

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 79 vom 4. Februar 2020**

VD Tribunal cantonal, 2020-02-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2020\\_\\_79](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__79)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 79 du 4 février 2020

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 79 del 4 febbraio 2020

### **Regeste**

13 Cst., 29 al. 2 Cst., 28 LAI, 87 RAI

### **Erwägungen**

#### **E. 13**

al. 1 et 29 al. 2 Cst. ; 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI ; 87 RAI. E n f a i t : A. S. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], employé d'entretien, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 3 décembre 2004, en raison de douleurs dans le poignet gauche. L'OAI a rejeté la demande par décision du 22 janvier 2009. Il a constaté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit sans sollicitations répétées du poignet gauche, sans manutention dépassant 10 kg, sans travaux de force avec le poignet et sans exposition au froid. Il s'est fondé, notamment, sur un rapport établi le 21 juin 2007 par des médecins de la M. \_\_\_\_\_, au terme d'un séjour du 22 mai au 15 juin 2007. Ils posaient les diagnostics de douleurs chroniques du poignet gauche, de status après fracture du poignet gauche en 1998 et après entorse de ce poignet en juin 2002, de status après arthroscopie du même poignet ayant permis de mettre en évidence une déchirure centrale du TFCC [complexe fibrocartilagineux triangulaire] d'aspect ancien, une déchirure partielle du ligament scapho-lunaire, une synovite carpienne modérée, une discrète synovite radio-carpienne le 6 février 2004 avec synovectomie et débridement du ligament scapho-lunaire, ainsi que de résection du nerf interosseux postérieur et résection d'un fragment osseux proéminent au niveau de l'os pyramidal le 14 novembre 2006. Les médecins retenaient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire évitant pour ce poignet des efforts répétitifs en rotation et flexion-extension, des activités avec des vibrations, et un port de charge répétitif supérieur à 5-10 kg. Par arrêt du 10 mars 2011, statuant sur un recours interjeté par l'assuré, la Cour des assurances sociales a confirmé le refus de rente, mais a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il alloue des mesures d'ordre professionnel. En substance, la Cour a considéré que l'assuré disposait effectivement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée telle que décrite par l'OAI, ce qui lui aurait permis, en 2005, de réaliser un revenu de 52'047 fr. 75 en dépit des atteintes à sa santé. Elle a établi ce revenu en se référant aux données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], 2004), en procédant aux adaptations nécessaires, et en admettant un abattement de 10 % en raison des circonstances personnelles, plus particulièrement des limitations fonctionnelles constatées. Cet abattement correspondait à celui déjà consenti par l'OAI. La Cour a par ailleurs retenu que sans atteinte à la santé, le recourant aurait réalisé, en 2005, un revenu de 64'943 francs. Après comparaison des revenus, elle a fixé le taux d'invalidité à 19,86 % (CASSO AI 114/09 – 118/2011). B. Le 21 mars 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de

prestations, tendant à l'octroi d'une rente. Dans un rapport du 25 août 2011 à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics suivants : - conflit fémoro-acétabulaire droit traité par luxation chirurgicale de la hanche droite le 15 septembre 2009 ; - accident avec lésions graves du poignet gauche laissant une instabilité séquellaire en 2002 ; - lombalgies chroniques ; - tendinopathie du psoas droit d'évolution chronique ; - ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur proximal droit le 18 mai 2010 ; - développement d'un syndrome douloureux chronique de la hanche droite sur tendinopathie chronifiée du psoas et adhérences intra-articulaires, ces dernières ayant justifié une arthroscopie de la hanche droite effectuée le 15 juin 2011 pour arthrolyse. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a relevé que la rééducation de la hanche droite s'étendrait probablement jusqu'à l'automne ou la fin de l'année 2011. Une réévaluation éventuelle de la capacité de travail pourrait alors être effectuée. Il paraissait toutefois douteux que le patient puisse reprendre une activité professionnelle au vu des multiples lésions qu'il présentait. Dans un rapport du 16 octobre 2012, le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, suivants : - lombopygialgies bilatérales dans un contexte : · syndrome lombo-vertébral · kinésiophobie · conflit coxo-acétabulaire droite (avec status après recontournage coxo-fémoral par luxation chirurgicale en 2009 et status après résection d'adhérences capsulo-labiales par voie arthroscopique) · conflit coxo-acétabulaire gauche débutant · état dépressif avec trouble de la personnalité et syndrome somatoforme douloureux ; - restriction fonctionnelle douloureuse du poignet gauche : · status après fracture du poignet gauche en 1998 · status après fracture – luxation du poignet gauche en 2002 avec instabilité résiduelle scapho-lunaire : o status après réparation ligamentaire par voie arthroscopique o status après synovectomie et débridement du ligament scapho-lunaire o status après neurotomie du nerf interosseux postérieur et synostose des os du carpe. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a estimé que les ressources de l'assuré étaient « modestes », avec une « mauvaise intégration des perceptions corporelles et de l'origine des douleurs expliquant [une] attitude fonctionnelle totalement figée ». Dans ces conditions, une réinsertion professionnelle était « illusoire » et serait « de toute façon vouée à un échec, quand bien même il s'agi[ssait] de son attente personnelle ». L'OAI a mis en œuvre des mesures d'ordre professionnel. Il a notamment pris en charge un stage à l'O. \_\_\_\_\_ du 11 mars au 5 avril 2013. Dans un rapport final du 24 avril 2013, le responsable de l'O. \_\_\_\_\_ a constaté que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée s'élevait à 100 %, avec une diminution de rendement de 30 %. Cette mesure a été suivie par un autre stage, du 25 novembre 2013 au 30 mars 2014. Dans un rapport d'intégration professionnelle du 9 avril 2014, le responsable a exposé qu'un stage en construction métallique avait mis en évidence des difficultés en raison de la nécessité d'alterner les positions de travail, ce qui ne pouvait être garanti dans ce domaine professionnel, dans l'économie libre. Le stage dans la section horlogerie avait révélé des problèmes pour l'assuré à tenir assis à sa place de travail, ayant besoin de se lever très régulièrement à cause de douleurs au niveau de la hanche et des cervicales. Par ailleurs, après une semaine de stage à plein temps à J. \_\_\_\_\_, l'assuré avait dû diminuer son taux d'activité à 50 %, certificat médical à l'appui. A 100 %, il avait montré de sérieux signes de fatigue en fin de semaine, mais la période à 50 % laissait apparaître une amélioration de la situation. Le maître de stage avait relevé des problèmes au niveau de la hanche, avec un boitement qui s'accroissait au fil de stage. Régulièrement, en cours de journée, l'assuré secouait son bras droit ainsi que sa jambe droite pour les détendre. Malgré la mise à disposition de visseuses,

les mouvements rotatifs à effectuer dans ce type d'activité étaient nombreux, ce qui avait conduit à un gonflement du poignet droit. De nouvelles douleurs étaient également apparues au niveau du bras droit et du coude, celui-ci étant fortement sollicité. Le rythme était ralenti par ces problèmes de santé. Enfin, lors des séances d' « activités physiques adaptées », l'assuré avait présenté une asthénie chronique. Le schéma type d'une séance était celui d'une personne arrivant souriante et, après une dizaine de minutes de mouvements simples, devenait blafarde, d'une extrême faiblesse, s'allongeant sur le sol et ne bougeant plus jusqu'à la fin de la séance. Le responsable a suggéré que des investigations soient réalisées afin de connaître les raisons cliniques de cet état. Pour l'heure, les activités effectuées en atelier ainsi que les stages internes et externes révélaient que l'assuré n'était pas en mesure de travailler à 100 % dans l'économie. Une réévaluation de la situation paraissait nécessaire avant de pouvoir envisager la mise en place d'un projet professionnel réaliste. Dans un rapport médical du 17 avril 2014 à l'OAI, la Dre G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, a indiqué avoir reçu l'assuré en urgence le 10 mars 2014 en raison de douleurs au poignet et au coude droits alors qu'il effectuait un stage auprès de J. \_\_\_\_\_. Elle avait constaté un syndrome douloureux trapézo-métacarpien de la main droite et une épitrochléite du coude droit consécutifs au type, à l'aspect répétitif ainsi qu'à la charge de travail (beaucoup de vissage) pendant le stage. Elle avait prescrit un traitement anti-inflammatoire et attesté une incapacité de travail de 50 %. L'assuré avait déjà présenté un syndrome trapézo-métacarpien en mai 2013, au cours duquel elle avait mis en évidence des lésions dégénératives mineures de cette articulation. Etant donné également la pathologie du poignet gauche, il paraissait indiqué de réorienter le patient vers une discipline non manuelle ou manuelle très légère et non répétitive, en particulier en ce qui concernait la pince polici-digitale et les mouvements de rotation du poignet. Dans un courrier du 26 mai 2014 à l'OAI, la Dre B. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, s'inquiétait des difficultés, notamment psychologiques et sociales, de son patient. Par avis médical du 17 juin 2014, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a relevé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux. Les limitations fonctionnelles relatives aux mouvements répétitifs des poignets et aux travaux de force n'avaient probablement pas été strictement respectées lors du stage effectué par l'assuré. Il appartenait au Service de réadaptation de l'OAI de déterminer s'il existait dans l'économie une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré dans laquelle la capacité de travail de « 50 % (au moins) » serait exploitable. Dans un rapport final du 9 juillet 2014, le Service de réadaptation a retenu une incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité habituelle et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. La comparaison des revenus sans et avec invalidité aboutissait à un degré d'invalidité de 60,73 %. Le 27 août 2014, le Dr H. \_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions du rapport du 24 avril 2013 de l'O. \_\_\_\_\_ et a retenu une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée (capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 30 %). Le Service de réadaptation a procédé à un nouveau calcul sur cette base. Tenant compte d'un salaire sans invalidité de 71'363 fr. et avec invalidité de 43'589 fr. 23 en 2014, il a abouti à un taux d'invalidité de 38,92 % (cf. document « REA – Calcul du salaire exigible » indexé le 3 septembre 2014). Par décision du 15 janvier 2015, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations. Il a retenu que l'intéressé présentait une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 30 % dans une activité adaptée. La perte de gain correspondait à un degré d'invalidité de 38,92 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par arrêt du 24 novembre 2016, la Cour de céans a admis le recours formé par l'assuré contre cette

décision, l'a annulée, et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise. Elle a considéré que la situation médicale n'était pas suffisamment établie pour pouvoir apprécier la capacité de travail de l'intéressé (CASSO AI 30/15 – 319/2016). C. A la suite d'une dénonciation par un tiers, faisant état d'un travail au noir du lundi au samedi, l'OAI a effectué des visites devant le domicile de l'assuré et a constaté du matériel et des outils (perceuse, etc.) dans le coffre de sa voiture. L'OAI a alors mandaté un détective privé en vue de l'observer du 8 au 10 mai 2017. Dans un rapport du 11 mai 2017, le détective a notamment décrit que l'assuré avait été occupé à nettoyer un bateau pendant deux à trois heures dans la matinée du 8 mai 2017, ainsi qu'à effectuer des travaux de mécanique sur une voiture durant trois heures l'après-midi du 9 mai 2017. Il a également exposé que l'assuré s'était rendu sur un chantier naval le 10 mai 2017, où il était resté de 9 h 30 à 12 h 20, sans toutefois qu'il ait été possible d'observer son activité dans ce lieu. Interrogé par l'OAI le 14 juin 2017 à propos de son activité habituelle lors d'une journée-type, l'assuré a exposé se lever vers 8 h 00, promener son chien, puis rester chez lui sur le canapé, avant de promener à nouveau son chien en fin de matinée. Le déroulement de l'après-midi était à peu près identique. Informé de son observation par un détective privé, et du fait que sa description d'une journée-type ne correspondait pas aux constatations, il a notamment précisé qu'il ne percevait aucune prestation financière pour les travaux réalisés (cf. note du 15 juin 2017 de l'OAI relatif à l'entretien avec l'assuré du

#### **E. 14**

juin 2017). L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, confiée au V. \_\_\_\_\_ (ci-après : le V. \_\_\_\_\_). L'assuré a été examiné le 10 juillet 2018 par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, le 12 juillet 2018 par le Dr F. \_\_\_\_\_, rhumatologue, et le 13 juillet 2018 par le Dr X. \_\_\_\_\_, psychiatre. Les experts ont notamment posé les diagnostics suivants : - douleurs du poignet gauche : · status après fracture du poignet gauche en 1998 · status après entorse du poignet le 24 juin 2002 · status après opération le 6 février 2004 pour une déchirure du TFCC et du ligament scapho-lunaire · status après opération le 14 novembre 2006 pour une résection du nerf inter-osseux postérieur et résection d'un fragment osseux proéminent au niveau de l'os pyramidal ; - douleurs de la hanche droite : · status après opération le 15 septembre 2009 pour un conflit fémoro-acétabulaire avec luxation chirurgicale et possible résection d'un kyste fémoral · status après ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau fémoral droit le 18 mai 2010 · status après arthroscopie de la hanche droite pour arthrolyse le 15 juin 2011 ; - gonarthrose bilatérale débutante ; - douleurs du poignet droit sur lésions dégénératives minimales ; - cervicalgies communes ; - dysthymie. Les experts ont retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée (100 % de taux d'activité avec une diminution de rendement de 30 %). Les limitations fonctionnelles résultaient principalement de l'atteinte au poignet gauche. Il convenait d'éviter les mouvements répétitifs du poignet ou ceux nécessitant de la force, par exemple lever plus de 5 kg. En raison de l'atteinte à la hanche droite, notamment, l'activité devait être sédentaire. L'assuré ne pouvait pas s'accroupir, effectuer de longs déplacements à pied, marcher en terrain instable, ou monter et descendre fréquemment des escaliers ou des échelles. Par avis médical du 31 octobre 2018, le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est rallié aux conclusions formulées par les experts, lesquelles étaient valables au moins depuis la seconde demande de prestations. Par décision du 7 janvier 2019, confirmant un projet du 5 novembre 2018, l'OAI a refusé le droit à une rente. Il a expliqué que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec

une baisse de rendement de 30 %. Il a fixé le revenu sans atteinte à la santé à 71'363 fr. et le revenu d'invalidité à 43'589 fr. 23 en 2014. Pour ce dernier revenu, il n'a opéré aucune déduction en lien avec les limitations fonctionnelles et les autres circonstances personnelles de l'assuré. D. Par acte du 14 février 2019, S. \_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Gintzburger, a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité de trois quarts dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011, subsidiairement d'un quart, plus subsidiairement encore à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants. Ses arguments seront repris, dans la mesure utile, dans les considérants en droit ci-après. Le recourant a requis la tenue de débats publics, l'audition de plusieurs de ses médecins, de son maître de stage à J. \_\_\_\_\_, du détective ayant procédé à la surveillance, ainsi que des responsables d'entreprises de placements temporaires et du Service des ressources humaines du canton de Genève. Il a encore demandé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En annexe, le recourant a notamment joint des rapports établis par les Dres B. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ les 31 mars et 16 avril 2015, retenant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, ainsi qu'un courrier du 30 avril 2015 du Dr T. \_\_\_\_\_, estimant pour sa part que la capacité de travail était nulle. Dans sa réponse du 10 avril 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le 4 février 2020, la Cour a tenu une audience de débats publics, à laquelle l'intimé a été dispensé de comparaître. Le recourant a confirmé ses requêtes de mesures d'instruction. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. 3. Le recourant demande, à titre préalable, que le rapport d'observation établi par un détective privé, sur mandat de l'intimé, soit retiré du dossier. Il conteste notamment l'existence du moindre soupçon de fraude qui aurait justifié une telle mesure de surveillance. a) Aux termes de l'art. 13 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile, de sa correspondance et des relations qu'elle établit par la poste et les télécommunications (al. 1). Toute personne a le droit d'être protégée contre l'emploi abusif des données qui la concernent (al. 2). Comme tout autre droit constitutionnel, le droit au respect de la vie privée et familiale peut être restreint pour un motif d'intérêt public, pour autant que l'atteinte repose sur une base légale, qu'elle soit propre à atteindre le but visé et soit proportionnée (art. 36 Cst.). L'art. 8 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) garantit que toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance (par. 1). Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou

de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui (par. 2). Faisant suite à un arrêt rendu par la Cour européenne des droits de l'homme (arrêt n° 61838/10 Vukota-Boji c. Suisse du 18 octobre 2016), le Tribunal fédéral a jugé que bien que l'art. 59 al. 5 LAI ne constituait pas une base légale suffisamment claire et détaillée pour rendre licites des mesures de surveillance au regard de l'art. 8 par. 2 CEDH, le moyen de preuve résultant de celles-ci pouvait cependant être exploité dans la mesure où il avait été récolté dans le respect de certaines conditions ( ATF 143 I 377 consid. 4 et 5 ; TF 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.2 ; TF 9C\_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3). b) En l'espèce, à l'époque où la mesure de surveillance a été ordonnée, il n'y avait effectivement pas de base légale suffisante, de sorte que l'observation litigieuse était illicite. Il existe toutefois un intérêt prépondérant à ce qu'un éventuel comportement frauduleux puisse être établi. L'intimé a agi à la suite d'une dénonciation et après de simples visites devant le domicile de l'assuré, qui ont permis de constater qu'il avait chargé des outils professionnels dans sa voiture. Cela pouvait fonder des soupçons, eu égard également aux difficultés que présentait l'assuré à ses poignets, ainsi qu'à l'asthénie décrite lors de certains stages professionnels, qui l'avait contraint à s'étendre, sans qu'une atteinte à la santé diagnostiquée explique clairement cette situation. Par ailleurs, la surveillance a porté sur le comportement du recourant à l'extérieur de chez lui et ne s'est pas déroulée sur une période étendue. Il a pu s'exprimer sur le résultat des observations et a eu l'occasion de donner des explications. Le rapport du détective doit dès lors être laissé au dossier. 4. Le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu au motif que les experts du V.\_\_\_\_\_ auraient établi un « résumé interdisciplinaire » qui ne figurerait pas au dossier et sur lequel il n'aurait donc pas pu se déterminer. a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées). b) Dans un document intitulé « évaluation consensuelle » daté du 20 septembre 2018 et signé par les Drs L.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, il est vrai qu'il est mentionné, comme annexes, un « résumé interdisciplinaire » et les « expertises de toutes les disciplines ». Il s'agit d'une simple erreur des experts, qui ont repris dans ce résumé consensuel la structure du mandat qui leur avait été confié, avec les questions et les deux annexes mentionnées après ces questions. Le mandat de l'OAI comporte effectivement une rubrique « Annexes : résumé interdisciplinaire ; expertises de toutes les disciplines » (cf. mandat d'expertise du 24 mai 2018). Au surplus, rien n'indique que l'OAI se serait fondé sur un autre document intitulé « résumé interdisciplinaire ». Il n'est par ailleurs pas vraisemblable qu'un tel document ait réellement été établi ni, à supposer que tel fût le cas, qu'il contiendrait des renseignements s'écartant de ceux qui figurent déjà dans les rapports du V.\_\_\_\_\_ se trouvant au dossier. Le grief de violation du droit d'être entendu doit donc être rejeté. 5. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, 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 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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 propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

6. L'intimé a admis une modification de l'état de santé du recourant depuis la première décision de refus de rente, justifiant une nouvelle évaluation de son taux d'invalidité et de son droit aux prestations. Il a toutefois considéré, en se fondant sur les constatations des experts du V. \_\_\_\_\_, que l'assuré disposait encore d'une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 30 %. Le recourant conteste présenter une telle capacité de travail et remet en question la valeur probante de l'expertise.

7. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent

une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). 8. a) En l'espèce, l'expertise du V.\_\_\_\_\_ répond aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle fait suite à des examens cliniques de l'intéressé et à une radiographie du poignet gauche et de la colonne cervicale réalisée à la demande du Dr F.\_\_\_\_\_ (cf. rapport de radiographie du 13 juillet 2018). Pour chacune des spécialités, l'expertise a détaillé les plaintes de l'assuré et les a prises en considération. Les descriptions du contexte médical sont claires. Les experts ont expliqué les différents éléments les ayant amenés à leurs conclusions, lesquelles sont bien motivées. En particulier, l'expert psychiatre a écarté plusieurs diagnostics psychiatriques de manière convaincante, avant de retenir uniquement celui de dysthymie. Il a tenu compte des critères posés par la jurisprudence en matière d'affections psychosomatiques et psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Il n'a observé aucune limitation de la capacité de travail au plan psychique. L'expert rhumatologue a pour sa part également procédé à un examen complet. Il a relevé des signes de majoration et un comportement quelque peu démonstratif. En définitive, il s'est rallié aux constatations faites dans le cadre du premier stage à l'O.\_\_\_\_\_, soit une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 30 %. b) Le recourant reproche aux experts d'avoir outrepassé leur mandat en établissant une anamnèse. Le grief est manifestement mal fondé, dans la mesure où il s'agit là d'une démarche essentielle dans l'expertise et qu'elle constitue un préalable nécessaire pour pouvoir répondre aux diverses questions posées. Pour le surplus, les experts n'ont pas reproché au recourant d'avoir fait part d'une anamnèse lacunaire, contrairement à ce qu'il soutient. Ils ont simplement fait le constat que l'anamnèse décrite

par l'assuré n'était pas précise, dans la mesure où il disait ne pas bien se souvenir et confondre les dates, et ne parvenait pas à décrire précisément les opérations effectuées sur le poignet gauche. c) Le recourant critique ensuite quelques imprécisions, notamment en ce qui concerne sa date d'entrée en Suisse, ainsi que son état de santé entre 1998 et 2002. En effet, les experts ont constaté, tantôt, qu'il était arrivé en Suisse en 1997 (rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ p. 3, rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ p. 3, rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ p. 3), tantôt en 1991 (évaluation consensuelle p. 3). De même, les experts ont pris en considération une fracture du scaphoïde gauche, survenue en 1998, pour laquelle l'assuré avait été traité de manière conservatrice, puis opéré une année plus tard (rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ pp. 12, 13 et 16), tout en constatant qu'il avait toujours été en bonne santé jusqu'à l'accident de 2002 (évaluation consensuelle p. 3). On voit toutefois mal qu'une erreur factuelle ou une imprécision sur ces deux points ait revêtu une importance déterminante pour l'appréciation de la capacité de travail du recourant. Il ne le démontre d'ailleurs pas. d) L'assuré fait encore grief aux experts de rester muets sur la constatation, « faite de manière indépendante l'un de l'autre mais concordante, et par le Service médical régional [...] et dans le rapport d'intégration socioprofessionnelle [...], d'une capacité de travail de 50 % ». En réalité, le SMR et le Service de réadaptation de l'OAI se sont concertés. Dans un premier temps, le Dr H. \_\_\_\_\_ a considéré que l'assuré devait éviter les mouvements répétitifs des poignets et les travaux de force, et que ces limitations fonctionnelles n'avaient probablement pas été respectées pendant le stage à J. \_\_\_\_\_. Il a estimé qu'il appartiendrait au Service de réadaptation de l'OAI de déterminer s'il existait dans l'économie une activité strictement adaptée dans laquelle une capacité de travail de 50 % au moins serait exploitable (cf. rapport du 17 juin 2014 du SMR). Ainsi, le Service de réadaptation, se référant à une évaluation de la capacité de travail à 50 % par le SMR, a estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables et a fixé le préjudice économique à 60,73 % (cf. rapport final du 9 juillet 2014). Cela étant, le recourant omet de préciser que le SMR s'est par la suite ravisé et a proposé de constater une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée (cf. avis médical du 27 août 2014), ce qui a entraîné une nouvelle évaluation du préjudice économique par le Service de réadaptation, qui l'a estimé à 38,92 % (cf. document « REA – Calcul du salaire exigible » indexé le 3 septembre 2014). Ces contradictions ont notamment conduit la Cour de céans à annuler la décision du 15 janvier 2015 rendue sur cette base et à renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision (cf. arrêt du 24 novembre 2016). On peut comprendre, au vu de ces contradictions, que les experts n'aient pas accordé d'importance déterminante aux différentes appréciations de la capacité de travail du recourant par le SMR, reprises par le Service de réadaptation de l'OAI. Dans le même sens, les rapports médicaux produits par l'assuré à l'appui de son recours, datant de 2015, reflètent le point de vue des Drs G. \_\_\_\_\_, T. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ quant à sa capacité résiduelle de travail. Les constatations de ces médecins avaient, à l'époque, contribué au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise. Celle-ci était précisément destinée à faire la part des choses entre l'appréciation de la capacité résiduelle de travail des médecins traitants et celle du SMR. Dans la mesure où l'expertise remplit les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante, la production de rapports établis en 2015 par les médecins traitants, n'apportant aucune nouvelle constatation, ne permet pas de la remettre en cause. e) Enfin, le recourant reproche aux experts une confusion entre l'évaluation de la capacité de travail raisonnablement exigible en temps, d'une part, et en rendement, d'autre part. Ce grief est mal fondé, puisqu'il ressort de l'expertise que le recourant pouvait travailler à plein temps,

avec un rendement diminué de 30 %. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la Cour de céans fait sienne cette appréciation. 9. Il convient encore d'examiner le préjudice économique subi par l'intéressé. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (cf. consid. 5a supra). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet d'appliquer une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; 129 V 222 consid. 4.1). b) En l'espèce, le moment déterminant pour comparer les revenus est l'année 2012. L'intimé s'est fondé sur le document « REA – Calcul du salaire exigible » du Service de réadaptation, indexé le 3 septembre 2014. Le recourant n'a pas contesté le revenu sans invalidité de 71'363 fr. retenu par l'OAI. Celui-ci se base sur le revenu sans invalidité fixé par la Cour de céans pour l'année 2005, soit 64'943 fr. (cf. arrêt du 10 mars 2011 précité consid. 3b), adapté à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2012. Bien que l'intimé ait annoncé une indexation jusqu'en 2014, on constate que celle-ci s'est en réalité arrêtée à 2012. En effet, l'OAI a pris en compte une indexation de 0 % pour 2012 à 2014, alors qu'elle s'élève à + 0.7 % en 2013 et + 0.8 % en 2014 (La Vie économique, tableau B 10.2). Dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle, son revenu avec invalidité doit être déterminé sur la base des données de l'ESS. L'intimé s'est fondé sur les chiffres de l'ESS 2010 et les a également adaptés à l'année 2012 seulement. Le salaire mensuel retenu par l'ESS 2010 pour les hommes effectuant une activité simple dans le secteur privé s'élève à 4'901 fr., part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2012, à savoir 41,7 heures – et non 41,6 heures tel que retenu par l'OAI – (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu d'invalidité s'élève ainsi à 5'109 fr. 29 par mois (4'901 fr. x 41,7 : 40 heures), correspondant à un montant de 61'311 fr. 51 par année. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2012, ce qui conduit à un gain annuel de 62'420 fr. (+ 1 % en 2011, + 0.8 % en 2012), soit 43'694 fr. à 70 %. L'assuré a reproché à l'OAI d'avoir refusé de procéder à un abattement de 10 % sur le salaire établi à l'aide de l'ESS. Il n'y a pourtant pas lieu de remettre en cause l'appréciation de l'intimé. Il est vrai que précédemment, l'OAI et la Cour de céans avaient validé un abattement de 10 % (cf.

décision du 22 janvier 2009 et arrêt du 10 mars 2011 précité consid. 4). La jurisprudence du Tribunal fédéral était toutefois moins restrictive à l'époque. En l'occurrence, si l'on se réfère à la jurisprudence actuelle, on constate qu'elle est nettement plus sévère et relève régulièrement qu'un abattement n'est pas nécessaire pour prendre en considération des limitations fonctionnelles lorsqu'il a déjà été tenu compte d'une baisse de rendement en raison de ces limitations (par exemple, TF 9C\_323/2018 du 20 août 2018 consid. 5 et la référence citée). Pour le surplus, l'âge de l'assuré ne justifie en l'espèce aucun abattement, ni les autres circonstances personnelles. Il résulte de la comparaison des revenus sans invalidité (71'363 fr.) et avec invalidité (43'694 fr.) un degré d'invalidité de 38,77 %, arrondi à 39 %. Ce taux est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 5a supra). Le recourant estime enfin qu'il aurait fallu prendre en considération l'ESS 2012 et non l'ESS 2014 pour établir le revenu d'invalidité. Tel que relevé ci-dessus, l'OAI s'est fondé sur les données de l'ESS 2010 en les adaptant à 2012. Si l'on tenait compte de l'ESS 2012, le revenu mensuel brut serait de 5'210 fr., lequel, adapté à un horaire de travail de 41,7 heures, s'élèverait à 5'431 fr. 43 par mois. Cela conduirait à un gain annuel de 65'177 fr. 10 par année, soit 45'623 fr. 95 à 70 % en 2012. La comparaison avec le revenu sans invalidité de 71'363 fr. pour 2012 aboutirait à un taux d'invalidité de 36,07 %, soit 36 %, ne permettant pas non plus l'octroi d'une rente. 10. Pour finir, il n'est pas nécessaire de compléter l'instruction par l'audition des témoins proposés par le recourant, ni par une expertise judiciaire, les moyens de preuve au dossier établissant les faits de manière suffisante. En particulier, l'audition des Drs T.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_, et G.\_\_\_\_\_ n'apporterait pas un éclairage déterminant sur la capacité résiduelle de travail du recourant, après qu'une expertise pluridisciplinaire a été ordonnée et que les experts ont eu connaissance des rapports établis par ces médecins. Il en va de même de l'audition du maître de stage du recourant à J.\_\_\_\_\_, dont les constatations lors du stage ont été consignées par écrit et figurent au dossier, étant encore rappelé qu'il ne peut pas poser d'appréciation médicale sur la capacité de travail du recourant. Les mêmes considérations valent pour le détective ayant établi le rapport de surveillance du 11 mai 2017. Enfin, la demande d'audition de Mme C.\_\_\_\_\_, ainsi que de MM.Z.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ s'apparente davantage à une requête d'expertise que d'audition de témoins, dans la mesure où ces personnes ne semblent pas avoir été témoins de circonstances directement liées au cas d'espèce. Quoi qu'il en soit, ces personnes seraient appelées à donner leurs constatations sur le marché du travail réel, alors que l'assurance-invalidité se réfère à un marché de l'emploi dans lequel l'offre et la demande de places de travail sont présumées s'équilibrer, y compris dans des emplois de niche impliquant certaines limitations fonctionnelles (notion de marché du travail équilibré, cf. art. 7 LPGA ; TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n o 24 ad art. 7 LPGA). En l'occurrence, on peut admettre, sans qu'il soit nécessaire d'entendre sur ce point des responsables d'entreprises d'emploi temporaire ou de ressources humaines du canton de Genève, que les limitations subies par le recourant ne sont pas telles que les possibilités d'emploi seraient, en dehors de toute considération conjoncturelle, purement théoriques ou hypothétiques sur le marché général du travail. 11. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont

fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.