

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 août 2014

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Rossier et M. Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par le Centre social protestant, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 43 et 44 LPGA ; 8 et 28 LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], d'origine portugaise et au bénéfice d'un permis B, est marié et père de trois enfants. Il est arrivé en Suisse en 1980 et a travaillé depuis le 19 avril 2006 en qualité de magasinier-livreur à 100% pour l'entreprise P._____SA, à [...]. En incapacité totale de travail depuis le 10 octobre 2011 pour des douleurs au genou droit, l'assuré a perçu des indemnités journalières de son assureur perte de gain maladie, R._____ (ci-après : R._____).

Dans un rapport intermédiaire du 24 novembre 2011 à R._____, le Dr L._____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de gonalgies bilatérales, plus importantes à droite, sur gonarthrose et de suspicion d'un syndrome de la bandelette à gauche. Il a attesté une incapacité totale de travail de l'assuré dès le 10 octobre 2011.

Le 16 février 2012, une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) a été réalisée. Les Dresses F._____, médecin associée, et O._____, médecin assistante, auprès du Service de radiologie du G._____ (ci-après : G._____) ont observé une déchirure radiaire complète de la corne postérieure du ménisque interne à proximité de sa racine associée à une chondropathie fémoro-tibiale interne de grade IV. Il n'y avait en revanche pas de signe en faveur d'un syndrome de la bandelette ilio-tibiale.

Le 23 février 2012, les Drs W._____, chef de clinique, et B._____, médecin assistant, auprès du Service d'orthopédie et traumatologie du G._____, ont adressé un rapport au Dr L._____. Ils ont expliqué que les douleurs de l'assuré sur la partie externe du genou droit persistaient et qu'ils préconisaient la poursuite du traitement anti-inflammatoire et de la physiothérapie.

B. Le 28 mars 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, indiquant être en incapacité de

travail à 100% depuis le 10 octobre 2011, en raison d'une pathologie au genou droit.

Dans un rapport de mai 2012 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr L._____ a posé les diagnostics de douleurs au genou droit d'origine indéterminée, depuis 2011, entraînant une incapacité de travail totale depuis lors, et un diabète de type II depuis 2010 sans répercussion sur la capacité de travail. Le médecin traitant a joint à son envoi à l'OAI, un rapport du 24 avril 2012 du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le Dr X._____ estimait que le rapport d'IRM montrait plutôt une lésion méniscale interne.

Dans un rapport intermédiaire à R._____ du 24 mai 2012, les Drs W._____ et B._____ ont retenu le diagnostic de douleurs à la face externe du genou droit d'origine indéterminée. Ces médecins avaient examiné l'assuré le 6 février 2012 pour la dernière fois. Ils estimaient que l'assuré présentait une capacité de travail partielle à 50% du 29 mars au 29 avril 2012, puis entière dès le 30 avril 2012.

Dans un rapport du 30 mai 2012 à l'OAI, les Drs W._____ et B._____ ont fait les mêmes constatations que dans leur rapport intermédiaire à R._____ du 24 mai 2012.

Le 15 juin 2012, l'assuré a subi une arthroscopie avec plastie de l'échancrure et régularisation du cartilage du condyle interne, le diagnostic posé étant celui de dérangement postéro-externe du genou droit (cf. protocole opératoire du Dr X._____).

Dans un avis médical du 23 avril 2013, le Dr V._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) et spécialiste en chirurgie, a retenu qu'il n'y avait pas de raisons de s'écarter des conclusions des Drs W._____ et B._____ du G._____, lesquels reconnaissaient à l'assuré une capacité de travail de 50% du 29

mars au 29 avril 2012, puis une pleine capacité de travail dès le 30 avril 2012.

Par courrier du 5 mai 2013, l'assuré a informé l'OAI qu'il n'avait toujours pas repris son activité habituelle.

Le 6 mai 2013, R._____ a fait parvenir à l'OAI divers documents médicaux, à savoir notamment :

- un rapport du 19 septembre 2012 du Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, lequel a diagnostiqué un probable accès de podagre du pied droit et une gonarthrose droite anamnétique avec status après opération plica synovialis par arthroscopie le 15 juin 2012. Ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré ;

- un rapport du 10 septembre 2012 du Dr X._____ lequel a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail entière depuis octobre 2011 ;

- un rapport du 27 juillet 2012 du Dr D._____ au Dr X._____, dont la teneur était notamment la suivante (cf. rubrique « discussion ») :

« Je confirme ton hypothèse de goutte (podagre) au décours sur la base des déclarations de ton patient, des constatations de l'examen clinique et du bilan para-clinique notamment radiologique et des analyses biologiques réalisées lors de la consultation du 16 juillet 2012. Ce bilan a révélé un très discret syndrome inflammatoire en présence d'une glycémie et d'un acide urique manifestement augmenté à 540 mcmmol/l. Il y avait également une légère perturbation des tests hépatiques qui pourrait être liée soit à son diabète, à son obésité, soit éventuellement à sa consommation OH régulière. Toujours est-il [que] le bilan immunologique s'est avéré normal et du point de vue du status clinique, j'ai donc constaté actuellement une légère sensibilité de la base du MT1 sans aucun autre signe inflammatoire, enfin au niveau du genou droit le patient est encore très algique, des suites de son arthroscopie avec des signes cliniques qui pourraient faire suspecter une atteinte méniscale externe. Etant donné qu'il est donc suivi par toi-même pour cette problématique du genou je n'ai donc fait aucun examen d'autant plus qu'il a rendez-vous chez toi tout prochainement. Du

point de vue thérapeutique je lui ai proposé un traitement de Celebrex 2 x 200 mg/j qui a eu un effet bénéfique sur les douleurs qu'il ressentait encore au niveau de son genou et de son pied. Compte tenu du fait que les crises surviennent de manière impromptue et particulièrement au niveau du gros orteil, l'hypothèse d'une crise de goutte demeure le plus probable chez un patient qui a en outre un acide urique fort augmenté. Du point de vue thérapeutique, selon les recommandations internationales, il y a lieu d'initier un traitement d'Allopurinol uniquement à partir de 3 crises prouvées par année, vu qu'il ne fait que des crises fort épisodiques c'est à dire une fois par an selon lui, un traitement de Colchicine devrait suffire. A cet effet je lui ai prescrit de la Colchicine à ne prendre que lors des crises, 1 mg 3 x/j le 1^{er} jour puis 2 mg le 2^{ème} jour, puis 1 mg le 3^{ème} jour je lui ai également recommandé de sevrer le Celebrex que je lui avais prescrit il y a 10 jours. Pour le moment il n'y a donc pas d'autre mesure thérapeutique à envisager en cas de nouvelle récurrence critique et ainsi s'il faisait donc plus de 3 crises par année ou s'il présentait des lithiases uratiques voire des tophus on devrait alors initier un traitement d'Allopurinol en commençant par des doses de 100 mg/j sous prophylaxie de Colchicine pendant en tout cas 2 mois à raison de 0,5 mg/j. Il faut bien entendu encourager le patient à bien s'hydrater en été et d'éviter de consommer trop d'alcool. Enfin il n'y aurait actuellement pas d'élément clinique qui irait dans le sens d'une gonarthrite goutteuse concernant son genou droit, il déclare que les douleurs étaient essentiellement mécaniques dans le cas de son activité professionnelle de chauffeur de camion et il n'a donc jamais eu de crises de gonalgies avec épanchement, rougeur et chaleur à son genou. »

Par courrier du 28 août 2013, le Dr L._____ a demandé à l'OAI de statuer sur le droit à une rente ou à une mesure de reclassement professionnel.

Dans un avis médical du 29 août 2013, le Dr V._____ a relevé ce qui suit :

« Les rapports du Dr D._____ et du Dr X._____ font état d'une probable crise de goutte du pied droit, et d'une gonarthrose anamnestique droite déjà connue.

Il convient de relever qu'il s'agit d'une crise de goutte unique, en aucun cas responsable d'un arrêt de travail de longue durée.

L'atteinte du genou a fait l'objet d'investigations spécialisées au G._____, qui ont permis de conclure à une tendinite ilio-tibiale, et non à une gonarthrose.

Au surplus, je constate que le Dr D._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail. Quant au Dr X._____, il atteste une incapacité de travail totale sans argumenter son propos.

Dans ces conclusions, nous nous en tenons aux estimations des spécialistes du G._____, telles que résumées dans l'avis SMR précédent. »

Le 3 octobre 2013, l'OAI a rendu un projet de décision refusant le droit à des prestations à l'assuré. L'OAI a retenu qu'après examen du dossier par le SMR, force était de constater qu'il présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 50% depuis le 29 mars 2012 et de 100% dès le 30 avril 2012, dans toute activité et sans aucune restriction. La durée de l'incapacité de travail admise étant inférieure à une année, le droit à une rente n'était pas ouvert.

Par décision du 12 novembre 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 3 octobre 2013.

C. Par acte du 10 décembre 2013, T._____, représenté par le Centre social protestant, interjette recours contre la décision du 12 novembre 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, préliminairement à ce qu'il soit renoncé à toute avance de frais, principalement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI notamment pour évaluer son degré d'incapacité de travail, ainsi que pour mettre en place une mesure de réadaptation professionnelle, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ou d'une réadaptation professionnelle. En substance, il fait valoir que l'OAI n'a pas suffisamment investigué son état de santé ni évalué sa capacité de travail résiduelle. Le recourant produit à l'appui de son recours un rapport du 24 avril 2013 de la Dresse N._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, au Dr L._____. Elle a posé les diagnostics de gonalgies droites chroniques dans le cadre d'une chondropathie fémoro-tibiale interne et d'une gonarthrose, de status après arthroscopie du genou droit le 15 juin 2012 et d'allergie à l'aspirine. Elle a expliqué n'avoir pas d'autre traitement à proposer hormis l'essai d'un antiarthrosique d'action lente.

Le 10 décembre 2013, l'OAI a répondu qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise orthopédique, se fondant sur un avis

médical du 21 janvier 2014 du Dr V._____ du SMR, produit avec la réponse. Selon ce médecin, malgré la persistance des douleurs, le recourant n'avait pas bénéficié d'un conseilium rhumatologique ou d'un contrôle orthopédique. Le Dr V._____ préconisait dès lors une expertise orthopédique pour définir les limitations fonctionnelles et leur répercussion sur la capacité de travail.

Le 5 mars 2014, le recourant a déclaré être d'accord pour se soumettre à une expertise orthopédique, telle que proposée par l'OAI.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel et à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant :

a. que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels;

b. que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

Constituent notamment des mesures de réadaptation au sens de cette disposition les mesures d'ordre professionnel, telles que l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital (art. 8 al. 3 let. b LAI).

c) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette années, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est

échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin

que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6 ; TFA U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

4. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'avis du Dr V._____ pour refuser les prestations au recourant. Le Dr V._____ a retenu qu'il n'y avait pas de raisons de s'écarter des conclusions des Drs W._____ et B._____ du G._____, lesquels reconnaissaient au recourant une pleine

capacité de travail dès le 30 avril 2012. Le recourant soutient quant à lui qu'il est incapable de travailler, dans son activité habituelle de magasinier-livreur, en raisons de ses douleurs au genou.

C'est sur la base de la seule appréciation des Drs W._____ et B._____ que le droit à des prestations de l'assurance-invalidité a été nié. Ils ont retenu une capacité de travail de 50% du 29 mars au 29 avril 2012 et de 100% dès le 30 avril 2012 (cf. rapports des 24 et 30 mai 2012). Or, la dernière consultation du recourant remontait au 6 février 2012. Ces médecins ont donc procédé à une évaluation prospective de la capacité de travail du recourant, alors que son état de santé n'était pas stabilisé. En effet, celui-ci a subi une arthroscopie le 15 juin 2012 dont les médecins du G._____ n'ont pas fait mention dans leurs rapports des 24 et 30 mai 2012. Par ailleurs, le Dr X._____, médecin qui a réalisé l'arthroscopie attestait, plus de deux mois après l'opération, une incapacité de travail entière depuis octobre 2011, sans autres précisions, à l'instar du médecin traitant le Dr L._____ (cf. rapport du 10 septembre 2012 du Dr X._____ et rapport établi en mai 2012 par le Dr L._____). En outre, l'estimation prospective des médecins du G._____ sur la capacité de travail du recourant n'est étayée par aucune autre pièce médicale au dossier. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait pas déduire du rapport des médecins du G._____ que le recourant présentait une pleine capacité de travail dès le 30 avril 2012, lorsqu'il a établi l'avis médical du 23 avril 2013 et celui du 29 août 2013. Dès lors que le recourant a subi une arthroscopie le 15 juin 2012, que ses douleurs ont persisté, et que les Drs X._____ et L._____ attestaient une incapacité de travail entière depuis octobre 2011, il appartenait à l'OAI d'instruire la cause. Il convient, par conséquent, de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède conformément à son obligation d'instruire la cause, qu'il désigne un expert selon la procédure de l'art. 44 LPGA et qu'il statue à nouveau sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Il reviendra notamment à l'expert d'évaluer la capacité de travail résiduelle du recourant dans son activité professionnelle ou, cas échéant, dans une activité adaptée qu'il devra définir.

5. En définitive, la conclusion principale du recourant tendant au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision est fondée.

Les frais judiciaires seront mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} LAI) qui versera également une indemnité de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 12 novembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Centre social protestant (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :