

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 août 2015

Composition : M. MERZ, président
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 82 LPA-VD ; art. 43 et 44 LPG.

En fait et en droit :

Vu la troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) déposée en avril 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1960 et arrivé en Suisse en 1987, au bénéfice d'un permis d'établissement (permis C), par laquelle il a fait état d'un état dépressif et de problèmes aux épaules et à la colonne vertébrale,

vu notamment l'expertise bidisciplinaire (cf. rapport du 13 janvier 2014 établi par le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, et rapport du 10 avril 2014 du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie), mise en œuvre par l'OAI, qui retient les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de « gonalgies récurrentes à droite (méniscopathie interne corne postérieure) et omalgies droites (minimes troubles dégénératifs du muscle sus-épineux droit ; status post acromioplaxite en 2002) » et dont il ressort que l'assuré présente une incapacité de travail totale dans son activité antérieure de maçon, mais est doté d'une capacité de travail de 80% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (à savoir : sans port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive de plus de 10 kg, ainsi que sans mouvements de genuflexion de manière répétitive) telle que son activité actuelle « d'homme à tout faire »,

vu le projet de décision de l'OAI du 26 novembre 2014 tendant au refus de rente et de reclassement professionnel au motif que, sur la base de l'expertise précitée, l'assuré pouvait exercer à 80% (100% avec une baisse de rendement de 20%) une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger, que l'activité d'aide jardinier et chauffeur exercée par l'assuré depuis 2008 était pleinement adaptée à ses limitations fonctionnelles, que l'assuré présentait ainsi un degré d'invalidité de 28%, déterminé par la comparaison des revenus hypothétiques avec invalidité de 49'336.02 fr. et sans invalidité de 69'141

fr., soit un préjudice économique de 19'204.98 fr., donc en dessous du seuil de 40% ouvrant le droit à une rente, et qu'aucune mesure professionnelle ne permettait de réduire le préjudice économique précité,

vu l'écriture adressée au Service médical régional AI (ci-après : SMR) le 17 décembre 2014 par le Dr F._____, médecin généraliste traitant, évoquant des limitations principalement dues en l'état aux douleurs de l'épaule droite, aux douleurs du rachis et à des problèmes à se mettre à genoux lors de certains travaux, ainsi que soulignant par ailleurs qu' « autant le Dr G._____, chirurgien de la main et de l'épaule droite, que le Dr H._____, rhumatologue au Centre hospitalier J._____, [avaient] déclaré qu'un travail de plus de 50% n'était guère exigible »,

vu le courrier adressé à l'OAI le 22 décembre 2014 par le Dr H._____, médecin chef au service de rhumatologie du Centre hospitalier J._____, se référant au projet précité, dont on peut extraire ce qui suit :

« [...] J'aimerais simplement signaler que la situation a évolué et que je me permets de m'opposer à votre appréciation. En effet, il est vrai que le patient est capable d'exercer une activité adaptée, mais au vu de l'aggravation de sa symptomatologie, aussi bien des membres inférieurs et surtout des épaules, il ne peut exercer une telle activité qu'à 50% et non pas à 80% comme il a été écrit dans le rapport. Je vous prie dès lors de réévaluer la situation à la lumière de cet élément et de refaire vos calculs quant à une éventuelle rente en fonction de cette donnée.
Je reste à votre disposition pour étayer cette problématique, si vous le souhaitez. [...] »

vu la décision rendue le 30 janvier 2015 par l'OAI reprenant les termes du projet de décision du 26 novembre 2014,

vu le recours formé le 21 février 2015 par l'assuré par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dans lequel il a fait notamment valoir ne « plus [pouvoir] exercer [s]a profession, si ce n'est dans des conditions pénibles en raison de [s]on invalidité » et subir une incapacité durable de travail et de gain d'au moins 40%, ajoutant qu'un seul examen clinique dans le cadre de l'expertise sollicitée par l'intimé ne suffisait pas pour évaluer correctement son état de santé, qu'il fallait se

pencher sur l'évolution à long terme, que l'anamnèse avait été établie sur la seule base de documents antérieurs, si bien que ses troubles actuels n'avaient pas été pris en considération,

vu ses conclusions en vue de l'annulation de la décision de l'OAI du 30 janvier 2015 et de l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement d'un reclassement,

vu la réponse de l'OAI du 20 avril 2015 concluant au rejet du recours,

vu la réplique du recourant du 8 mai 2015, par laquelle il a conclu à l'admission du recours et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour la mise en œuvre d'une « récente expertise complémentaire », en produisant les documents médicaux suivants :

- rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite, rédigé le 15 mai 2014 par le Dr K._____, spécialiste en radiologie, adressé au Dr G._____, spécialiste en orthopédie,
- « Konsultationsbericht » du 4 mai 2015 du Dr L._____, médecin adjoint au sein de la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital M._____,
- certificats médicaux des 4 et 8 mai 2015 du Dr F._____,
- rapport d'IRM du genou gauche, rédigé le 5 mai 2015 par le Dr P._____, spécialiste en radiologie, adressé au Dr F._____,

vu la duplique de l'OAI du 25 juin 2015, par laquelle l'intimé a renvoyé à un avis du SMR du 2 juin 2015, concédant que, compte tenu des documents produits par l'assuré avec sa réplique, un examen clinique détaillé avec mesure de la force, des amplitudes et du degré de la douleur

serait « souhaitable », que cet examen devrait en particulier prendre position sur l'évolution depuis l'expertise précédente, les limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur la capacité de travail,

vu l'avis du 2 juin 2015 précité, établi par les Drs N._____ et R._____, médecins auprès du SMR, lequel est libellé en ces termes :

«[...] Dans sa réplique du 8.5.2015, l'assuré annonce deux faits nouveaux :

- Des douleurs du genou G [réd. : gauche] ayant motivé une consultation dès le 17.4.2015, justifiant une IT [réd. : incapacité de travail] de 100 % en raison, à l'IRM du 5.5.2015, d'un épanchement important intra-articulaire avec lésion de la corne postérieure du ménisque médial, inflammation du ligament collatéral médial, minime réaction de gonarthrose fémoro-tibiale médiale principalement. Le Dr L._____, médecin adjoint, dans sa lettre du 4.5.2015 valide une IT dès la date de consultation et propose un traitement conservateur avec consultation au 8.5.2015. A 55 ans, une lésion méniscale chez un non-sportif se traite de manière conservatrice et justifie une IT de 2 mois en principe à 100 %. Selon l'évolution, il pourrait être justifié d'inclure de nouvelles LF [réd. : limitations fonctionnelles] d'épargne du genou. Nous doutons que cette pathologie représente une incapacité de travail totale, même partielle, dans une activité adaptée, étant bien entendu que cette pathologie n'est pas à prendre en compte dans la décision de recours. Si ce cas devait faire l'objet d'une nouvelle demande, il y aurait lieu d'instruire.
- En ce qui concerne la pathologie de l'épaule droite, elle a été certes bien évaluée par l'expert C._____ en mars 2014 [recte : janvier 2014] et l'on relève que l'US [réd. : ultrasonographie] de l'épaule droite était caractérisée par une absence de collection liquidienne intra-articulaire au niveau de la bourse. Si le Dr H._____, rhumatologue, estimait en décembre 2004 [recte : 2014] « que la situation avait évolué » s'opposant à l'appréciation de l'OAI en reconnaissant une activité adaptée non à 80% mais à 50% seulement, il faut reconnaître qu'il ajoutait « je reste à disposition pour étayer cette problématique si vous le souhaitez », déclaration non prise en considération dans l'avis SMR du 12.1.2015. Une IRM de l'épaule droite a été pratiquée le 15.5.2014 donc après la date de l'expertise susmentionnée et démontre un remaniement de l'articulation acromio-claviculaire post opératoire, avec une légère inflammation péri-articulaire et une petite bursite sous-acromio-deltoïdienne, ainsi que des tendinopathies importante des tendons supra- (avec à ce niveau une rupture transfixiante) et infra-épineux, du sous-scapulaire et du tendon du long biceps. Si des modifications radiologiques ne peuvent justifier des limitations fonctionnelles, un examen clinique détaillé avec mesure de la

force, des amplitudes et du degré de la douleur serait souhaitable.

En conséquence, les éléments radiologiques présentés, pour la pathologie de l'épaule démontre une possible aggravation que le Dr H. _____, rhumatologue traitant, suggère. Nous en ignorons la date de début et les répercussions sur la capacité de travail. Plaise au tribunal de poursuivre l'instruction. »

vu l'écriture de l'assuré du 14 juillet 2015, selon laquelle il s'est remis à justice renvoyant à sa réplique du 8 mai précédent,

vu les pièces versées au dossier ;

Attendu que le recours, formé en temps utile, remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 60 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD),

attendu que, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur - en l'espèce l'OAI - examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin,

qu'il peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (art. 44 al. 1 LPGA),

qu'in casu, le dossier ne permet notamment pas de répondre de manière claire à la question de savoir si et quand l'état de santé du

recourant s'est détérioré au point de justifier éventuellement un réexamen de son degré d'invalidité et, partant de son droit à des prestations de l'AI,

que, certes, le Dr F. _____ a observé que le recourant boitait « profondément », en raison d'un problème au genou gauche pour la première fois lors d'une consultation du 17 avril 2015 (cf. certificat du 4 mai 2015), donc après que l'OAI eût rendu sa décision du 30 janvier 2015,

que le tribunal fonde son appréciation en principe sur l'état de fait au moment de la décision attaquée (ATF 121 V 362 consid. 1b ; 116 V 248 consid. 1a ; TF [Tribunal fédéral] 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1), mais que des documents postérieurs à cette décision qui peuvent refléter l'état de fait antérieur à celle-ci restent admissibles (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012),

que le Dr H. _____ a également précédemment retenu dans son écriture du 22 décembre 2014, donc antérieurement à la décision attaquée, une évolution défavorable notamment au sujet des membres inférieurs,

que, de plus, les constatations de ce médecin se rapportaient aussi à une aggravation au niveau des épaules,

que l'OAI disposait de cette écriture avant de rendre sa décision,

que, malgré cela, l'OAI n'a pas instruit plus avant, mais s'est contenté de l'avis du SMR du 12 janvier 2015 qui estimait que le Dr H. _____ n'apportait aucun élément susceptible de corroborer ses dires,

que le Dr H. _____ avait pourtant explicitement déclaré dans son courrier du 22 décembre 2014 se tenir à disposition pour étayer ses constatations,

qu'en outre, le rapport d'IRM de l'épaule droite du Dr K. _____ du 15 mai 2014 mentionnait diverses anomalies (cf. pour les détails l'avis précité du SMR du 2 juin 2015),

que le SMR a d'ailleurs considéré dans son avis du 2 juin 2015 que les éléments retenus dans cette IRM démontraient une possible aggravation de la situation,

que l'expert rhumatologue, le Dr C. _____, ne disposait pas d'une IRM de cette partie du corps lors de la rédaction de son rapport en date du 13 janvier 2014 (cf. p. 10 et 11 dudit rapport),

qu'il détenait certes une ultrasonographie des épaules du 10 janvier 2014 selon laquelle le recourant ne présentait à gauche pas de particularité et à droite un « remaniement du sus-épineux, avec minimes troubles dégénératifs, surtout à son insertion, absence de rupture, même partielle, absence de collection liquidienne intra-articulaire ou au niveau de la bourse » (cf. p. 11 du rapport du Dr C. _____),

qu'il est toutefois notoire qu'une IRM permet de visualiser des détails invisibles notamment par une ultrasonographie,

que le Dr C. _____ n'a pas exposé pourquoi il avait renoncé à une IRM de l'épaule,

qu'il ne ressort par ailleurs pas du dossier comment une dégradation aurait pu avoir lieu aussi rapidement entre l'examen de janvier 2014 et l'IRM du 15 mai 2014, entreprise sur demande du Dr G. _____ du 9 mai 2014,

que l'on ne peut ainsi déterminer quand les éléments retenus dans le rapport d'IRM du 15 mai 2014 sont apparus pour la première fois et notamment s'ils existaient déjà lors de l'expertise du Dr C. _____, ni leur effet sur la capacité de travail,

que l'on ajoutera que le SMR exposait en outre dans son avis du 12 janvier 2015 que l'appréciation du Dr G._____ n'était plus pertinente vu que ce médecin avait vu le recourant, selon le dossier de l'OAI, en 2003 pour la dernière fois,

que le Dr C._____ a également relevé la consultation du Dr G._____ une dernière fois sous la date du 22 septembre 2003 (cf. p. 3 du rapport Dr C._____),

que le Dr F._____ a pour sa part renvoyé dans son courrier du 17 décembre 2014 à l'appréciation de la capacité de travail communiquée par _____ les Drs G._____ et H._____, tandis que le rapport d'IRM du 15 mai 2014 a mentionné expressément que le recourant était toujours en traitement auprès du Dr G._____,

que suite au courrier du Dr F._____ du 17 décembre 2014 l'OAI n'a pas demandé de précisions ou de rapports aux Drs G._____ et H._____,

que, de plus, le rapport d'expertise des Drs C._____ et D._____ n'explique pas pourquoi les limitations fonctionnelles (pas d'élévation du bras droit au-dessus de l'horizontale et pas de port de charges lourdes) prises en compte suite à la précédente demande de prestations AI, qui s'était soldée par l'arrêt de la Cour de céans du 17 décembre 2007 (portant n° de cause AI 119/07 ; cf. consid. 5d), n'étaient plus d'actualité, respectivement étaient remplacées par les limitations - en partie moindres - quant au port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive de plus de 10 kg et quant aux mouvements de genuflexion de manière répétitive,

que, vu ce qui précède, il ne peut pas être attribué de pleine valeur probante (cf. à cet égard ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a) à l'expertise bidisciplinaire des Drs C._____ et D._____,

qu'en l'état, le dossier ne permet ainsi pas de statuer en pleine connaissance de cause, y compris pour la période précédant le rapport d'expertise des Drs C._____ et D._____ des 13 janvier et 10 avril 2014,

que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 42 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] ; art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff, in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt),

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

que tel est le cas en l'espèce,

que le recours se révèle ainsi bien-fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constaté de manière complète sur le plan médical (art. 98 let. b LPA-VD),

que la décision attaquée du 30 janvier 2015 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle

décision, après complément d’instruction sur le plan médical, d’abord en demandant des rapports détaillés aux Drs G._____ et H._____ eu égard notamment à l’évolution des atteintes et de la capacité de travail, puis par la mise en œuvre, conformément à l’art. 44 LPGA, d’une expertise pluridisciplinaire qui inclut au minimum les volets orthopédique, rhumatologique, antalgique et psychiatrique, les experts pouvant si nécessaire inclure d’autres spécialistes,

que cette nouvelle expertise devra tenir compte de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015 ; commentée par Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in : Jusletter du 29 juin 2015 ; cf. également Lettre circulaire du 7 juillet 2015 AI n° 334 de l’Office fédéral des assurances sociales) dans la mesure où les experts envisageraient de retenir, à l’instar du Dr D._____, le diagnostic de « trouble somatoforme douloureux » ou d’autres troubles assimilés ;

attendu que le recourant obtient gain de cause sans l’assistance d’un mandataire professionnel, il n’y a pas lieu de fixer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA),

qu’au surplus, débouté, l’OAI supportera les frais judiciaires de la cause, fixés à 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 30 janvier 2015 par l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision après complément d’instruction au sens des considérants.

III. Les frais judiciaires arrêtés à 200 fr. (deux cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :