

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 novembre 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu, juge et M. Gutmann, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Stephen Gintzburger,
avocat à Lausanne,

et

I. _____, à Vevey, intimé.

Art. 28 LAI ; art. 87 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 3 décembre 2004 en raison d'une atteinte accidentelle à son poignet gauche. Il travaillait à l'époque pour [...] comme employé d'entretien.

L'employeur a résilié le contrat de travail pour le 31 mars 2006. La Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents et la maladie professionnelle (ci-après : la CNA) a alloué des indemnités journalières et pris en charge le traitement, jusqu'au 31 août 2007.

Par décision du 22 janvier 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que l'assuré présentait, depuis le mois de juin 2004, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit sans sollicitations répétées du poignet gauche ni exposition au froid. Compte tenu de cette capacité résiduelle de travail, il subissait une perte de gain de 12 % excluant le droit à une rente ou à des mesures de reclassement professionnel. A la suite d'un recours, le Tribunal cantonal a rectifié le revenu hypothétique sans invalidité fixé par l'OAI au motif que ce dernier avait négligé de prendre en considération les indemnités pour heures supplémentaires et les indemnités de déplacement. Il a pour le surplus confirmé les autres éléments de la comparaison de revenus ; au final, il en résultait un taux d'invalidité de 20 %, ouvrant droit à des mesures de reclassement professionnel. La cause était renvoyée à l'OAI pour qu'il alloue de telles mesures (cf. arrêt CASSO AI 114/09-118/2011 du 10 mars 2011).

Le 21 mars 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir un « problème en relation avec la hanche » et son poignet gauche au titre d'atteinte à la santé.

Dans un rapport du 25 août 2011 à l'OAI, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, a posé le diagnostic de conflit fémoro-acétabulaire droit traité par luxation chirurgicale de la hanche droite le 15 septembre 2009, d'instabilité du poignet gauche ensuite d'un accident en 2002, de lombalgies chroniques, d'une tendinopathie du psoas droit d'évolution chronique, d'une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur proximal droit le 18 mai 2010, et d'un développement d'un syndrome douloureux chronique de la hanche droite sur tendinopathie chronifiée du psoas et adhérences intra-articulaires, nécessitant une arthroscopie de la hanche droite le 15 juin 2011. Le Dr V. _____ a indiqué avoir des doutes quant à la capacité de l'assuré à reprendre une activité professionnelle au vu des multiples lésions qu'il présentait.

Lors d'une consultation de contrôle le 15 novembre 2011, le Dr V. _____ a constaté une légère amélioration de douleurs musculaires de la hanche droite. Les douleurs débutantes de la hanche gauche décrites par l'assuré faisaient néanmoins craindre une décompensation progressive de cette hanche et la nécessité d'une éventuelle intervention chirurgicale. Une reprise du travail n'était pas possible, en tout cas dans des activités lourdes.

Dans son rapport médical du 16 octobre 2012, le Dr M. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de syndrome lombo-vertébral, de kinésiophobie, de conflit coxo-acétabulaire droite et de conflit coxo-acétabulaire gauche débutant, de restriction fonctionnelle douloureuse du poignet gauche et d'état dépressif avec trouble de la personnalité et de syndrome somatoforme douloureux. Il a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de manutentionnaire ainsi que les limitations fonctionnelles durables suivantes : pas de travaux lourds, pas de port de charges de plus de 8 kg, alternance des positions, pas de mouvements répétitifs du poignet gauche ni de travaux de force avec ce poignet, limitation des activités accroupies ou à genoux. Selon le Dr M. _____, une réinsertion

professionnelle était illusoire compte tenu des atteintes, des faibles ressources de l'assuré et de son attitude fonctionnelle totalement figée.

Le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a confirmé ces limitations fonctionnelles dans un avis médical du 1^{er} novembre 2012. Il a en outre proposé d'évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans le cadre d'un stage professionnel.

L'assuré a effectué un stage au Centre de formation [...] à [...], mandaté en qualité de Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI) du 11 mars au 5 avril 2013. L'assuré a fait l'objet d'un rapport de stage établi le 24 avril 2013, exposant que l'intéressé disposait d'excellentes aptitudes pratiques et manuelles et pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée, avec un rendement diminué de 30% en raison de ses limitations (alternance des positions et utilisation limitée de la main gauche). Un réentraînement au travail sous la forme d'une formation pratique dans le domaine de l'électronique était proposé vu la longue période d'inactivité.

Dans ce cadre, l'assuré a suivi à plein temps un stage d'orientation professionnelle à l'atelier AIP [atelier d'intégration professionnel] du Centre de formation [...], du 25 novembre 2013 au 2 mars 2014.

Par certificats médicaux des 6 et 10 janvier 2014, le Dr [...], spécialiste en chirurgie, a attesté une totale incapacité de travail du 6 au 13 janvier 2014. Une nouvelle incapacité de travail est survenue le 18 février 2014 pour trois jours.

L'assuré a effectué un stage pratique d'orientation professionnelle auprès de l'entreprise C._____ du 3 au 30 mars 2014, en qualité de réparateur, à un taux initial de 100%.

Il ressort d'une notice du 28 mars 2014 de l'OAI que l'assuré a effectué la première semaine de son stage à C._____ à plein temps, puis à 50% en raison de douleurs intenses aux poignets et à la nuque. Le responsable de stage avait observé une fatigue constante au poignet et bras droits, estimant que malgré ses bonnes connaissances, le rythme de travail était lent et le rendement très faible. Compte tenu de ces indications, il apparaissait que la capacité de travail n'était pas exploitable dans l'économie dans une activité simple.

Le Dr B._____ du SMR a conclu dans son avis médical du 31 mars 2014, à une capacité de travail de « 50% au moins » dans une activité adaptée, précisant qu'il n'y avait pas d'argument d'ordre médical pour diminuer cette capacité de travail.

Selon le rapport d'intégration socioprofessionnelle du 9 avril 2014 établi par le Centre de formation [...], l'assuré souffrait d'une asthénie manifeste, imputable à une médication cumulant les analgésiques, les antihistaminiques et les antidépresseurs. L'assuré avait montré sa fragilité physique, s'était plaint d'une grande fatigue, d'un kyste à la main droite et d'une douleur au niveau du bras droit. En définitive, il apparaissait que l'assuré n'était pas en mesure de travailler à 100% dans l'économie.

Dans son rapport médical du 17 avril 2014, la Dresse X._____, spécialiste en chirurgie de la main, a indiqué avoir reçu l'assuré en urgence le 10 mars 2014 en raison des douleurs au poignet et coude droits alors qu'il effectuait un stage auprès de C._____. Elle a constaté un syndrome douloureux trapézo-métacarpien de la main droite et une épitrochléite du coude droit consécutifs au type, à l'aspect répétitif ainsi qu'à la charge de travail, qui justifiait une incapacité de travail de 50% jusqu'à la fin stage. Elle expliquait par ailleurs qu'en raison de la pathologie du poignet gauche, l'assuré devait compenser par le poignet droit, lequel présentait des lésions dégénératives mineures depuis mai 2013. Selon elle, l'assuré devait être orienté dans une discipline non manuelle ou manuelle très légère et non répétitive.

Dans son courrier du 26 mai 2014 à l'OAI, la Dresse P._____, spécialiste en médecine interne générale, et médecin-traitant de l'assuré depuis 1999, s'inquiétait de la lenteur du processus de réadaptation de l'assuré ainsi que de ses difficultés financières, psychologiques et sociales, qui s'aggravaient au fil des ans. Elle a souligné l'importance et l'urgence d'une décision définitive de l'OAI pour éviter une dégradation plus grave encore de sa situation.

Dans son avis médical du 17 juin 2014, le Dr B._____ du SMR a estimé que les rapports des Dresses P._____ et X._____ n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux. Les limitations fonctionnelles relatives aux mouvements répétitifs des poignets et les travaux de force étaient mentionnées dans son avis du 1^{er} novembre 2012 et n'avaient probablement pas été strictement respectées lors du stage effectué par l'assuré. Il a souligné qu'il appartenait au Service de réadaptation de l'OAI (ci-après : REA) de déterminer s'il existait dans l'économie une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré dans laquelle la capacité de travail de « 50% (au moins) » serait exploitable.

Le Dr V._____ a revu l'assuré le 24 juin 2014 pour une consultation de contrôle. Dans son rapport du 27 juin 2014 à l'OAI, il a décrit une situation stable du point de vue ostéo-articulaire au niveau de la hanche droite avec persistance de douleurs d'origine musculaire liées à une amyotrophie résiduelle et résistante au traitement conservateur. Le Dr V._____, à qui l'assuré a indiqué qu'une reconversion professionnelle n'était pas envisageable, s'est dit favorable à la clôture du cas et à l'octroi d'une rente afin de permettre la stabilisation de la situation socio-économique de l'assuré.

Dans son rapport final du 9 juillet 2014, le REA a retenu une incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité habituelle et une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Comparant le revenu annuel sans invalidité et le revenu annuel d'invalidité théorique qu'il pourrait réaliser (selon les données statistiques de l'Enquête sur la

structure des salaires [ESS] de l'Office fédéral de la statistique), le REA a tenu compte d'une perte de gain de 43'341 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 60.73%.

Réinterpellé par l'OAI le 26 août 2014, le Dr B._____ a précisé dans un avis médical du 27 août 2014 qu'il avait fait état d'une capacité de travail de 50% au moins dans son avis du 31 mars 2014, ce qui devait s'entendre dans le cas de l'assuré comme « une capacité de travail de 70% (capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 30%) ».

Le 18 septembre 2014, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de refus de rente. Il a retenu que l'intéressée présentait une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 30% dans une activité adaptée. En prenant en compte un revenu sans invalidité de 71'363 fr. et un revenu avec invalidité de 43'589 fr., calculé sur la base des statistiques ESS 2010 (TA1, niveau de qualification 4), la perte de gain s'élevait à 27'773 fr. 75, correspondant à un degré d'invalidité de 39%. Ce taux était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

Le 17 octobre 2014, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI par l'intermédiaire de son conseil Me Stephen Gintzburger.

Par courrier du 30 octobre 2014 à l'OAI, la Dresse P._____ a observé que l'OAI n'avait pas adopté, dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré, une vision globale de sa santé, précisant que celui-ci souffrait en particulier de douleurs chroniques qui l'avaient dernièrement conduit à consulter le Centre [...].

Par courrier du 20 novembre 2014, l'assuré a complété son opposition du 17 octobre 2014. Il a reproché à l'OAI d'avoir retenu une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 30%, alors que le DrB._____ du SMR avait d'abord conclu dans son rapport final du 17 juin 2014 à une capacité de travail de 50%.

Par décision du 15 janvier 2015, l'OAI a confirmé son projet du 18 septembre 2014.

B. Par acte du 19 février 2015, F. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme, dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. En substance, le recourant conteste le calcul du taux d'invalidité retenu par l'intimé. Il soutient qu'il a omis de tenir compte, dans le calcul du revenu hypothétique sans invalidité, des indemnités pour heures supplémentaires et de déplacement. Il reproche ensuite à l'intimé de n'avoir pas tenu compte de ses limitations fonctionnelles pour fixer le revenu d'invalidité et sa capacité de travail.

Par réplique du 4 mai 2015, l'intimé a observé que le salaire retenu à titre de revenu sans invalidité correspondait à celui établi dans le cadre de l'examen de la première demande de prestation (cf. arrêt CASSO AI 114/09 - 118/2011 du 10 mars 2011), qui tenait précisément compte des heures supplémentaires alléguées ainsi que des frais de déplacement, confirmant son calcul sur ce point-là. L'OAI a par ailleurs considéré avoir tenu compte des limitations fonctionnelles du recourant dans l'évaluation de sa capacité de travail, cette dernière ayant été fixée à 100% dans une activité adaptée mais avec une diminution de rendement de 30% liée à la nécessité d'alterner les positions et d'éviter les activités répétitives avec les poignets. Enfin, l'intimé a confirmé la pleine capacité de travail du recourant, rappelant que le SMR s'était basé sur le rapport de stage du 24 avril 2013 établi par le Centre de formation [...].

Par décision incidente du 6 mai 2015, le Juge instructeur a rejeté la requête d'assistance judiciaire de l'assuré.

Dans sa duplique du 27 mai 2015, le recourant a maintenu sa position quant au calcul du revenu sans invalidité, chiffrant celui-ci à

78'000 francs. Par ailleurs, en raison notamment d'une lésion dégénérative de l'articulation trapézo-métacarpienne droite constatée en 2014 et des pathologies liées à sa hanche, il soutient que l'intimé a retenu à tort la situation qui a donné lieu à l'arrêt du 10 mars 2011 pour l'évaluation de l'état actuel de sa santé. Enfin, selon le recourant, l'intimé a fait preuve d'incohérence en constatant une pleine capacité de travail alors que le rapport final du REA limitait celle-ci à 50%. Dans ce contexte, le recourant a requis des mesures d'instruction complémentaires sous la forme de l'audition de témoins et la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, afin de déterminer son état de santé réel et partant, sa capacité de travail.

Par duplique du 31 août 2015, l'intimé a renvoyé à ses lignes du 4 mai 2015 s'agissant de l'établissement des revenus sans et avec invalidité. Il a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique, à la suite de l'avis médical du 26 août 2015 établi par le Dr [...], spécialiste en médecine du travail et médecin auprès du SMR, qu'il produit. Selon ce médecin, la conflictualité du dossier, ainsi que l'absence d'examen des facteurs psychiatriques dans le cadre d'un syndrome douloureux et de l'atteinte au membre supérieur droit justifient cette mesure d'instruction complémentaire.

Dans ses déterminations du 22 septembre 2015, le recourant a maintenu ses conclusions, ainsi que ses réquisitions de moyens de preuve, faisant valoir que leur administration permettrait d'éviter la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire requise par l'intimé.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de

l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées ;

TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4).

c) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, à la suite de la nouvelle demande déposée le 21 mars 2011.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA.

c) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (133 V 108 consid. 5.2 et 130 V 64 consid. 2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a un recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. art. 61 let. c LPGA). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'occurrence, on se trouve face à une nouvelle demande faisant suite à une décision précédente de refus de rente, de sorte qu'elle doit être examinée sous l'angle des art. 87 al. 2 et 3 RAI. A cet égard, l'intimé a considéré implicitement, à juste titre, que le recourant avait rendu plausible une aggravation de l'invalidité depuis sa première demande, notamment en raison des pathologies liées à sa

hanche droite qui a nécessité plusieurs interventions chirurgicales. L'intimé a ainsi repris l'instruction de la cause, en sollicitant notamment les rapports médicaux des Drs V._____ et M._____. Ces deux médecins ont mis en doute la possibilité pour le recourant de réintégrer le monde professionnel, compte tenu notamment des pathologies affectant ses hanches et son poignet gauche.

L'intimé a par ailleurs requis l'avis du SMR qui s'est déterminé sur la base des rapports de stage effectués par le recourant dans le cadre des mesures d'observation professionnelle qu'il a ordonnées. Le SMR a ainsi retenu dans des avis médicaux des 31 mars et 17 juin 2014, une capacité de travail de 50% « au moins » dans une activité adaptée. Ce dernier avis se fondait notamment sur le rapport d'intégration socioprofessionnelle du 9 avril 2014. Dans un avis subséquent du 27 août 2014, le SMR s'est référé aux conclusions du rapport de stage du 24 avril 2013 pour conclure à une pleine capacité de travail, avec diminution de rendement de 30%. Au stade du recours, le SMR a préavisé en faveur d'une expertise rhumatopsychiatrique, relevant que certains aspects de l'état de santé du recourant n'avaient pas fait l'objet d'un examen.

Dans l'intervalle, le recourant a consulté différents médecins, dont la Dresse X._____, qui mettait en évidence l'apparition d'un syndrome douloureux au membre supérieur droit et orientait le recourant vers une discipline non manuelle ou manuelle très légère et non répétitive (rapport médical du 17 avril 2014). Quant à la Dresse P._____, elle a évoqué notamment les difficultés psychologiques que rencontrait le recourant dans un contexte social et financier difficile (rapport médical du 26 mai 2014).

6. Il découle de ce qui précède, que, contrairement à ce que constate l'intimé dans la décision litigieuse, la situation médicale du recourant n'était pas suffisamment établie pour pouvoir apprécier sa capacité de travail au moment de la décision de refus de rente. En particulier, au vu des rapports des médecins traitants figurant au

dossier, à savoir les rapports médicaux des Drs V._____, M._____, X._____ et P._____, des observations faites lors du stage à C._____, et des appréciations successives du SMR, on ne saurait retenir en l'état une pleine capacité de travail, avec une diminution de rendement de 30%, comme l'admet du reste le SMR dans sa dernière détermination. La décision de l'intimée se fonde sur l'avis du SMR du 27 août 2014, alors que ce service n'a procédé que sur dossier pour retenir une pleine capacité de travail du recourant, avec diminution du rendement de 30%, en contradiction de l'ensemble des avis des médecins traitants, du service de réadaptation de l'OAI ainsi que du rapport d'intégration socioprofessionnelle du 9 avril 2014. A cet égard, les explications du DrB._____, qui a écarté ce dernier rapport au motif que les limitations fonctionnelles du recourant n'auraient pas été respectées durant le stage à C._____ - ce qui n'est pas démontré - ne suffisent pas à ignorer l'ensemble des avis médicaux et professionnels précités. Au demeurant, on notera que les limitations fonctionnelles reconnues par le SMR dans son avis médical du 1^{er} novembre 2012 ne visaient que l'épargne du poignet gauche, à l'exclusion du poignet et du bras droits. Or, le rapport d'intégration socioprofessionnelle exclut une pleine capacité de travail du recourant essentiellement en raison des pathologies du membre supérieur droit, de sorte que ce rapport reste pleinement pertinent.

Partant, la cause n'est pas en l'état d'être jugée. Des mesures d'investigations supplémentaires sont donc indispensables.

7. 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir

l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant 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; 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'occurrence, force est de constater que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante, que ce soit sous l'angle de l'état de santé du recourant dans sa globalité ou des conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail. Il apparaît plus particulièrement que l'instruction doit être complétée afin que l'atteinte au membre supérieur droit, dont la problématique a été évoquée tant par la Dresse X. _____ que par les responsables de stage au Centre de formation [...], soit examinée. Par ailleurs, plusieurs intervenants médicaux ont évoqué la présence de troubles psychiques (rapport médical du 16 octobre 2012 du Dr M. _____, courrier du 26 mai 2014 de la Dresse P. _____), et d'une asthénie dans un contexte de médication importante (rapport socioprofessionnel du 9 avril 2014) qui n'ont fait l'objet d'aucun examen. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, ce dernier s'étant limité sur ce point à recueillir les renseignements des médecins traitants et à demander un avis sur dossier au SMR. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise par un rhumatologue et un psychiatre ou un orthopédiste et un psychiatre,

conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

c) Les autres compléments de preuves requis par le recourant ne permettraient pas, selon toute vraisemblance, d'éviter une expertise conformément à ce qui précède. Il convient donc d'y renoncer en l'état.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**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 15 janvier 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, avant nouvelle décision.
- III. Une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à payer à F. _____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Stephen Gintzburger (pour F. _____),
- 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 :