l'assuré n'était pas à même de suivre une réadaptation professionnelle. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a conclu que les troubles thymiques avaient habituellement un bon pronostic, raison pour laquelle elle a proposé de demander une révision dans deux ans lors de laquelle le dossier devrait être examiné par le SMR.

Le 18 mars 2003, l'OAI a notifié à l'assuré une décision lui reconnaissant le droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 2001. L'OAI a notamment relevé que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, correspondant à une capacité de gain annuelle moyenne estimée à 25'636 francs. Sur cette base, il a retenu que l'assuré avait un degré d'invalidité de 52,55%.

**b)** En mai 2005, l'OAI a initié une procédure de révision d'office de la rente et a transmis à cet effet un questionnaire à l'assuré. Le 13 mai 2005, l'assuré a retourné à l'OAI le questionnaire dans lequel il a indiqué que son état de santé était toujours le même et qu'il était suivi par le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale.

Le 26 juillet 2005, le Dr S.\_\_\_\_\_ a envoyé un rapport à l'OAI dans lequel elle a posé les diagnostics suivants :

« *A.1. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :*

- Lombalgies persistantes avec sciatalgies D[droites] et syndrome lombovertébral récurrents dans le cadre de :
  - troubles statiques avec anomalie transitionnelle, troubles dégénératifs et spondylolisthésis de grade I à II de L4/L5 sur spondylolyse de L5.

Les lombalgies évoluent depuis le début 2000.

- Trouble dépressif et anxieux chez une personnalité émotionnellement labile à traits hypocondriaques et caractériels

2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- PSH [Périarthrite scapulo-humérale] G[gauche] récurrente
- Status après rupture du LCA et contusion du genou G (accident du 02.08.03) ».

Au terme de son rapport, elle a indiqué que l'assuré avait débuté une activité saisonnière de bateleur, contrôleur de billet à la Compagnie N.\_\_\_\_\_, laquelle impliquait notamment le nettoyage de bateaux et ne paraissait dès lors pas adaptée.

Par décision du 7 novembre 2005, l'OAI a constaté que le taux d'invalidité de l'assuré n'avait pas changé et lui a confirmé le maintien de son droit à une demi-rente calculée sur une invalidité fixée à 53%.

**c)** Dans une communication interne du SMR du 19 septembre 2007, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré pouvait reprendre une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ; en effet, la capacité de travail était réduite à 50% dans une activité adaptée pour des raisons psychiques, mais vu la demande conjointe de l'assuré et de son employeur, elle en a déduit que le trouble psychique était en rémission. Sur le plan somatique, la capacité était donc exigible à 100% dans une activité adaptée.

Selon une communication interne de l'OAI du 20 septembre 2007, l'assuré - après avoir travaillé de manière ponctuelle (pendant les mois d'été) pour la Compagnie N.\_\_\_\_\_ - se voyait proposer un contrat de durée indéterminée à 100% par cet employeur. Il ressortait également que la Compagnie N.\_\_\_\_\_ avait pris contact avec l'OAI afin de s'assurer que l'activité hivernale était compatible avec les limitations fonctionnelles de l'assuré et que la reprise d'une activité à temps complet se déroulerait dans les meilleures conditions.

Par décision d'indemnité journalière du 11 octobre 2007, l'OAI a informé l'assuré que sa rente serait fermée (sic) avec effet au 31 décembre 2007, que par conséquent il avait droit à une indemnité journalière réduite pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2007 au 31 décembre 2007 à concurrence de 106 fr. 40 et qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, la rente serait remplacée par une indemnité non-réduite de 149 francs.

Selon un avis juriste de l'OAI du 30 mars 2009, l'assuré avait été engagé à 100% depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008 auprès de la Compagnie N. \_\_\_\_\_ à la suite d'une amélioration de son état de santé. Le juriste concluait que l'assuré était réadapté à satisfaction et que le préjudice économique de celui-ci n'ouvrait pas le droit à une rente.

**d)** Le 26 octobre 2009, l'assureur perte de gain maladie de la Compagnie N. \_\_\_\_\_ a déposé un formulaire de détection précoce au nom de l'assuré. Il a indiqué que ce dernier était en incapacité de travail totale depuis le 24 août 2009 en raison de lombalgies aiguës. Il a produit en annexe des certificats médicaux du Dr S. \_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail jusqu'au 30 octobre 2009 ainsi qu'un rapport du 7 octobre 2009 de cette médecin à l'assureur maladie de l'assuré.

Sur proposition de l'OAI, l'assuré a déposé une demande de prestations AI le 27 janvier 2010. Il a précisé souffrir de « problèmes de dos, hernie ». Puis, selon un compte rendu d'entretien du 26 février 2010 de l'OAI, l'assuré était spontanément venu annoncer sa reprise d'emploi depuis le 1<sup>er</sup> février 2010 auprès de la Compagnie N. \_\_\_\_\_ et ne souhaitait en conséquence pas que l'instruction de sa demande AI soit poursuivie.

Dans un rapport du 30 mars 2010, le Dr X. \_\_\_\_\_ du SMR a constaté que l'assuré avait repris son activité professionnelle à 100% dès le 1<sup>er</sup> février 2010 et que l'exigibilité dans l'ancienne profession était donc de 100%. Sur cette base, par décision du 15 juin 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 27 janvier 2010, dès lors que l'assuré avait pu reprendre son emploi habituel à temps complet dès le 1<sup>er</sup> février 2010.

**e)** Le 3 mai 2011, la Compagnie N.\_\_\_\_\_ a adressé un nouveau formulaire de détection précoce à l'OAI au nom de l'assuré, en raison des absences répétées de ce dernier pour des problèmes de dos.

Dans une communication interne du 29 juin 2011, l'OAI a relevé qu'au vu des arrêts de travail réguliers de l'assuré, il conviendrait de se poser la question de la réelle adéquation de l'activité exercée aux limitations fonctionnelles, notamment au regard du rapport du 24 mars 2010 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Selon ce rapport, l'assuré lui avait été adressé pour une prise en charge rééducative, laquelle avait été effectuée du 4 au 22 janvier 2010. A la question de savoir dans quelle mesure et avec quel profil du point de vue des charges l'assuré pourrait travailler, le Dr J.\_\_\_\_\_ avait répondu ce qui suit : « activité adaptée évitant les ports de charges, ne dépassant pas 10 kg ainsi que les postures statiques prolongées, le patient pourrait fonctionner à 50% ».

Par courrier du 3 août 2011, l'OAI a fait part à l'assuré de ses doutes quant à l'adéquation à ses limitations fonctionnelles de son métier auprès de la Compagnie N.\_\_\_\_\_, en relevant que son employeur avait confirmé ne pas pouvoir adapter son poste de travail de manière plus optimale ou envisager un changement d'affectation durant la période de l'année où les arrêts de travail étaient fréquents.

Par courrier du 22 août 2011, la Compagnie N.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assuré avait principalement des difficultés à assumer l'activité de la saison hivernale (l'atelier zodiac) laquelle engendrait des contraintes physiques. Elle a relevé que si l'assuré pouvait avoir un soutien pour cette tâche qu'il assumait difficilement hors belle saison, elle pourrait avoir des garanties sur la pérennité de son activité au sein de la société.

Dans un rapport du 7 mai 2012, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait

savoir au Dr S. \_\_\_\_\_ qu'il avait rencontré l'assuré le 2 mai 2012. Il a fait l'appréciation suivante de la situation :

« Les clichés dynamiques montrent une ankylose spontanée entre L4-L5, certes dans une position cyphotique. Un geste chirurgical de réduction et de stabilisation est en théorie possible. Néanmoins, ce patient ne présente pas de symptômes liés à sa sténose foraminale et on prend un pari de modifier l'ankylose spontanée vers une spondylodèse qui peut être sera en position meilleure radiologiquement. Les risques d'échec pour les lombalgies ne sont pas loin de 40% si nous suivons la littérature. Ceci est également mon expérience personnelle. Par contre, s'il présente des radicualgies, nous avons au moins 80% de chance de lui améliorer les douleurs.

Pour l'instant, je pense que l'indication opératoire est plutôt médiocre, même si l'imagerie est impressionnante.

J'ai proposé au patient de le revoir dans 6 à 12 mois pour refaire un nouveau cliché pour confirmer que la situation est tout à fait stabilisée et qu'il n'y a pas de destruction osseuse ou de déplacement avec le temps, ce qui me paraît en théorie peu probable. »

**f)** Le 29 septembre 2012, l'assuré a eu un accident.

Par courrier du 6 juin 2013 au médecin conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), le Dr S. \_\_\_\_\_ a résumé les suites de l'accident en ces termes :

« Je suis en tant que médecin traitant le patient susnommé depuis plusieurs années.

Monsieur D. \_\_\_\_\_ qui est âgé de 42 ans exerçait l'activité professionnelle d'employé à la Compagnie N. \_\_\_\_\_, avec une activité de timonier en été, et d'employé sur les chantiers à la maintenance des bateaux en hiver. Il a été victime en 2003 d'un accident avec chute dont il a résulté un traumatisme du genou G avec à l'IRM une déchirure du ligament croisé antérieur s'accompagnant d'une contusion osseuse et d'un épanchement articulaire. Le traitement a été conservateur.

Il a présenté un nouvel accident le 29 septembre avec un lâchage du genou dont il a résulté une lésion méniscale en anse de seau qui a motivé une arthroscopie du genou G pour suture de lésion méniscale le 11 octobre 2012 par le Dr R. \_\_\_\_\_ - à F. \_\_\_\_\_. Les suites de cette intervention ont été marquées par des douleurs invalidantes et par l'aggravation d'une instabilité antérieure de grade III sur déchirure du LCA. Finalement le Dr R. \_\_\_\_\_ est réintervenu sur ce genou le 04 décembre 2012 et a réalisé une reconstruction des ligaments croisés antérieurs à l'aide des tendons ischio-jambiers, sous arthroscopie.

Depuis lors l'évolution a été marquée par des douleurs invalidantes et persistantes, avec un épanchement persistant et une limitation fonctionnelle articulaire. Les douleurs sont localisées au compartiment interne du genou G ainsi que dans la région paratrotulienne interne mais aussi sur le compartiment externe.

Le Dr R. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail était de 50% à partir du 18 mars 2013 dans une activité allégée, puis de 100% à compter du 1<sup>er</sup> avril 2013.

Monsieur D. \_\_\_\_\_ s'est présenté sur son lieu de travail le 18 mars. Il a à nouveau été affecté à la maintenance des bateaux, activité qui impose le maintien de postures défavorables et notamment à genoux ce qui actuellement n'est tout simplement pas possible. 48 heures plus tard, son licenciement lui a été signifié pour fin juillet 2013.

Il est clair que Monsieur D. \_\_\_\_\_ n'a pas retrouvé sa capacité de travail antérieure dans l'activité d'ouvrier sur un chantier naval. J'ai contacté par le téléphone le Dr R. \_\_\_\_\_ qui m'a confirmé que cette capacité de 50% était limitée à une activité adaptée. Il a estimé que l'employeur n'avait qu'à fournir à l'assuré un travail adapté.

Je vous ai adressé en date du 1<sup>er</sup> mai une copie de la lettre que j'avais envoyée au Dr R. \_\_\_\_\_ dans laquelle je recommandais la poursuite du traitement de rééducation pour améliorer les capacités fonctionnelles du patient et j'avais recommandé d'envisager une hospitalisation à la clinique de la SUVA. Aucune suite n'a été donnée à ce courrier, et en date du 24 mai 2013, le patient a été informé que la SUVA cessait de lui octroyer toutes prestations.

Je vous serais donc reconnaissante de bien vouloir convoquer ce patient pour un examen médical.

Précisons que d'autre part la situation s'est dégradée au cours des derniers mois en ce qui concerne les lombalgies chroniques dont il souffre, qui relèvent de troubles dégénératifs. Il est en effet connu pour une discarthrose L4-L5 protrusive dans un contexte de spondylolisthésis de grade II de L4 sur L5 sur spondylolyse de L4 bilatérale. Le patient a déjà été examiné à 2 reprises dans le service du Professeur T. \_\_\_\_\_, où une intervention chirurgicale de stabilisation a été proposée, mais que le patient pour l'instant ne souhaite pas préférant poursuivre les mesures conservatives. »

Le 18 mars 2013, l'assuré s'est présenté sur son lieu de travail. Le 20 mars 2013, la Compagnie N. \_\_\_\_\_ l'a licencié pour fin juillet 2013.

**B. a)** Le 20 juin 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en indiquant être en incapacité de travail totale depuis le 29 septembre 2012, signalant souffrir de problèmes lombaires et de genou. A l'appui de cette demande, le Dr S. \_\_\_\_\_ a établi un rapport du 12 juillet 2013 destiné à l'OAI. Elle y a expliqué que depuis 2009, la

situation de l'assuré s'était péjorée avec une aggravation de son état de santé nécessitant des arrêts de travail de plus en plus fréquents.

**b)** Le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à la CNA, a examiné le patient à l'agence. Dans son rapport du 23 juillet 2013, il a relevé ce qui suit :

#### « 4. Constatations

Il s'agit d'un patient de 42 ans, trapu et bien musclé, à la thymie légèrement abaissée, en état général conservé.

##### **Genou gauche :**

Il n'y a pas de perturbation des épreuves de marche.

L'accroupissement s'interrompt assez vite mais il est symétrique.

En station debout, le patient se tient en charge équivalente des MI qui paraissent normo-axés. Il n'y a pratiquement pas d'amyotrophie de la cuisse G.

En décubitus dorsal, le genou G s'étend complètement. Il est calme et ne présente aucun signe réactif local. La mobilisation s'effectue librement. La flexion est complète.

Il n'y a pas de signes méniscaux vrais ni de signes rotuliens nets.

Il n'y a pas de laxité résiduelle notable.

Le quadriceps a un bon tonus et une bonne force.

#### **5. Appréciation**

(...).

Actuellement le patient dit qu'il n'est pas bien remis. Il a des douleurs à la face antérieure du genou. Il boite. Il est limité dans ses déplacements. La nuit, il doit maintenir son genou en légère flexion pour ne pas avoir de douleurs. Il a aussi vu ses douleurs lombaires s'aggraver.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient trapu et bien musclé qui ne semble avoir aucune limitation fonctionnelle notable.

Objectivement le genou G est calme et ne présente aucun signe réactif local. La mobilisation s'effectue librement. La mobilité est complète. Il n'y a pas de signes méniscaux vrais ni de signes rotuliens nets. Il n'y a pas de laxité résiduelle notable. Le quadriceps a un bon tonus et une bonne force. Il n'y a pratiquement pas d'amyotrophie de la cuisse G.

Une pleine capacité de travail a été reconnue au patient dès le 01.04.2013.

Licencié, celui-ci a immédiatement émis des réserves à ce sujet que la Dresse S.\_\_\_\_\_ a relayées. On va donc adresser le patient à la

Clinique G. \_\_\_\_\_ en vue d'un complément de rééducation et d'une observation stationnaire et multidisciplinaire.

(...). »

Du 30 juillet au 21 août 2013, l'assuré a séjourné à la Clinique G. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 30 août 2013, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et chirurgie orthopédique à la Clinique G. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics suivants :

« **DIAGNOSTICS PRINCIPAUX**

Thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies gauches.

**DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES**

- Gonalgies gauches non spécifiques
- Entorse du genou gauche le 29.09.2012
- Probable petite déchirure radiaire de la corne postérieure du ménisque interne
- Chondromalacie de la rotule
- OP le 04.12.2012 : reconstruction du LCA aux ischio-jambiers
- OP le 12.10.2012 : suture du ménisque interne effectuée
- Contusion du genou gauche, avec déchirure du LCA en 2003, traitée conservativement
- Lombalgies chroniques
- Troubles dégénératifs lombaires. »

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a estimé que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable sur la base des éléments objectifs à disposition qui étaient rassurants (examen clinique, IRM, laximétrie). En revanche, les éléments contextuels non médicaux étaient selon lui susceptibles de ralentir la réinsertion professionnelle.

**c)** Dans son rapport du 2 septembre 2013 à l'OAI, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail :

« Lombalgies persistantes avec syndrome lombo-vertébral récurrent et sciatalgies D[roites] à G[auches] à bascule, de topographie L5, dans le cadre de :

- Trouble statiques avec anomalie transitionnelle, troubles dégénératifs sévères et spondylolisthésis de grade II de L4/L5 sur spondylolyse bilatérale de L4 (depuis de nombreuses années, avec exacerbation en janvier 2000)

Gonalgies G persistantes dans le cadre de troubles dégénératifs

- Status après reconstruction des ligaments croisés antérieurs à l'aide des tendons ischio-jambiers sous arthroscopie (depuis le 04.12.2012)

Status après arthroscopie du genou G pour suture de lésion en anse de seau (depuis le 11.10.2012)

Status après rupture du LCA et contusion du genou G post-traumatique (depuis le 02.08.2003)

Syndrome d'hypermobilité articulaire (depuis toujours)

Trouble dépressif et anxieux chez une personnalité émotionnellement labile depuis 2000 (depuis 2000). »

Le Dr S. \_\_\_\_\_ a également décrit le pronostic de l'assuré en ces termes :

« La situation s'aggrave progressivement au plan des lombalgies, qui ont été mises en rapport avec des troubles statiques (rectitude lombaire), ainsi qu'avec une anomalie transitionnelle, avec une hyperplasie du processus transverse G de L5, avec une néo-articulation de l'aileron sacré G. Hypoplasie de l'hémicorps vertébral de L4 à G, et probablement de L5 à G. Antélisthésis de L4/L5 de grade II, mesuré entre 11 et 12 mm, et qui est instable en flexion et extension mais augmente à 13 mm. Importante discopathie L4-L5. Disparition de la hauteur de l'espace intervertébral et une importante sclérose des plateaux vertébraux. Un pincement L5-S1 postérieur majeur est présent.

L'IRM de septembre 2009 confirme l'antélisthésis de L4/L5 de 1,4 cm, de grade II, sur lyse isthmique bilatérale de L4. Le corps vertébral de L4 a pris un aspect cunéiformisé postérieurement du fait du spondylolisthésis. Le disque est complètement affaissé et déshydraté et il bombe dans le canal. Le glissement de L4/L5 associé à la discopathie protrusive et à une spondylose des plateaux vertébraux, sténose fortement les deux trous de conjugaison. Un œdème sous les plateaux vertébraux de cet espace est présent. Quant au canal lombaire, il est légèrement rétréci à D à cette hauteur, en raison des troubles dégénératifs. Quant au disque L5-S1, il est affaissé mais encore assez bien hydraté. Il bombe légèrement dans le canal. Une minime ostéophytose des plateaux vertébraux est associée, le tout rétrécissant légèrement les deux trous de conjugaison et particulièrement le G. Il n'y a pas d'image de hernie discale. M. D. \_\_\_\_\_ a été présenté au Dr T. \_\_\_\_\_ PD, MER, médecin chef du service de chirurgie du Rachis de l'Hôpital B. \_\_\_\_\_ à A. \_\_\_\_\_. Il confirme le diagnostic de lombalgies sur spondylolisthésis L4-L5 isthmique de 2ème degré, avec hémisacralisation D de L5. Il précise que de nouveaux clichés ont été réalisés, dynamiques, qui démontrent une ankylose de L4 à L5 dans une position cyphotique. Un geste chirurgical de réduction et de stabilisation est en théorie possible mais néanmoins il estime qu'il n'y a pas lieu actuellement de proposer ce geste car le patient ne présente pas de symptôme neurologique. L'indication opératoire doit être différée car le patient ne présente pas de symptôme radiculaire même si l'imagerie est "impressionnante".

Il a revu le patient en novembre 2012. Les clichés radiographiques du jour ne démontrent pas de progression du spondylolisthésis ou de la

cyphose, et il préconise pour l'instant de s'abstenir de spondylodèse à moins que le patient ne développe d'atteinte radiculaire résistante au traitement conservateur. Relevons que le patient est toujours aussi anxieux à l'idée d'une intervention chirurgicale sur son rachis.

Il est bien évident que 13 ans après la première demande d'AI, la situation ne s'est pas améliorée au plan des lombalgies.

Le patient est toujours dans l'incapacité de réaliser une activité professionnelle lourde et contraignante pour le rachis. Dans une activité adaptée, il devrait être en mesure de reprendre une activité de 50%.

Il serait très important de pouvoir prendre contact avec la Compagnie N. \_\_\_\_\_ pour leur demander s'il était possible d'envisager le retour du patient à son poste de timonier pour la saison d'été, et de lui reconnaître une invalidité de 100% en hiver, puisque l'activité sur un chantier naval est évidemment contre-indiquée ».

Dans un rapport du 20 septembre 2013, le Dr R. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une entorse grave du genou gauche en octobre 2012 ainsi qu'une discopathie L4-L5. Il a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 18 mars 2013 pour les problèmes dorso-lombaires. A la question de savoir quels étaient les travaux qui pouvaient encore être exigés de la personne assurée, il relevait que les activités accroupies ou à genoux ne pouvaient plus être exercées.

Dans un avis du 25 janvier 2014, le Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR a notamment fait état des éléments suivants :

« *Notre réponse est la suivante* : nous précisons d'emblée que c'est à l'assuré d'apporter la preuve d'un changement significatif de son état de santé dans cette situation. Pour cette 3<sup>ème</sup> demande, les documents à disposition apportent des éléments nouveaux selon les nombreux RM à disposition. Manifestement, sur le plan ostéoarticulaire, la position du Dr S. \_\_\_\_\_, rhumatologue est explicite. L'IT est de 100% depuis le 29.09.12, et la CTAH est bien nulle définitivement au vu des séquelles du genou G. Néanmoins, comme exprimé ci-dessus, l'assuré ayant émis le souhait de revenir à son ancienne activité d'opticien, nous pouvons considérer qu'à 6 mois de l'intervention, qu'il retrouve une CTAA de 100% dans un poste sédentaire à semi-sédentaire, de préférence en position assise avec alternance de la position debout/assise. Nous fixons donc cette date de réadaptation au 01.04.13, l'assuré ayant déjà montré sa capacité à rebondir dans le marché primaire. La situation étant claire, nous fermons le dossier comme suit.

*Synthèse* : la nouvelle IT durable est fixée au 29.09.12. L'IT est de 100% depuis. La CT dans l'activité habituelle est nulle définitivement ; dans une activité adaptée, elle est de 100% dès le 01.04.13. *Les LF sont les suivantes* : inapte activité uniquement debout, déplacements

en terrain irrégulier, accroupie ou à genoux, travail en hauteur, port de charges. Apte dans un poste sédentaire à semi-sédentaire, de préférence en position assise avec alternance de la position debout/assise.

*Au total, nous suivons tes conclusions telles que formulées ci-dessus. Elles sont justes et convaincantes au regard de la maladie et du métier qu'exerçait l'assuré. »*

**d)** Le 3 octobre 2014, l'OAI a rendu un projet de décision refusant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Il a relevé qu'il ne pouvait plus exercer son activité habituelle de timonier depuis le 29 septembre 2012, mais présentait depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à sa situation qui respectait ses limitations fonctionnelles, soit : pas d'activité uniquement debout, pas de déplacements en terrain irrégulier, pas de position accroupie ou à genoux, pas de travail en hauteur, pas de port de charges ; activité sédentaire à semi-sédentaire, de préférence en position assise avec alternance de la position debout/assise. Compte tenu de ces limitations fonctionnelles, l'OAI retenait un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité et arrivait ainsi à un degré d'invalidité de 11,92%.

Le 27 octobre 2014, par l'intermédiaire de son conseil, Me Jean-Jacques Schwaab, l'assuré a formé opposition au projet de décision susmentionné, en contestant avoir retrouvé une capacité de travail totale, même dans une activité adaptée.

Dans un certificat du 12 novembre 2014, le Dr S. \_\_\_\_\_ a fait les observations suivantes :

« (...).

L'incapacité de travail est de 50% dans son activité de sous-timonier à la Compagnie N. \_\_\_\_\_, et de 50% dans une activité adaptée également. Il n'y a pas de possibilité d'augmenter la capacité de travail de cet assuré.

L'analyse de ce dossier a été bâclée à l'Office de l'Assurance Invalidité, tout en relevant que Monsieur D. \_\_\_\_\_ n'a jamais été examiné par un médecin du service médical. Aucune expertise n'a également été réalisée.

Monsieur D. \_\_\_\_\_ souffre de lombalgies spécifiques, sur troubles dégénératifs sévères, et qui s'accompagnent de syndrome radiculaire

récurrent donc de complication neurologique. Une chirurgie stabilisatrice aurait probablement pu permettre de stabiliser la situation et d'améliorer la symptomatologie douloureuse. Le patient n'a cependant pas obtenu de garantie de 100% de chance de succès, raison pour laquelle il a préféré renoncer.

La situation s'est par la suite décompensée après les interventions chirurgicales sur le genou gauche qui ont été réalisées en octobre et décembre 2012. Les suites ont été très longues et difficiles. Le chirurgien orthopédiste a dû probablement reconnaître une pleine capacité de travail, sans aucune considération pour le reste de la problématique rachidienne. »

Par avis du 19 décembre 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a relevé ce qui suit :

« *Notre réponse* : nous sommes surpris par la tournure du dossier alors que le point 2 était clair et qu'aucune pathologie psychiatrique n'était avancée, que notre position lui était favorable. L'assuré s'était même inscrit à nouveau à l'ORP, et il avait redemandé à retravailler à la Compagnie N.\_\_\_\_\_ dans son ancienne AH ! Par ailleurs, nous recevons a posteriori le dossier Suva (cf. Ged du 17.10.13) ; l'assuré a bien séjourné à la Clinique G.\_\_\_\_\_ du 30.07 au 21.08.13, tous les diagnostics sont bien pris en compte, la situation était considérée comme stabilisée, sans limitations retenues, le pronostic de réinsertion dans l'AH était favorable, mais « en revanche des éléments contextuels non médicaux étaient susceptibles de ralentir la réinsertion médicale ». L'IT était bien de 0% dès le 26.08.13 selon ces hospitaliers experts. Il n'existait pas d'atteinte psy. patente aussi selon ce compte rendu, et l'assuré avait été vu par plusieurs spécialistes de la clinique. Nous avons même un examen du médecin d'arrondissement du Dr P.\_\_\_\_\_ le 23.07.13. Ce dernier reconnaissait une pleine CT dès le 01.04.13. Le complément d'examen à la Clinique G.\_\_\_\_\_ confirme cet examen. Au vu de ces 2 pièces essentielles et de notre prise de position antérieure (plus que favorable à l'assuré !!), nous ne changeons pas notre position. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures.

*Au total*, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée.»

Par décision du 4 décembre 2015, l'OAI a confirmé son projet du 3 octobre 2014.

**C.** Par acte du 21 janvier 2016, D.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Joël Crettaz, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a notamment produit avec son

recours un rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 18 janvier 2016, à la teneur suivante :

« (...).

Le Dr E. \_\_\_\_\_, se contente de reprendre des rapports qui ont été adressés à l'Office AI, notamment par moi-même, mais je constate et à nouveau qu'aucun examen clinique n'a été réalisé ni expertise. De surcroît le Dr E. \_\_\_\_\_ se base sur le dossier de la SUVA qui mentionne suite au séjour à la Clinique G. \_\_\_\_\_ à W. \_\_\_\_\_ du 30.07 au 21.08.2013 d'une situation stabilisée et sans limitation avec un pronostic de réinsertion favorable et une incapacité de 0 % à dater du 26.08.2013. Or il est bien évident que la problématique rachidienne n'a pas été abordée du tout à la SUVA. Relevons également que son dossier radiographique n'a jamais été demandé ce qui est assez sidérant.

(...)

La situation au niveau du dos me paraît s'aggraver progressivement au fil du temps, le patient signalant des blocages récurrents toutes les deux ou trois semaines après des efforts souvent minimes. Il souffre de douleurs chroniques, avec des sciatiques récurrentes, qui prédominent au membre inférieur droit, symptomatologie de topographie L5 le plus souvent, et qui occasionnait fréquemment des paresthésies dans les membres inférieurs. Je n'ai jamais objectivé de déficit sensitivo-moteur, mais par contre des signes radiculaires irritatifs à plusieurs reprises, de même que des épisodes de syndrome lombo-vertébral (blocage du dos).

Un avis orthopédique a été sollicité à deux reprises en 2010 et 2012 auprès du Professeur T. \_\_\_\_\_, afin de préciser l'indication à une spondylodèse lombaire afin de stabiliser le spondylolisthésis L4-L5 qui n'a que peu évolué au cours des 15 dernières années, la discopathie L4-L5 ayant beaucoup progressé, le Professeur T. \_\_\_\_\_ a proposé une intervention chirurgicale, mais que le patient n'a pas souhaité. Les risques ont en effet été détaillés au patient qui a préféré ne pas les prendre, car on ne pouvait lui garantir un succès à 100% et surtout l'absence de douleurs lombaires par la suite. Il me paraît très collaborant, fiable, se présentant aux rendez-vous de manière tout à fait ponctuelle. Il a toujours adhéré aux propositions thérapeutiques formulées, et il pratique régulièrement ses exercices à domicile ainsi qu'un programme d'exercices.

On ne peut donc se contenter des conclusions succinctes du Service Médical Régional de l'AI qui conclut à une capacité de 100%, mais n'a absolument pas tenu compte de l'histoire de la problématique rachidienne de ce patient, se basant sur des conclusions orthopédiques pures, mais où la situation au plan rachidien n'avait pas été prise en compte. »

Concernant les troubles psychologiques, le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé qu'il serait très utile d'expertiser le recourant qui était de nature anxieuse et souffrait d'une thymie déprimée.

Dans sa réponse du 11 avril 2016, l'intimé a estimé que des mesures d'instruction étaient nécessaires, sous forme d'une expertise rhumato-psychiatrique. Il a produit un avis du Dr L. \_\_\_\_\_ du 15 mars 2016, à la teneur suivante :

« *Notre réponse* : le RM du 18.01.16 reprend essentiellement notre argumentation en 2/ concernant le genou G et le rachis, mais si nous sommes d'accord que la CTAH soit de 0% ou 50% comme affirmé par le Dr S. \_\_\_\_\_, celui-ci n'explique pas forcément pourquoi elle ne pourrait pas être de 100% dans une AA complètement adaptée affirmant par ailleurs que nos conclusions sont succinctes. Sur le plan psy, il affirme qu'une expertise est nécessaire, même s'il n'est pas persuadé que cela ne pourrait justifier une incapacité à travailler. Veuillez noter que son argumentation psy. en p. 4 est superposable à nos déductions en 2/. Pour le RM du Dr T. \_\_\_\_\_, le 08.01.10, le diagnostic de la p. 1 n'entraîne « aucun trouble neurologique » (sic) et nous ne voyons pas pourquoi dans une AA, il ne pourrait atteindre au moins 80%, si ce n'est 100%. Au vu du contexte, nous suggérons la mise en place donc d'une expertise rhumato-psychiatrique, répondant en plus aux critères ATF du 07.06.15.

*Au total*, afin de déterminer précisément la CT, ainsi que les LF, plaise au tribunal de céans de réaliser :

**une expertise rhumato-psychiatrique**

(+aptitude à la conduite). »

Par arrêt rendu le 24 octobre 2016 (cause n° AI 13/16 - 275/2016), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et renvoyé le dossier de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, notamment la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et orthopédique. On rappelle en particulier les considérations suivantes :

« En l'espèce, l'autorité intimée est entrée en matière sur la nouvelle demande du recourant. L'existence d'un motif de révision n'est en outre pas contestée, dès lors que l'OAI a admis la nécessité de compléter l'instruction par une expertise. A cet égard, il y a lieu de relever qu'il n'est pas contesté que le recourant n'a plus de capacité de travail dans son ancienne activité de timonier. Se pose toutefois la question de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Or le dossier ne permet en l'état pas de déterminer quelle est la capacité de travail du recourant dans une telle activité. Initialement, le Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR a certes estimé, dans son avis du 25 janvier

2014, que la capacité de travail demeurait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activité uniquement debout, de déplacements en terrain irrégulier, pas d'activité accroupie ou à genoux, pas de travail en hauteur ni de port de charges). Le Dr L. \_\_\_\_\_ a maintenu cette appréciation par avis du 29 décembre 2014. Toutefois, dans le cadre du recours, l'assuré a produit un avis circonstancié de la Dresse S. \_\_\_\_\_ du 16 janvier 2016, qui fait état d'une péjoration de la situation au niveau rachidien, en relevant pour le surplus que la CNA n'a pas instruit le cas sous l'angle rachidien, mais uniquement en lien avec l'atteinte au niveau du genou. La Dresse S. \_\_\_\_\_ a pour le surplus mentionné une potentielle atteinte au niveau psychiatrique, en relevant chez son patient une thymie déprimée ainsi qu'une nature anxieuse.

L'OAI ne disconvient pas de la nécessité de mettre en œuvre un complément d'instruction, proposant qu'une expertise rhumatopsychiatrique soit effectuée.

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

Tel est le cas en l'espèce. L'OAI propose au demeurant à juste titre que la problématique psychiatrique soit également examinée à l'aune de la jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281. On relèvera à toutes fins utiles que compte tenu des atteintes alléguées au niveau du genou, un volet orthopédique devra venir compléter l'expertise.

Dès lors il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre, conformément à l'art. 44 LPGA, une expertise pluridisciplinaire dont le rapport à venir devra permettre de se prononcer sur la capacité de travail du recourant, puis de rendre une nouvelle décision. »

**D.** L'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

**a)** Dans son rapport d'expertise rendu le 20 mars 2017, le Dr M. \_\_\_\_\_, psychiatre, a posé le diagnostic de traits de personnalité dyssoziale (F60.2), lequel est sans incidence sur la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, l'assuré conserve ainsi une pleine capacité de travail. Il en résulte notamment ce qui suit :

**« 2. Description détaillée du quotidien et de l'environnement de l'assuré**

Signalons que l'assuré dit ne plus travailler depuis 2015, il a travaillé comme Securitas, il dit chercher un emploi à 50% en fonction de ses problèmes de dos.

L'assuré dit dormir la nuit, mais qu'il se réveille souvent, 2 à 3 fois par nuit, cependant il se rendort, sinon il regarde la télévision et parfois, il s'endort devant la télévision. Il se lève entre 08h00 et 10h00.

L'assuré dit s'occuper de son bateau d'environ 5 mètres de long, il précise sortir même en hiver. Il relate se promener de temps en temps avec un ami qui fait du transport de voitures en Serbie. Il dit qu'il l'aide car son ami ne parle pas le français. Il l'aide à trouver des véhicules (l'assuré ne donnera pas plus de détails).

Il mentionne faire des recherches de travail et avoir suivi des cours d'informatique.

Il dit qu'il s'occupe de ses enfants.

Dernières vacances avec ses enfants à Noël dernier, il est parti en Croatie et en Bosnie ; en mars et avril 2016, il est également parti car son père a fait une attaque cérébrale et « j'étais le seul à pouvoir m'occuper de lui ».

### **3. Appréciation de la partie non médicale du dossier, relative par ex. à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage**

Suite à une mesure de placement, l'assuré a trouvé un travail comme batelier à 100% à la Compagnie N.\_\_\_\_\_ dès le 02.05.2007.

### **4. Indications détaillées sur les difficultés d'ordre social, par ex. chômage ou autres situations de vie précaires, directement à l'origine de problèmes fonctionnels**

(...)

Selon l'assuré, il est au chômage ainsi qu'au Service social.

### **5. Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de l'assuré par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie, etc.)**

L'assuré est bien soutenu par son réseau, il n'est plus suivi par un psychiatre, d'ailleurs il ne se souvient pas avoir été suivi et il ne prend pas de médicament psychotrope.

## **II. ATTEINTE À LA SANTÉ**

### **1. Manifestation et gravité des constats objectifs**

### **2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé**

Il s'agit d'un assuré faisant son âge, les cheveux châtons et les yeux verts. Il mesure 170 cm pour un poids de 80 kg. Il est venu seul en voiture depuis K.\_\_\_\_\_. Il s'exprime correctement en français dans un discours cohérent. La collaboration est à la limite de celle à laquelle on peut s'attendre lors de la passation d'un examen d'expertise, dans le sens que l'assuré n'a pas répondu à toutes mes questions et que j'ai eu des doutes concernant la véracité de ses dires, notamment en ce qui concerne ses activités journalières. A

signaler que l'assuré est resté dans la même position sur le fauteuil tout au long de l'entretien.

Il est bien orienté aux trois modes, c'est-à-dire, dans le temps, l'espace et concernant la situation.

L'assuré ne présente aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents ni celle d'anciens souvenirs. Bien que je n'aie pas fait de tests pour mesurer le coefficient intellectuel, cet assuré ne présente pas de problèmes à ce niveau-là.

En ce qui concerne la lignée psychotique et au moment de l'entretien, l'assuré ne présente pas de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages, barrages ou réponses à côté. Il n'y a pas de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives.

Pas d'idées interprétatives, simples ou délirantes. Pas d'idées de concernement simples ou délirantes.

Au moment de l'entretien et concernant la lignée dépressive, l'assuré présente une tristesse fluctuante en fonction des événements, mais il me semble qu'il exagère quelque peu ceci, en tout cas au moment de l'entretien l'humeur n'était pas dépressive. Il n'y a pas de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Selon l'assuré, il aurait des sentiments de dévalorisation et de découragement. Pas de sentiment d'infériorité, d'inutilité ou de ruine. L'élan vital n'est pas perturbé. Pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. A ma connaissance, l'assuré n'a jamais fait de tentative de suicide. Il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique. Le sommeil est perturbé selon l'assuré.

Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuites dans les idées. Comportement provocateur, vindicatif envers les assurances, démonstratif concernant ses douleurs. Pas de comportement manipulateur. Pas de contact familial avec l'expert.

Concernant le registre anxieux, selon l'assuré il a des tensions nerveuses, ce que je n'ai pas pu objectiver pendant l'entretien. Il n'y a pas de signes de claustrophobie, agoraphobie ou phobie sociale.

Pas de signes de stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ni de cauchemars.

Concernant les conduites alimentaires, il n'y a ni boulimie ni anorexie.

Par rapport aux conduites d'addiction, l'assuré ne fume pas. Il ne boit pas d'alcool. Au cours de l'entretien, je n'ai pas pu mettre en évidence des signes ou des symptômes d'une dépendance aiguë ou chronique à l'alcool. Il ne consomme pas de cannabis, héroïne ou cocaïne, ni des substances excitantes telles que les amphétamines ou l'ecstasy.

**3. Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels)**

Au moment de l'entretien, je n'ai pas pu déceler des signes ou symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité, il n'y a donc aucune atteinte à la santé du point de vue psychiatrique.

Je m'éloigne sensiblement des diagnostics posés par le Dr Z. \_\_\_\_\_ au SMR qui, lors de son examen de décembre 2002, avait posé le diagnostic de personnalité émotionnellement labile à traits hypocondriaques et caractériels et qui avait parlé d'une fragilité psychique importante, alors que selon mes propres constatations, l'assuré a fait preuve de ressources personnelles importantes tout au long de son existence. Nous constatons que même actuellement, il parvient à se débrouiller et faire du commerce de voitures avec un ami vers la Serbie (sans avertir les Autorités alors qu'il est bénéficiaire de l'Aide sociale) ; dans ce sens-là, l'assuré présente plutôt des traits de la personnalité dyssociale (F60.2) avec des ressources psychologiques importantes, donc il n'y a pas de fragilité narcissique chez cet assuré.

#### ***4. Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires et de leur ampleur***

Nous sommes à la limite entre l'exagération des symptômes et la démonstrativité concernant les difficultés de l'assuré de ne pas pouvoir travailler à cause de ses douleurs, mais sans que nous puissions parler d'un cas de sinistrose.

(...)

#### ***7. Analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assuré et de son évolution***

Je m'éloigne donc des traits de caractère de la personnalité émotionnellement labile décrite en 2002 pour retenir plutôt des traits de caractère du point de vue dyssocial (F60.2) qui selon la CIM-10 se caractérisent par une indifférence froide envers les sentiments d'autrui, par un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales, par une incapacité à éprouver de la culpabilité et par une tendance notable à nuire à autrui et à fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement à l'origine d'un conflit entre le sujet et la société, l'assuré se montrant fâché contre les assurances suisses qui ne lui ont pas fourni un travail selon lui.

#### ***8. Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assuré et sur les ressources personnelles dont il dispose***

Je m'éloigne donc des constatations effectuées en 2002 par le psychiatre du SMR qui parlait d'une fragilité psychique, alors que tout au long de son existence l'assuré a fait preuve de ressources importantes et d'une bonne adaptabilité et ceci encore actuellement.

### **III. DIAGNOSTICS**

#### ***1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail***

## **2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail**

- Traits de personnalité dyssociale (F60.2).

## **3. Interactions des diagnostics :**

### **Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts**

Signalons qu'en 2002, le diagnostic de trouble dépressif avait été posé ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile avec des traits hypocondriaques, diagnostics que l'expert ne peut pas retenir lors de son examen et pas non plus du point de vue anamnestique. Personnellement, je retiens plutôt des traits de la personnalité dyssociale chez l'assuré. »

**b)** Sur le plan somatique, dans un premier rapport daté du 7 avril 2017, le Dr I.\_\_\_\_\_, rhumatologue, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de :

- syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe d'instabilité
  - Spondylolisthésis L4 sur L5 avec quasi-fusion intersomatique
  - Arthrose facettaire postérieure moyen
- Gonalgies G récurrentes sur probable insertionite de la Patte d'Oie
  - Status post-reconstruction du LCA le 04.12.2012
  - Status post-suture du ménisque interne le 12.10.2012
  - Status post-entorse du genou G le 29.09.2012.

Selon les termes de ce rapport, la capacité de travail dans l'ancienne activité de timonier est de 50% dès septembre 2013, l'incapacité de travail ayant été totale de septembre 2012 à septembre 2013. La capacité de travail est toutefois évaluée à 90% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. L'expert a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : déplacement en terrain accidenté, descente de

plan incliné répétitif, port de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg et ce de manière répétitive.

Le Dr I. \_\_\_\_\_ a adressé à l'intimé un autre rapport d'expertise daté du 1<sup>er</sup> mai 2017, qui reprend pour l'essentiel les termes de son premier rapport, dont les diagnostics, mais qui comporte notamment une différence relative au taux de capacité de travail dans l'activité habituelle, sans que cette différence ne soit expliquée. Il ressort du dossier de l'intimé que c'est cette version du rapport qui a fondé la décision de l'OAI.

Dans son rapport du 1<sup>er</sup> mai 2017, l'expert a considéré que les atteintes avaient des répercussions sur la capacité de travail à hauteur de 50% sur le plan professionnel. Puis, il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle (de timonier) était de 60% dès septembre 2013, l'accident du genou survenu en septembre 2012 ayant causé une incapacité de travail totale jusqu'à cette date. Dans une activité adaptée, soit avec diminution des ports de charges de plus de 5-10 kg et en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétée, diminution des déplacements en terrain accidenté ou en plan incliné et des déplacements en terrain régulier, la capacité de travail était estimée à 90% depuis septembre 2013, sans diminution de rendement.

**c)** Par projet de décision du 21 mars 2018, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. Il a considéré en substance que, compte tenu du dépôt de la demande du 21 juin 2013 qualifiée de tardive, l'ouverture du droit devait être fixée au 1<sup>er</sup> décembre 2013 et qu'à cette date l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 90 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Il a fixé son revenu sans atteinte à la santé à 67'475 fr. 10 (activité de manœuvre de chantier) et le revenu avec atteinte à la santé à 60'890 fr. 64 (activité de chauffeur-livreur, employé d'usine ou au conditionnement), de sorte que la perte de gain s'élevait à 6'584 fr. 46, ce qui portait le degré d'invalidité à 9,76%, soit à un taux n'ouvrant ni le droit à des mesures professionnelles ni à une rente.

Les 26 avril et 31 mai 2018, l'assuré a formulé des objections à ce projet, contestant avoir une capacité de travail au taux retenu et relevant que l'expertise ne contient pas de volet orthopédique, l'expertise devant être complétée sur ce point. Il se prévaut en outre d'un rapport médical établi par le Dr S.\_\_\_\_\_ le 26 octobre 2017, étant précisé toutefois que ce médecin n'avait pas réexaminé l'assuré depuis le 22 juin 2016, qui donne notamment son avis sur les appréciations faites par les experts et conteste en particulier les diagnostics de l'expert I.\_\_\_\_\_.

Le 3 octobre 2018, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité pour les motifs indiqués dans son projet de décision du 21 mars 2018.

**E.** Par acte du 7 novembre 2018, D.\_\_\_\_\_, représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 3 octobre 2018, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès et y compris le 1<sup>er</sup> octobre 2013, subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il fait valoir en substance que son état de santé s'est péjoré en raison de sévères troubles lombaires dégénératifs et des troubles au genou gauche qui se sont ajoutés à la suite d'un accident survenu en 2012. Il indique que c'est à tort que l'expert rhumatologue a retenu une spondylolisthésis de L4-L5 de grade I en lieu et place de grade II comme le Dr S.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_. Il conteste la valeur probante du rapport d'expertise et relève que le volet orthopédique n'a pas été examiné. A titre de mesure d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

Le 14 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 8 mars 2019, le recourant a brièvement répliqué tout en confirmant les conclusions du recours.

Le 1<sup>er</sup> avril 2019, l'intimé a confirmé les éléments invoqués dans sa réponse.

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

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile, auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur

les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si le recourant peut prétendre à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

Le litige s'inscrit dans le contexte d'une nouvelle demande de prestations AI, faisant suite à une précédente décision de rejet du 15 juin 2010. Précédemment, un droit à une demi-rente avait été reconnu dès le 1<sup>er</sup> mai 2001, par décision initiale du 18 mars 2003 et confirmé le 7 novembre 2005, compte tenu d'un degré d'invalidité de 53%. En 2007, le versement d'une demi-rente d'invalidité avait été supprimé en raison d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré au plan psychique et du fait que celui-ci avait repris une activité professionnelle à 100% auprès de la Compagnie N.\_\_\_\_\_.

On ajoute que la situation a déjà été examinée dans un précédent arrêt de la présente Cour qui avait renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction, à savoir pour mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. La décision attaquée a été rendue à réception de l'expertise bidisciplinaire mise en œuvre par l'OAI à la suite du précédent arrêt.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères

d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Au cours des dernières années, la jurisprudence a plus particulièrement dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 49).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a toutefois modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (cf. ATF 141 V 281 consid. 4 ss). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7).

Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2).

Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des

symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (cf. TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 avec les références citées).

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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

**c)** Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], dispositions correspondant aux al. 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est

produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 130 V 64 consid. 2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

**d)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a un recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. art. 61 let. c LPGA). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. 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 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4.** En l'espèce, l'autorité intimée est entrée en matière sur la nouvelle demande du recourant. L'existence d'un motif de révision n'est en outre pas contestée. Il y a lieu de relever que le précédent arrêt rendu par la présente Cour constatait qu'il n'était pas contesté que le recourant n'avait plus de capacité de travail dans son ancienne activité de timonier et que se posait uniquement la question de sa capacité de travail dans une activité adaptée. La Cour avait requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, psychiatrique, rhumatologique et orthopédique, notamment afin de déterminer la capacité de travail du recourant.

**a)** L'expertise psychiatrique retient le diagnostic de traits de personnalité dyssociale (F60.2), sans incidence sur la capacité de travail. Ainsi aucune atteinte invalidante n'a été diagnostiquée. Cette expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, après description du quotidien et de l'environnement du recourant. De surcroît, la description du contexte médical faite par le Dr M.\_\_\_\_\_ et son appréciation de la situation médicale sont claires. Il a expliqué de manière pertinente les différents éléments l'ayant amené à ses conclusions, qui sont ainsi motivées. En effet, il a expliqué qu'il s'éloignait des diagnostics posés par le Dr Z.\_\_\_\_\_ en 2002 dès lors que le recourant avait fait preuve de ressources personnelles importantes tout au long de son existence et que même actuellement il parvenait à se débrouiller et à faire du commerce de voitures avec un ami vers la Serbie ; dans ce sens, l'expert a considéré que l'assuré présentait plutôt des traits de la personnalité dyssociale avec des ressources psychologiques importantes, qu'il n'y avait pas de fragilité

narcissique et que le recourant avait fait preuve d'une bonne adaptabilité. L'expert a indiqué que la situation était à la limite entre l'exagération des symptômes et la démonstrativité concernant les difficultés de ne pas pouvoir travailler à cause de ses douleurs, mais sans que l'on pût parler de sinistrose. Il n'a pas constaté l'existence d'un trouble dépressif lors de son examen ni du point de vue anamnestique. Le recourant n'a pas été suivi par un psychologue ni par un psychiatre. L'expert a retenu qu'il n'y avait aucune atteinte à la santé du point de vue psychiatrique ayant des répercussions dans les activités lucratives, le ménage, les loisirs et activités sociales.

Le recourant et les pièces au dossier ne donnent aucun élément permettant de remettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre.

Au vu de ce qui précède, il convient de considérer que le rapport du 20 mars 2017 établi par le Dr M. \_\_\_\_\_ peut se voir conférer une pleine valeur probante.

**b)** Sur le plan somatique, le Dr I. \_\_\_\_\_ a déposé deux rapports qui arrivent à des conclusions différentes en ce sens que le recourant aurait été capable de travailler dans son activité habituelle de timonier à 50% (premier rapport) ou à 60% (second rapport). Or, la modification du taux d'incapacité entre les deux rapports rendus à moins d'un mois d'intervalle, sans nouvelle mesure d'instruction apparente et sans aucune explication, est contestable et douteuse. Certes l'OAI n'a pas fondé sa décision sur le taux d'incapacité de travail dans l'activité habituelle, puisqu'il a retenu que le recourant avait une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée en se basant sur les conclusions du rapport d'expertise. Cependant, la pratique qui consiste à modifier le taux d'incapacité dans l'activité habituelle sans aucune explication est de nature à jeter un doute sur la qualité et le sérieux de l'expertise non seulement quant à la constatation du taux d'incapacité dans l'activité habituelle mais également dans celle de l'activité adaptée. En effet, il en ressort une impression que le taux d'incapacité de travail dans l'activité

habituelle a été fixé à la légère, ce qui entame également le crédit de l'expert dans l'évaluation du taux d'incapacité dans l'activité adaptée. En outre, le rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> mai 2017 souffre d'une contradiction interne en ce sens que l'expert a considéré que les atteintes engendraient une incapacité de travail à 50% sur le plan professionnel, mais que la capacité de travail dans l'activité habituelle (de timonier) était de 60%. Si on peut imaginer que l'un des chiffres est une erreur de plume, on ignore toutefois quel est le taux exact qu'il y a lieu de retenir, compte tenu de la teneur du précédent rapport. Ces éléments entachent ainsi sérieusement la valeur probante de l'expertise sur des constatations essentielles. On relève que la contradiction entre ces deux rapports d'expertise n'a pas été relevée par l'intimé qui a pris en compte le rapport le plus récent pour rendre sa décision, alors que le médecin du SMR a fait son évaluation finale en se fiant aux conclusions du premier rapport du Dr I.\_\_\_\_\_.

**c)** Par ailleurs, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, alors que, dans son arrêt de renvoi, la Cour avait requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant également un volet orthopédique. En limitant l'expertise aux plans psychiatrique et rhumatologique, l'autorité intimée a fait abstraction des motifs pour lesquels un complément d'instruction avait été ordonné et a écarté une mesure d'instruction requise pourtant dans l'arrêt de renvoi. En conséquence, on doit constater que le volet orthopédique n'a toujours pas été investigué par l'intimé, quand bien même le recourant a rappelé à plusieurs reprises que la consultation d'un spécialiste en orthopédie était nécessaire et n'y a pas renoncé. Si l'expert en rhumatologie n'a pas demandé qu'un orthopédiste soit consulté, il n'a pas donné non plus d'indication selon laquelle l'examen par un orthopédiste, requis par l'arrêt de renvoi, serait superflu. L'avis du 26 juillet 2018 du Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR, qui se base sur l'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_ du 7 avril 2017 (qui n'est pas celle qui a fondé la décision de l'OAI), se contente de dire qu'il ne voit pas en quoi une expertise orthopédique amènerait des éléments nouveaux, estimant que l'expertise rhumatologique a pleine valeur probante. Le recourant a été examiné à plusieurs reprises par un orthopédiste et l'arrêt de renvoi a clairement

indiqué que ce volet devait également être investigué ; or, le médecin du SMR ne donne aucun motif justifiant la renonciation à une expertise orthopédique. On observe que l'expert rhumatologue a diagnostiqué une spondylolisthésis L4/L5 de grade I, alors que l'orthopédiste et la rhumatologue traitants ont évalué la gravité de cette atteinte au grade II. Dans son rapport du 7 mai 2012, le Dr T.\_\_\_\_\_ mentionne une spondylolisthésis de grade II et s'inquiète de l'évolution vers une destruction osseuse. Il constate toutefois, dans son rapport du 9 novembre 2012, que la spondylolisthésis n'a pas progressé et préconise de s'abstenir de spondylodèse à moins que l'assuré ne développe des sciatalgies. De son côté, le Dr S.\_\_\_\_\_ signale une aggravation des douleurs lombaires de l'assuré et notamment des sciatalgies (cf. rapports des 2 septembre 2013 et 18 janvier 2016). Cela étant, après avoir fait procéder à une radiographie de la colonne lombaire en date du 31 mars 2017, le Dr I.\_\_\_\_\_ a conclu à « la présence d'un antérolsthésis grade I, avec nette diminution de l'espace inter-somatique L4-L5 et arthrose facettaire postérieure à ce niveau. » Or, si la diminution de la hauteur du disque intervertébral évoque plutôt en soi une aggravation, le Dr I.\_\_\_\_\_ estime qu'une quasi-fusion de L4-L5 peut être assimilée à une spondylodèse naturelle (cf. rapport du 1<sup>er</sup> mai 2017, p. 18). Pour ce qui concerne le genou, le Dr S.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 26 octobre 2017, indique que cette expertise ne traite que du problème traumatique et ne décrit pas de troubles dégénératifs. Elle conclut que l'expertise n'aborde pas la problématique rachidienne dans son ensemble. La situation n'apparaît ainsi pas tellement limpide que l'on puisse renoncer à l'avis d'un orthopédiste à la lumière de l'expertise rhumatologique.

**d)** Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, seule l'expertise psychiatrique a une valeur probante suffisante ; en effet la valeur probante de l'expertise rhumatologique, dont les conclusions sont contradictoires, doit être niée et l'absence non justifiée d'une expertise orthopédique conduit à conclure que l'expertise ordonnée est incomplète.

**5.** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la

cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>e</sup> éd., 2015, n° 17 et 27 ad art. 43 LPGA).

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (TFA C 206/00 du 17 novembre 2000, in : DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible

lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 138 V 318).

En l'espèce, vu les graves lacunes de l'instruction conduite en l'état par l'intimé, il sied indubitablement de lui renvoyer la cause afin qu'il procède sans délai à l'expertise rhumatologique et orthopédique du recourant, dès lors qu'elle avait été requise par l'arrêt de renvoi rendu par la Cour de céans le 24 octobre 2016, étant précisé que l'expertise psychiatrique ne paraît plus nécessaire compte tenu du seul diagnostic de traits de personnalité dyssociale sans incidence sur la capacité de travail posé par l'expert psychiatre.

**6. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**b)** Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. Il convient de les fixer en l'occurrence équitablement à 1'300 francs, ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire au conseil d'office du recourant.

**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 3 octobre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D. \_\_\_\_\_ une indemnité de 1'300 fr. (mille trois cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Joël Crettaz, avocat (pour D. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :