

## VD\_GERICHTE ZD20.023754 vom 14. Juni 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-06-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD20.023754](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.023754)

FR: VD\_GERICHTE ZD20.023754 du 14 juin 2021

IT: VD\_GERICHTE ZD20.023754 del 14 giugno 2021

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 188/20 - 179/2021 ZD20.023754 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 14 juin 2021 \_\_\_\_\_ Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Férolles et M. Oppikofer, assesseurs Greffier : M. Favez \*\*\*\*\* Cause pendante entre  
: P.Z. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne, et  
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey,  
intimé. \_\_\_\_\_ Art. 28 LAI ; art. 43 LPGA 402

- 2 - E n f a i t : A. a) P.Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 197[...],  
divorcé, père de deux enfants nés en 200[...] et 200[...], est titulaire d'un certificat fédéral de  
capacité (CFC) de [métier de la construction] depuis 199[...]. Il a travaillé dans cette  
profession au taux de 100 % pour Y. \_\_\_\_\_ dès le 17 juillet 1995. En incapacité de  
travail depuis le 22 février 2005, l'assuré a déposé une première demande auprès de l'Office  
de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 1er mars  
2005, invoquant des problèmes de dos consécutifs à une chute d'un balcon dans l'enfance.  
Le contrat de travail de l'intéressé a été résilié pour le 31 octobre 2005. Dès le 1er  
novembre 2005, il a bénéficié d'indemnités journalières dans l'attente d'un reclassement  
professionnel au sens de l'art. 18 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur  
l'assurance-invalidité ; RS 831.201) selon décision de l'OAI du 7 novembre 2005. L'assuré  
a également bénéficié d'une orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI (loi  
fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) auprès du G. \_\_\_\_\_  
selon décision de l'OAI du 9 décembre 2005, mesure prolongée jusqu'au 31 juillet 2006  
(décision de l'OAI du 2 juin 2006). L'OAI a ensuite octroyé à l'assuré un reclassement  
professionnel (art. 17 LAI) sous la forme d'un apprentissage de [métier de la construction]  
auprès de W. \_\_\_\_\_ (décision de l'OAI du 22 août 2006) au terme duquel il a obtenu le  
CFC en 2010 et été engagé par son maître d'apprentissage. Par décision du 15 février 2011,  
confirmant un projet de décision du 16 décembre 2010, l'OAI a nié le droit à la rente,  
l'assuré

- 3 - disposant d'une pleine capacité de travail dans l'activité adaptée de [métier de la  
construction] et le préjudice économique étant limité à 11,32 %. b) L'assuré a par la suite  
travaillé comme [métier de la construction], en dernier lieu pour V. \_\_\_\_\_ jusqu'au 31  
mars 2015 avant d'émarger à l'assurance-chômage dès 1er avril 2015. L'assuré a déposé  
une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 23 novembre 2015, faisant état  
d'une discopathie sévère depuis la fin du mois d'octobre. A l'appui de sa demande, il a  
produit les rapports du 24 janvier 2012 du Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie  
orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_,  
du 19 avril 2012 du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie  
de l'appareil locomoteur dans le même centre hospitalier, et du 11 janvier 2016 du Dr

S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ces documents ont mis en évidence des lombalgies chroniques avec sciatalgies gauches intermittentes dans le cadre d'une discopathie dégénérative L5-S1, une sténose foraminale bilatérale et un déconditionnement physique. D'après le Dr S. \_\_\_\_\_, l'assuré était « candidat à un travail purement assis, sans port de charge ». Sollicité pour avis, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que les pièces médicales versées au dossier depuis la dernière décision ne fournissaient aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé. Dans un projet de décision du 31 mai 2016, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, dès lors que les rapports médicaux produits

- 4 - n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier le droit à des prestations depuis la décision du 15 février 2011. Le 25 juillet 2016, l'assuré a adressé ses objections à l'OAI et produit les rapports du Dr S. \_\_\_\_\_ du 6 juin 2016 et du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 20 mai 2016. Il a complété son dossier en remettant à l'OAI le 13 octobre 2016 le rapport du 7 octobre 2016 du Prof. P. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie au Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_. Sur la base de ces éléments, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré (cf. avis du SMR du 11 janvier 2017). Dans le cadre de l'instruction de celle-ci, l'OAI a notamment recueilli des renseignements auprès du Dr S. \_\_\_\_\_ (rapport du 18 janvier 2017) qui a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques avec irradiations douloureuses sur spondylose L5-S1 (post-traumatique avec prédominance à gauche), et de hernie discale L5-S1 entraînant une incapacité de travail de 100 % dans l'activité de [métier de la construction] en raison de l'impossibilité pour son patient de garder une position fixe debout ou assise de manière continue. Ce spécialiste a également relevé une toxicomanie sans effet sur la capacité de travail. Une activité adaptée était exigible à raison de 2 à 3 heures par jour. Quant au Dr Q. \_\_\_\_\_, il a indiqué à l'OAI que son examen électroneuromyographique (ENMG) ne montrait qu'une légère neuropathie péronière gauche qui n'expliquait pas le syndrome douloureux (rapport du 17 janvier 2017). Le 24 mai 2017, V. \_\_\_\_\_ a complété un questionnaire pour employeur, indiquant notamment que le travail de l'assuré consistait pour l'essentiel (66 %) dans une activité de [métier de la construction] en position assise et à prendre des mesures (5 %). L'assuré devait rester debout environ 5 % de son temps de travail ; il portait des charges d'au plus 10 kg. Les exigences de concentration, de soin et d'interprétation étaient importantes.

- 5 - Sur recommandation du SMR (avis du 13 juin 2017), l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire de l'assuré (orthopédie, neurologie et psychiatrie), dont le mandat a été confié à la X. \_\_\_\_\_ le 29 juin 2017. Cette expertise a été réalisée entre le 15 août et le 13 octobre 2017 par le Dr Ex.Ne. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, Ex.Psy. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Ex.Ch. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et Ex.Me. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, sous la supervision de la Dre Ex.Su. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, lesquels ont rendu leur rapport le 14 novembre 2017. Au terme de leur évaluation consensuelle du cas, les experts ont retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec syndrome radiculaire S1 gauche, algique, irritatif, non déficitaire, sur

volumineuse hernie discale L5-S1 latérale gauche (M51.1). Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu un épisode dépressif d'intensité légère (F32.0), un syndrome de dépendance à l'héroïne, actuellement abstinent sous traitement substitutif de L-Polamidon, un syndrome de dépendance à l'alcool (F10.25) et une hépatite C chronique (p. 17). Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de [métier de la construction] ou dans toutes autres activités adaptées (activité permettant d'alterner les positions, d'éviter les positions statiques au-delà d'une heure sans pouvoir se mobiliser durant 5 minutes ; rendement diminué de moitié, pas de port de charges et pas de travaux lourds) était de 50 % depuis la fin du mois de novembre 2015 (pp. 20-22). S'agissant des diagnostics psychiatriques, les experts ont retenu que la situation psychosociale de l'assuré (importants problèmes de couple ; relation pathologique et violente ; situations générant des souffrances physiques et psychiques) constituait un facteur externe à la maladie. Dans un avis du 18 janvier 2018, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions des experts.

- 6 - Le 5 juin 2018, sur requête de son service juridique, l'OAI a requis un complément d'information auprès de l'expert neurologue quant à l'exigibilité d'une intervention chirurgicale. Le 28 juin 2018, le Dr Ex.Ne. \_\_\_\_\_ a indiqué que le pronostic postopératoire était incertain. La cohérence des plaintes avec les éléments cliniques, électrophysiologiques et radiologiques était favorable, mais se voyait péjorée par le tableau psychique surajouté et le peu de motivation de l'assuré. Il a estimé que la chance que l'intéressé reprenne une activité professionnelle après une éventuelle intervention chirurgicale de sa hernie discale ne pouvait être garantie (« au mieux à 50% »). Par projet d'acceptation de rente du 28 août 2018, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de lui octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1er novembre 2016 sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %. L'assuré a contesté le projet de décision susmentionné par courriers électroniques des 11 et 24 septembre 2018. Représenté par O. \_\_\_\_\_, puis par Me Yero Diagne, l'assuré a complété ses objections les 1er novembre 2018, 31 janvier et 3 octobre 2019. Dans ce cadre, il a produit : - un certificat médical du 26 septembre 2018 du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_, attestant une incapacité de travail à 100 % du 29 septembre au 28 novembre 2018 ; - un rapport du 8 octobre 2018 de la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie au Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_, et de la Dre H. \_\_\_\_\_, médecin-assistante, faisant état d'un contexte de lombalgies chroniques d'origine multifactorielle avec des troubles dégénératifs pluriétagés, de sténose canalaire modérée en L2-L3 et L3-L4, de rétrolisthésis L5-S1, d'arthrose facettaire postérieure, de conflit radiculaire pluriétagé au niveau de S1 à droite et de L5 bilatéral avec un status post fracture-tassement de L5 et S1, d'une radiculopathie L5 à

- 7 - gauche, d'un déficit de force de l'extension de l'hallux gauche et d'une probable ostéonécrose de la tête fémorale à droite (cf. IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire du 13 septembre 2018). Les médecins ont expliqué qu'une nouvelle IRM lombaire et un nouvel ENMG étaient planifiés ; - un rapport du 6 novembre 2018 de la Dre I. \_\_\_\_\_ à l'attention de la O. \_\_\_\_\_, qui reprenait les diagnostics précédemment énumérés, confirmait l'ostéonécrose de la tête fémorale à droite (examen IRM du 10 octobre 2018) et mettait en évidence une suspicion de fracture par insuffisance de l'aileron sacré à gauche (en cours d'investigation). Elle a indiqué qu'un travail semblait peu envisageable vu les douleurs actuelles, les importants troubles de la marche associés, la

boiterie et la perte de force du membre inférieur gauche objectivée. La station statique était difficile et celle debout également limitée. La Dre Dan a estimé que le port de charge était limité et le travail de force impossible ; - un rapport du 5 décembre 2018 du Dr L. \_\_\_\_\_ et de la Dre K. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en rhumatologie au Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_, dans lequel ils ont constaté une anomalie de l'aileon sacré gauche en zone mécanique sur une surcharge mécanique possible, sans fracture aiguë (cf. IRM du bassin du 9 novembre 2018), ont fait état des réticences de l'assuré à une intervention chirurgicale et ont proposé un programme de réadaptation auprès du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_ ; - un rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 29 janvier 2019 dans lequel il retenait les diagnostics de trouble de personnalité émotionnellement labile, de trouble anxieux généralisé, de trouble dépressif récurrent et de syndrome de dépendance aux opioïdes, à l'alcool et au cannabis. Ce spécialiste a estimé que son patient présentait une incapacité de travail de 100 % et indiqué qu'il bénéficiait d'un traitement psychiatrique et

- 8 - psychothérapeutique intégré. L'assuré était reçu de manière hebdomadaire. A la suite de la production de ces rapports, l'OAI a recueilli des renseignements complémentaires auprès des services de psychiatrie et de rhumatologie du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_. Ont ainsi été versés au dossier : - un rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ à l'OAI du 20 septembre 2019, dans lequel il a retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent depuis 2005, de trouble anxieux généralisé depuis 1990, de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2005, de syndrome de dépendance à l'alcool (utilisation continue) depuis 2007 et de syndrome de dépendance aux benzodiazépines depuis 2015. Sans incidence sur la capacité de travail, il a retenu un syndrome de dépendance aux opioïdes traité par méthadone de 1994 à 2000 et dès 2006, d'utilisation nocive de THC (utilisation occasionnelle depuis 1990) et d'hépatite C depuis 2016. Le traitement se poursuivait à raison de deux à trois consultations par mois. Il a estimé que son patient pouvait travailler deux fois trente minutes par jour dans une activité adaptée en raison de l'intensité des phénomènes douloureux, des troubles de la concentration et de la mémorisation, de la fatigabilité émotionnelle et de l'irritabilité dans les relations interpersonnelles ; - un rapport de la Dre K. \_\_\_\_\_ à l'OAI du 25 septembre 2019, dans lequel elle a retenu le diagnostic ostéo-articulaire avec incidence sur la capacité de travail de lombalgies chroniques multifactorielles avec troubles dégénératifs pluri-étagés (sténose foraminale gauche L4-L5 et L5-S1 ; ancienne fracture L5-S1 ; probable radiculopathie L5 gauche ; ostéonécrose aseptique de la tête fémorale droite). Elle a expliqué qu'il existait des limitations fonctionnelles concernant la station debout et assise prolongée, les mouvements de

- 9 - flexion/extension du tronc et en port-à-faux et les ports de charges même légères. S'agissant du pronostic concernant la capacité de travail, la Dre K. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle n'était pas en mesure de répondre précisément à la question du fait qu'elle n'avait évalué l'assuré qu'à une seule reprise. Toutefois, compte tenu de la chronicité des plaintes, des troubles psychiatriques et de l'arrêt de travail prolongé depuis plus de dix ans, elle a estimé que le pronostic de la capacité de travail sur un taux de 100% était très fortement compromis. Cette spécialiste a en outre relevé que les comorbidités psychiatriques faisaient obstacle à une réadaptation. La Dre K. \_\_\_\_\_ a joint à ses réponses le rapport du 25 février 2019 du Dr L. \_\_\_\_\_ qu'elle consignait. Dans un avis du 22 novembre 2019, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé que les éléments rapportés par les services de psychiatrie et de rhumatologie du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_ correspondaient aux

conclusions des experts de la X.\_\_\_\_\_. Par décisions du 19 mai 2020 concernant le recourant ainsi que ses enfants E1.Z.\_\_\_\_\_ et E2.Z.\_\_\_\_\_, assorties d'une motivation séparée du 5 décembre 2019, l'OAI a maintenu les termes du projet de décision querellé et nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, motifs pris que l'expertise du 14 novembre 2017 était probante et que les avis des services de rhumatologie et de psychiatrie du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_ ne contenaient aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions des experts. B. P.Z.\_\_\_\_\_, représenté par Me Yero Diagne, a déféré les décisions du 19 mai 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 22 juin 2020. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement à l'annulation des décisions attaquées et à leur renvoi à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelles décisions. Il soutient que les limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiques mises en évidence dans le

- 10 - rapport d'expertise de la X.\_\_\_\_\_ et dans le rapport du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2019 rendent inexigible l'activité habituelle de [métier de la construction]. Il reproche aux experts d'avoir sous-estimé le degré de gravité fonctionnelle des atteintes à la santé psychiques et de ne pas avoir investigué leur implication dans l'axe de la personnalité. Le recourant fait grief à l'OAI de ne pas avoir complété l'instruction à raison de l'aggravation de son état de santé sur le plan rhumatologique entre l'expertise en 2017 et le prononcé des décisions attaquées. L'OAI a répondu au recours le 24 septembre 2020. Il a proposé son rejet, en se fondant notamment sur un avis du SMR du 31 août 2020, lequel constatait pour l'essentiel que le recourant n'avait fait état d'aucun élément nouveau. Le recourant a répliqué le 19 octobre 2020. Il a fait état de crises d'épilepsie en cours d'investigation au Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_. Par duplique du 9 novembre 2020, l'intimé a maintenu sa position. Se déterminant le 18 novembre 2020, le recourant a confirmé ses conclusions et produit un rapport du 19 octobre 2020 du Prof. F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et de la Dre D.\_\_\_\_\_, médecin- assistante, tous deux du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_. L'intimé a confirmé ses conclusions le 14 décembre 2020, se référant à un avis du SMR du 1er décembre 2020. Le recourant ne s'est pas déterminé plus en avant. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1)

- 11 - s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 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). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. a) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation. Se pose toutefois préalablement la question de la recevabilité du présent recours, en lien avec la rente complémentaire pour les enfants de l'intéressé. b) aa) Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par une décision ou une décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. La notion d'intérêt digne de protection au sens de cette disposition est la même que celle prévue dans la procédure fédérale de recours (ATF 130 V 388 consid. 2.2). L'intérêt digne de protection

consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. L'intérêt doit être direct et concret ; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision ; tel n'est pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 130 V 196 consid. 3).

- 12 - bb) Le Tribunal fédéral admet que toute personne ou autorité qui est légitimée à déposer une demande de prestations pour un tiers dispose de la qualité pour recourir en cas de refus (ATF 143 V 9 consid. 1 ; 138 V 292 consid. 4.3). Le Tribunal fédéral tire cette conclusion du principe d'unité de la procédure, lequel justifie de reconnaître la qualité de partie à celui qui aurait ensuite qualité pour recourir (cf. art. 34 LPGA qui renvoie à l'art. 59 LPGA). Ce principe ne permet pas forcément, à l'inverse, de reconnaître la qualité pour recourir à toute personne qui se verrait attribuer, par voie d'ordonnance ou de règlement, le droit d'annoncer un cas d'assurance. Seul le tiers qui est particulièrement atteint par la décision, c'est-à-dire celui seul qui présente un lien spécial, étroit, avec l'objet du litige, dispose de la qualité pour recourir et doit se voir reconnaître la qualité de partie à la procédure (Jean Métral, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n°27 ad art. 59 LPGA). cc) Le Tribunal fédéral a notamment admis la qualité pour recourir d'un enfant en vue d'obtenir la reconnaissance en faveur de son père, du droit à une prestation complémentaire à une rente d'invalidité. Il a pris en considération la teneur de l'art. 67 al. 1 RAVS (règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101) qui prévoit que le dépôt d'une demande de rente ou d'allocation pour impotent peut être exercé par les enfants de l'ayant droit agissant en son nom (ATF 138 V 292 consid. 4.3). Le Tribunal fédéral a également admis, dans des arrêts anciens, la qualité pour recourir d'un époux en vue d'obtenir une rente de l'assurance-invalidité en faveur de son épouse, dont il vivait séparé et était débiteur d'entretien (ATF 120 V 435 consid. 2a et 98 V 54) dd) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le droit à une rente pour enfant du titulaire d'une rente principale est prévu à l'art. 35 LAI. Les hommes et les femmes qui peuvent prétendre une rente d'invalidité ont droit à une rente pour chacun des enfants qui, au décès de ces personnes, auraient droit à la rente d'orphelin de l'assurance-vieillesse et survivants (art. 35 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 25 LAVS [loi

- 13 - fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]). Quant au cercle des personnes qui ont qualité pour agir, l'art. 66 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) indique que l'exercice du droit aux prestations appartient à l'assuré ou à son représentant légal, ainsi qu'aux autorités ou tiers qui l'assistent régulièrement ou prennent soin de lui de manière permanente. c) En l'espèce, P.Z.\_\_\_\_\_ a, par acte du 22 juin 2020, interjeté recours en son nom et a conclu à l'annulation des décisions attaquées, soit y compris celle adressée à son ex-conjointe [...] en faveur des enfants E1.Z.\_\_\_\_\_ et E2.Z.\_\_\_\_\_. Le recourant est l'ayant droit titulaire de la rente principale, laquelle fonde le droit à la prestation accessoire que constitue la rente pour ses deux enfants, même si cette dernière est versée en mains de la mère. On peut par conséquent admettre que ce droit est suffisant pour justifier d'un intérêt spécial, étroit, direct et concret avec l'objet du litige. Au surplus, il sied également de constater que le recourant a reçu en copie la décision de rente complémentaire du 19 mai 2020. Il a dès lors qualité pour recourir dans le cadre du litige relatif au droit à la rente complémentaire liée à

la rente d'invalidité principale. Partant, le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité et sur celui de ses enfants à une rente pour enfant au sens de l'art. 35 LAI, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail. 3. a) Est réputée invalidité 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 ; art. 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

- 14 - psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). c) Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). e) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine

- 15 - des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2). f) aa) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215).

Il a notamment abandonné la présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndromes de dépendance. Il s'agit dorénavant de déterminer au moyen d'une procédure structurée d'administration des preuves (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail de la personne concernée (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2). Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des toxicomanies doit être établi dans le cadre d'un examen global en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de

- 16 - même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 145 V 215 consid. 4.1 et les références citées ; 143 V 409 consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). bb) Une fois le diagnostic posé par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une

- 17 - comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même)

doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). cc) Le fait qu'une expertise n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). 4. a) En l'occurrence, l'OAI s'est basé sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la J.\_\_\_\_\_ du 14 novembre 2017 pour retenir que la capacité de travail du recourant était de 50 % depuis fin novembre 2015 dans son activité habituelle de [métier de la

- 18 - construction], comme dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (expertise, pp. 21-22). Le recourant reproche à l'intimé une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents. Il se prévaut d'une violation de la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA). Il conteste la valeur probante et l'actualité de l'expertise de la J.\_\_\_\_\_, motifs pris de diagnostics divergents, d'estimations différentes de sa capacité de travail et d'une évolution de son état de santé entre les conclusions des experts du 14 novembre 2017 et la décision entreprise du 19 mai 2020. Il soutient aussi que l'expert psychiatre n'aurait pas examiné les addictions relevées au moyen des indicateurs jurisprudentiels. b) aa) Sur le plan formel, force est de constater que l'instruction médicale du dossier en vue de l'expertise était incomplète. Au moment de rendre leur rapport, les experts ne disposaient pas du moindre rapport médical relatif à la prise en charge du recourant auprès du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_ pourtant évoquée par le Dr S.\_\_\_\_\_ (suivi au Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_ pour des addictions, cf. rapports des 6 juin 2016 et 18 janvier 2017 de ce chirurgien). Ce renseignement était connu du SMR et l'on ne comprend pas, même à considérer l'ancienne jurisprudence, pour quel motif ce service n'a pas requis de renseignements médicaux auprès du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_ dans le cadre de son avis du 11 janvier 2017, qu'il a limité à la problématique somatique. A ce stade de l'instruction de la demande, il ne pouvait pas y renoncer par appréciation anticipée dès lors que les faits pertinents n'étaient pas établis de manière correcte et complète. Le dossier constitué par l'intimé à l'attention des experts était ainsi incomplet. Les experts ne sont pas exempts de toute remise en cause à ce propos dès lors qu'ils ont, semble-t-il, recueilli eux-mêmes des renseignements médicaux (trop précis pour émaner du seul recourant) à propos d'hospitalisations en milieu psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 14 novembre 2017, pp. 4 et 12), ceci sans toutefois faire état de leurs

- 19 - sources (renseignements téléphoniques ? éventuels rapports ?). Or, une telle exigence, non respectée en l'espèce, ressort clairement des Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance éditées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (p. 7, ch. 1.3.2). Au dossier, les premiers renseignements émanant du Service de psychiatrie du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_ datent du 29 janvier 2019, soit plus d'une année après

l'expertise. Ils n'ont pas été soumis aux experts. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a complété un formulaire médical à l'attention de l'intimé le 20 septembre 2019. Les rapports du Dr N. \_\_\_\_\_ ne permettent toutefois pas à la Cour de comprendre sur quelles bases les experts se sont prononcés. En effet, ce psychiatre se prononce sur la situation à la date de son rapport. En présence d'à tout le moins deux hospitalisations en milieu psychiatrique en 2015-2016 (expertise J. \_\_\_\_\_, p. 4) et d'un tentamen médicamenteux en 2015 (expertise J. \_\_\_\_\_, p. 12), il n'est pas possible à la Cour de céans d'apprécier la valeur probante des conclusions des experts sans connaître les renseignements auxquels ils ont eu accès. Dans ces circonstances, l'instruction menée par l'intimé s'avère incomplète (art. 43 LPG) ce qui conduit à l'annulation des décisions entreprises et à leur renvoi pour complément d'instruction pour ce premier motif. bb) Sur le fond, l'expertise de la J. \_\_\_\_\_ a été réalisée alors que le Tribunal fédéral avait déjà étendu l'évaluation du caractère invalidant par la grille des indicateurs aux atteintes psychiques, mais pas encore aux syndromes de dépendance. La jurisprudence alors applicable prévoyait que la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne jouait un rôle dans l'assurance-invalidité que lorsqu'elle avait provoqué une maladie ou un accident qui entraînait une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résultait elle-même

- 20 - d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui avait valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). C'est en application de cette jurisprudence que les experts ont exclu en consilium tout effet incapacitant dû aux syndromes de dépendance du recourant, retenant que la consommation de drogues et d'alcool n'est pas à proprement parler secondaire à un trouble de la personnalité ou à une maladie psychique (p. 20). Il s'agissait d'ailleurs de la question posée par l'intimé aux experts dans le questionnaire annexé au mandat du 29 juin 2017 (ch. II/5). Compte tenu du changement de jurisprudence intervenu entre le rapport d'expertise et les décisions litigieuses, il convient de déterminer si l'expertise permet de se prononcer sur le caractère invalidant des syndromes de dépendance du recourant au regard des nouveaux indicateurs applicables. Le Dr Ex.Psy. \_\_\_\_\_ explique au status et dans son appréciation les raisons pour lesquelles il ne retient aucun diagnostic psychiatrique incapacitant en tant que tel. Il expose ce qui suit (pp. 12- 13) : « Status Il s'agit d'un homme de 45 ans faisant son âge, à l'hygiène et l'habillement conservés, marchant avec une importante boiterie à gauche. L'entretien démarre d'emblée sur les plaintes à l'encontre des collègues d'expertise par lesquels l'expertisé déclare avoir été mal reçu. Le contact est légèrement teinté d'une tonalité inauthentique rendant difficile l'éprouvé d'une empathie, même si l'expert ne met pas en doute les déclarations de l'expertisé. Durant l'entretien, on n'observe pas de ralentissement, pas de fatigue, pas de trouble du langage, pas de trouble de l'orientation, pas de trouble de l'attention ou de la vigilance. Le discours est plutôt abondant, volontiers digressif, par moment flou et peu informatif. Le contenu est marqué par une tendance à la projection, un manque d'autocritique, une évocation des affects limitée. L'humeur est déprimée avec une congruence idéo-affective. Outre les plaintes d'ordre physique, l'expertisé peine à articuler les plaintes plus psychologiques. Il décrit des troubles du sommeil, des moments d'anxiété, une perte de motivation, une incapacité à « calculer ou réfléchir ». Diagnostics (CIM-10) • Episode dépressif d'intensité légère.F32.0 • Syndrome de dépendance à l'héroïne, actuellement abstinent.

- 21 - • Syndrome de dépendance à l'alcool.F10.25 • Dorsolombalgies sur troubles dégénératifs. Discussion L'entretien, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux permettent de retenir les diagnostics d'épisode dépressif d'intensité légère, de dépendance à l'héroïne et de dépendance à l'alcool. En ce qui concerne le trouble dépressif, celui-ci est d'intensité légère de par le nombre et la gravité des différents symptômes qui le constituent. En ce qui concerne le diagnostic de dépendance à l'héroïne, notons qu'une rechute de la consommation a en effet eu lieu en 2015 et a pu être rapidement jugulée sous un suivi spécialisé et après sevrage en milieu hospitalier. Les consommations de stupéfiants ont duré précédemment de l'âge de 16 à 20 ans sans contexte de stresser psychologique particulier pouvant être identifié comme cause majeure de ces consommations. Notons que la consommation de substances n'a apparemment jamais entraîné d'arrêts de travail. Pour ce qui est de la consommation d'alcool, celle-ci est stabilisée avec un projet d'abstinence toujours sous suivi spécialisé. Notons également que la consommation d'alcool n'a apparemment pas entraîné de difficultés professionnelles. En conclusion, les diagnostics psychiatriques posés ne peuvent être considérés comme incapacitants et il semble que la situation psychosociale actuelle de l'expertisé soit lourdement grevée par des problèmes de couple dans le contexte d'une relation pathologique et violente, situation générant des souffrances physiques et psychiques en tant que facteur externe non assimilable à une affection médicale. » En consilium, les experts ont souligné que la situation psychosociale actuelle difficile de l'expertisé (importants problèmes de couple dans le contexte d'une relation pathologique et violente) générerait des souffrances physiques et psychiques, qui n'avaient toutefois pas valeur d'affection psychiatrique en tant que facteur externe à la maladie (p. 20). Cette conclusion pourrait être entendue s'agissant de la situation prévalant au moment de l'expertise si le dossier était complet et permettait de se prononcer en toute connaissance de cause, ce qui n'est pas le cas (cf. consid. 4b/aa ci-dessus). Le Dr Ex.Psy.\_\_\_\_\_ retient aussi les diagnostics de syndrome de dépendance à l'héroïne (abstinent au moment de l'expertise) et de syndrome de dépendance à l'alcool. Il a toutefois limité son champ d'investigation aux facteurs psychosociaux qu'il estime prépondérant comme on l'a vu ci-dessus (cf. p. 20). Il n'a pas examiné de manière approfondie l'impact de la consommation de drogues et d'alcool sur la capacité de travail, se limitant à relever que celle-ci n'a

- 22 - « apparemment » pas eu de conséquences professionnelles (pp. 13). Il est ainsi implicite que cette question n'a pas été développée par les experts. Contrairement à ce qu'indique le Dr R.\_\_\_\_\_ dans son avis du 22 novembre 2019, les diagnostics indiqués par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans le cadre de la procédure d'audition n'étaient pas tous déjà connus des experts. Le cadre des addictions prête ainsi à controverse. Aucune dépendance aux benzodiazépines n'est retenue par les experts (bien qu'évoquée dans leur résumé, non documenté, des faits) tandis que le psychiatre traitant retient ce diagnostic dans son rapport du 25 septembre 2019. Dans ce même rapport, le Dr N.\_\_\_\_\_ fait aussi état d'une majoration des troubles dépressifs et d'une éventuelle composante somatoforme. On ignore toutefois dans quel contexte est intervenue cette aggravation alléguée des atteintes à la santé et si les facteurs psychosociaux (notamment la relation pathologique du recourant avec son amie) sont toujours d'actualité, étant précisé que le recourant consulte tout de même deux à trois fois par mois le Département de psychiatrie du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_. L'instruction doit aussi être complétée du fait d'une possible évolution, les rapports du Dr N.\_\_\_\_\_ mettant en doute l'actualité de l'expertise sur ces points. De plus, même à supposer qu'il existe des facteurs psychosociaux en relation avec les addictions, ce qui est

souvent le cas, un examen global des indicateurs doit ressortir de l'expertise et ne peut pas être éludé. La procédure probatoire doit ainsi être reprise pour investiguer, sur la base d'un dossier complet, la gravité fonctionnelle des addictions et/ou d'un autre diagnostic, pour évaluer les ressources du recourant face à ses addictions et l'impact de celles-ci sur la constitution caractérologique de l'intéressé. Même si elle doit être reprise dans son ensemble de manière détaillée, l'analyse des indicateurs apparaît en particulier lacunaire sur la question de la résistance au traitement, pour laquelle des exigences de motivation accrue sont requises (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 et les références citées). Si l'on peut comprendre qu'un tel examen est délicat

- 23 - dans un contexte, apparemment évolutif, de dépendances, il n'est toutefois pas possible d'y renoncer, au vu des exigences jurisprudentielles. S'agissant en particulier du syndrome de dépendance à l'alcool, la poursuite du traitement est préconisée par les experts (p. 21). Ils n'ont toutefois pas examiné la question de la résistance et de la collaboration du recourant à celui-ci, ceci étant rappelé que tout assuré est dans l'obligation de diminuer le dommage à l'assurance en se soumettant à un traitement susceptible d'améliorer son état de santé (art. 21 al. 4 LPGA ; ATF 145 V 215 consid. 5.3.1 et 8.2). La nouvelle expertise devra ainsi se prononcer sur l'exigibilité d'un sevrage, sur les options thérapeutiques à disposition et sur l'existence d'empêchements relevant de la personnalité qui entraveraient une thérapie. cc) Dans le contexte de doutes persistants quant à l'évolution de l'état de santé du recourant sur près de deux ans et de documents qui ne figurent pas au dossier, il n'était pas conforme au droit fédéral, et singulièrement au principe inquisitoire, de se fonder sur les éléments de preuve du dossier qui ne permettent pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, les éventuelles limitations fonctionnelles d'ordre psychique affectant le recourant à la date de la décision entreprise, ceci même en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux. Cela conduit aussi à l'annulation des décisions entreprises. c) aa) Sur le plan neurologique, l'expert Ex.Ne.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit dans le cadre de sa mission (p. 11) : « Les plaintes sont donc caractérisées par d'une part des symptômes psychiques, et d'autre part par une lombosciatalgie gauche, dont les plaintes sont prototypiques. Au status on peut mettre en évidence un tableau assez caractéristique d'une lombosciatalgie, avec une boiterie d'épargne, un Lasègue nettement positif, un émoussement du réflexe achilléen gauche, mais il n'y a pas de net déficit moteur ni sensitif. Sur le plan électrophysiologique, il existe des arguments myographiques en faveur d'une souffrance radiculaire S1 gauche.

- 24 - On retrouve comme le Docteur Q.\_\_\_\_\_ de discrètes anomalies neurographiques, qui sont probablement l'expression d'une neuropathie sous-jacente, peut-être liée à l'hépatite C, mais asymptomatique. Les pièces radiologiques sont cohérentes avec le reste du tableau clinique et électrophysiologique, et mettent en évidence une assez volumineuse hernie discale L5-S1 gauche, comprimant la racine S1 gauche. Au total on retiendra chez cet assuré une lombosciatalgie S1 gauche, algique et irritative, non déficitaire, en relation avec une hernie discale L5-S1 bien documentée par IRM. Ce tableau évoluant depuis plus de deux ans, on peine à comprendre pourquoi l'indication chirurgicale n'a pas été retenue. » Dans le cadre du recours, l'intéressé a produit un nouveau rapport du service de neurologie du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2020 faisant état d'un contexte de crises d'épilepsie dès le 9 octobre 2019 avec plusieurs récurrences ayant notamment conduit à une hospitalisation aux soins intensifs, ainsi que d'un traumatisme crânien en 2019 avec perte de connaissance. Ledit rapport, rédigé à l'attention de la médecin généraliste du recourant,

ne se prononce toutefois pas sur la capacité de travail du recourant ni sur d'éventuelles conséquences sur les capacités cognitives de l'intéressé. Or, le Dr N. \_\_\_\_\_ fait justement état, plus d'une année après l'expertise, de trouble de la concentration et de la mémorisation (rapport du 20 septembre 2019). Dès lors que les décisions doivent être annulées pour les motifs susmentionnés, l'instruction devra être reprise et le cas échéant complétée s'agissant de la composante épileptique et du traumatisme crânien, ainsi que de leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail (TF 9C\_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 5.2). bb) Quant à l'expert orthopédiste, il a soigneusement examiné le recourant ne retrouvant pas au status de trouble au niveau des membres inférieurs (p. 15). Il a apprécié le cas de l'assuré comme il suit : « Présente des lombalgies depuis 2003, avec mise en évidence d'un état malformatif disco-vertébral lombaire inférieur L4-L5 et plus particulièrement L5-S1. Va présenter des épisodes de lombosciatalgies gauches, pour lesquels il ne sera jamais clairement mis en évidence de syndrome déficitaire sensitivomoteur. Il va présenter également des troubles statiques avec un effacement

- 25 - progressif de la lordose lombaire et une très discrète scoliose lombaire. L'étude des bilans radiologiques successifs montre une péjoration de la discopathie L5-S1, avec apparition d'un rétrolisthésis dégénératif ses dernières années. La charnière lombo-sacrée s'est pratiquement spontanément arthrodésée, puisqu'elle ne bouge plus sur les fonctionnelles depuis 2011. En date du consilium je constate effectivement un homme de 45 ans, en bon état général, légèrement déconditionné sur le plan musculaire dans un contexte d'alcool-tabagisme et d'addictions multiples. Il présente effectivement des troubles statiques de son rachis sous forme d'un effacement de la lordose lombaire, un dos parfaitement plat. La mobilité du rachis est globalement restreinte particulièrement en flexion antérieure ce qui peut se comprendre compte tenu que le niveau L5-S1 est complètement bloqué. Je constate toutefois une variation très importante de la mobilité rachidienne selon que l'assuré bouge, se déplace, occupé ou distrait ou lors de l'exécution des ordres simples. Il y a une incohérence fonctionnelle majeure sur le plan de la mobilité du rachis et de l'utilisation de la jambe à gauche. Concernant la jambe gauche, je ne mets pas en évidence d'amyotrophie qu'elle soit crurale ou jambière, je n'ai pas retrouvé de syndrome irritatif lors de mon examen et certaines positions prises, caricaturales avec sa jambe gauche, sont plutôt l'opposé des manœuvres d'évitement ou d'épargne du membre inférieur gauche. Vis-à-vis de l'ostéonécrose de la tête fémorale droite mise en évidence radiologiquement, celle-ci semble parfaitement stable sans signe d'activité visualisé à l'IRM de 2016 et il n'y a aucune plainte et aucun trouble fonctionnel du membre inférieur droit. J'ai vu l'assuré se déplacer aisément et tout à fait normalement sans qu'il soit observé avant l'expertise alors qu'il se rendait à mon cabinet. En résumé, s'il présente clairement des troubles statiques et dégénératifs avancés de son rachis lombaire bas justifiant des mesures d'épargne de son rachis lombaire, son activité de [métier de la construction] est parfaitement appropriée s'agissant d'une activité sans port de charge, dans laquelle les déplacements occasionnels sont possibles. » Dans leur rapport du 6 novembre 2018 [...], les Dres I. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ ont pour leur part fait état de ce qui suit : « Nous avons suivi P.Z. \_\_\_\_\_ dans un contexte de lombalgies chroniques d'origine multifactorielle avec des troubles dégénératifs pluriétagés, sténose canalaire modérée en L2-L3 et L3-L4, rétrolisthésis L5-S1, arthrose facettaire postérieure, conflit radiculaire pluriétagé au niveau de S1 droit et L5 bilatéral avec un status post fracture-tassement de L5 et S1 et, actuellement, une

- 26 - symptomatologie de radiculopathie L5 gauche et déficit de force de l'extension de l'hallux gauche. » Le recourant a également bénéficié d'investigation au niveau du bassin. Dans leurs rapports des 5 décembre 2018 et 25 février 2019, le Dr L. \_\_\_\_\_ et la Dre K. \_\_\_\_\_ ont indiqué, après analyse de l'IRM du bassin du 9 novembre 2018 qu'il existait une anomalie de l'aileron sacré gauche en zone mécanique sur une surcharge mécanique possible, mais qu'une fracture aiguë était à exclure. Ils ont en outre précisé que la radiculopathie L5 à gauche et le déficit de force de l'extension de l'hallux gauche (racine L5) évoluaient depuis environ un an. Le déficit de force du membre inférieur gauche est aussi signalé par la Dre I. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 novembre 2018. Invitée à se prononcer sur les limitations fonctionnelles par l'OAI, la Dre K. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit en réponse au questionnaire qui lui était soumis (rapport du 25 septembre 2019 ch. 3.4) : « Il existe des limitations fonctionnelles dans la station debout et assise prolongée, les mouvements de flexion/extension du tronc et en port-à-faux. Limitations des ports de charges même légères. » Ces limitations sont certes similaires à celles retenues par les experts (p. 22 ; activité permettant d'alterner les positions, d'éviter les positions statiques au-delà d'une heure sans pouvoir se mobiliser durant 5 minutes ; rendement diminué de moitié, pas de port de charges et pas de travaux lourds). Toutefois, la Dre K. \_\_\_\_\_ ne se prononce qu'en fonction des atteintes au rachis. Elle ne s'est pas prononcée sur d'éventuelles limitations à mettre en relation avec le déficit de force de l'extension de l'hallux gauche (escaliers, échelle, périmètre de marche). Par ailleurs, on saisit mal pour quel motif les experts sont partis du principe que l'activité habituelle du recourant ne nécessitait pas de port de charges et demeurait exigible. En effet, le rapport employeur du 24 mai 2017 établi par V. \_\_\_\_\_ indique que le port de charge était occasionnellement nécessaire (ch. 5, au plus 10 kg).

- 27 - cc) Pour les motifs indiqués ci-dessus, l'OAI devra aussi compléter l'instruction sur le plan somatique. Dès lors, il lui appartiendra également d'instruire le contexte neurologique (épilepsie et traumatisme crânien) et ses éventuelles répercussions cognitives, ainsi qu'une éventuelle évolution des atteintes dégénératives ostéo-articulaires (TF 9C\_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 5.2). 5. a) 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'administration est en principe justifié 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 ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. En outre, elle ne semble pas refléter la situation de l'assuré au jour de la décision attaquée, voire même au jour de l'expertise mise en oeuvre. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il devra ainsi recueillir l'intégralité du dossier du recourant auprès du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_ et de ses différentes unités ([...]) et actualiser les renseignements auprès du Dr N. \_\_\_\_\_, ceci afin que les nouveaux experts puissent se déterminer en toute connaissance de cause. L'intimé devra aussi actualiser les

renseignements sur le plan somatique,

- 28 - ceci à tout le moins auprès des Services de neurologie et de rhumatologie du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_, voire auprès du Service de médecine physique du même Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_ ou de tout autre médecin suivant le recourant. Une fois le dossier complété, il mettra en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de nouveaux experts qui tiendra compte de la jurisprudence pertinente en matière d'addiction et le cas échéant en adaptant ou en étendant le champ d'investigation (ex. : rhumatologie, examen neuropsychologique, sérologie) si le SMR ou le centre d'expertise désigné l'estime utile. Il statuera ensuite sur le droit du recourant et de ses enfants aux prestations de l'assurance-invalidité et sur l'éventuelle exigibilité d'un traitement. 6. a) Le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation des décisions rendues par l'OAI, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe. Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'250 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé. Par ces motifs,

- 29 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. Les décisions rendues le 19 mai 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelles décisions. 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 au recourant une indemnité de 3'250 fr. (trois mille deux cent cinquante 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 Diagne (pour le recourant), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé), - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies.

- 30 - 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 :

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