

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 août 2017

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Berberat et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 29 al. 2 Cst.**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, originaire de Guinée-Bissau, est domicilié en Suisse depuis 1987 et a été naturalisé en 2004. Titulaire d'une formation de dessinateur en génie civil accomplie au Portugal, il a exercé diverses activités lucratives dès son arrivée en Suisse, soit notamment dans l'agriculture, l'entretien de machines, l'imprimerie et les transports.

A compter de mars 1998, il a été engagé à plein temps par contrat de durée indéterminée par la société C. \_\_\_\_\_ SA dans un poste de magasinier.

**B.** En date du 26 avril 2006, il a été victime d'un accident professionnel. Alors qu'il était en train de communiquer des consignes à un collègue de travail, il a été percuté dans le dos par un élévateur électrique chargé d'une palette.

Les conséquences financières de cet événement ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), l'assuré ayant été en mesure de reprendre son activité à plein temps dès le 4 mai 2006.

**C.** Souffrant ultérieurement de troubles lombaires, qu'il a considérés comme une rechute de l'accident du 26 avril 2006, il s'est une nouvelle fois annoncé auprès de la CNA au motif d'une incapacité totale de travail dès le 9 juin 2008.

Par dépôt du formulaire ad hoc le 30 juin 2008, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI), soit un reclassement dans une nouvelle profession, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

En date du 23 décembre 2008, la CNA a établi une décision niant le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents des suites de la rechute annoncée en juin 2008, faute de lien de causalité entre les troubles présentés et l'accident du 26 avril 2006.

Un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de l'assuré a été réalisé le 14 janvier 2009 au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), dont le rapport du 22 janvier 2009 fait état des diagnostics suivants :

« avec répercussion sur la capacité de travail :

- rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec maladie de Forestier et notion anamnestique d'olisthesis L5-S1 (M.54),
- syndrome rotulien bilatéral (M22.2),
- aucun sur le plan psychiatrique.

sans répercussion sur la capacité de travail :

- syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4),
- obésité,
- diabète non insulino-requérant,
- syndrome d'apnées du sommeil,
- dyslipidémie anamnestique ».

Le SMR a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée dès juin 2008.

Dès lors, le Service de réinsertion de l'OAI a déterminé le préjudice économique de l'assuré, sur la base d'une comparaison des revenus hypothétiques avec et sans invalidité, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité respectant son état de santé selon les conclusions du SMR. Un taux d'invalidité de 41,83% a ainsi été mis à jour.

Par projet de décision du 9 novembre 2009, l'OAI a envisagé d'allouer à l'assuré un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité arrondi à 42%, dès le 11 juin 2009.

Le 17 novembre 2009, l'assuré a contesté ce projet eu égard à sa capacité résiduelle de travail, puis annoncé une détérioration de son état de santé par pli du 16 juillet 2010. Après nouvel examen de la

situation, l'OAI a finalement porté à 30,1% le degré d'invalidité pouvant être reconnu. Il a en conséquence adressé un nouveau projet de décision à l'assuré le 17 août 2011 lui niant le droit à une rente d'invalidité.

L'assuré a derechef communiqué ses objections à l'encontre de ce projet de décision aux termes d'une écriture du 5 septembre 2011, tandis que son médecin traitant a informé l'OAI d'un suivi régulier en raison d'un « état dépressif sévère ».

Après avoir organisé une expertise psychiatrique de l'assuré, le SMR a confirmé l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée à 100%, de sorte que l'OAI a communiqué sa décision le 28 mars 2012, reprenant les termes du projet de décision de refus de rente du 17 août 2011.

**D.** L'assuré, assisté de Me Jean-Michel Duc, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 8 mai 2012, concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité - au minimum - depuis juin 2009.

Dans le cadre de cette procédure, la juge instructrice a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire de l'assuré, soit sur les plans rhumatologique, diabétologique, oto-rhino-laryngologique et psychiatrique, à la Polyclinique U.\_\_\_\_\_ du Centre hospitalier Y.\_\_\_\_\_ en date du 17 janvier 2014.

Le rapport d'expertise corrélatif a été délivré le 22 juillet 2014 et mentionne les diagnostics suivants :

**« Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail :**

- Troubles cognitifs d'origine probablement somatique (F32.1)
- Episode dépressif d'intensité moyenne (F03)
- Trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4)
- Rachialgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs et maladie de Forestier (M48.1)

**Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail :**

- Vertiges résiduels de type tangage
- Diabète de type 2 sans complication

- Excès pondéral (BMI [réf. : body mass index] = 28.6 kg/m<sup>2</sup>)
- Dyslipidémie. »

Les experts ont par ailleurs considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toutes activités depuis septembre ou octobre 2013. Antérieurement à cette date, soit dès 2008, une baisse de la capacité de travail et de rendement était documentée par les médecins traitants, mais s'avérait impossible à chiffrer.

La Cour de céans a rendu son arrêt le 21 juillet 2015 (sous n° de cause AI 104/12 - 169/2015) et admis partiellement le recours de l'assuré. Elle a accordé à ce dernier un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 43%, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles consécutives aux troubles du rachis. La cause a par ailleurs été renvoyée à l'OAI pour instruction d'une procédure de révision suite à l'aggravation de l'état de santé du recourant, telle que constatée par les experts dès septembre ou octobre 2013.

Saisi d'un recours en matière de droit public du 14 septembre 2015 contre l'arrêt précité, le Tribunal fédéral l'a admis partiellement et annulé l'arrêt cantonal du 21 juillet 2015 dans un arrêt 9C\_641/2015 du 21 juin 2016, au seul motif de la violation du droit d'être entendu de l'assuré en l'absence de débats publics. Il a renvoyé la cause à la cour cantonale pour procéder à ces débats.

**E.** En date du 1<sup>er</sup> septembre 2016, en exécution de l'arrêt fédéral, la Cour de céans a mis en œuvre une audience de jugement au cours de laquelle les parties ont eu l'occasion de plaider les arguments de la cause, tandis que le recourant a eu la possibilité de s'exprimer en complément à la plaidoirie de son avocat.

Par arrêt du 22 septembre 2016 (sous n° de cause AI 182/16 ap. TF - 250/2016), la Cour de céans a derechef admis partiellement le recours de l'assuré et l'a mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009, compte tenu d'un taux d'invalidité de 43%,

après prise en compte d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. La cause était une nouvelle fois renvoyée à l'OAI pour instruction d'une procédure de révision destinée à mesurer les conséquences de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, observée dès septembre ou octobre 2013 par les experts de la Polyclinique U.\_\_\_\_\_. La Cour indiquait par ailleurs se limiter à trancher les droits de l'assuré à la date de la décision du 28 mars 2012, excluant un élargissement temporel de l'objet de la contestation.

L'assuré a interjeté un nouveau recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral contre l'arrêt cantonal du 22 septembre 2016 et a vu ce recours rejeté par arrêt 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017. La Haute Cour a confirmé le taux d'invalidité de 43% retenu dans le cas de l'assuré. Elle a précisé que la Cour de céans avait motivé son choix de renoncer à élargir la procédure au-delà du 28 mars 2012, ce qui ne portait pas atteinte aux droits du recourant pour la période postérieure à cette date (consid. 2 de l'arrêt fédéral cité).

**F.** Dans l'intervalle, l'OAI, avec le concours de la Caisse de compensation X.\_\_\_\_\_, a rendu une décision le 2 novembre 2015. Il a octroyé à l'assuré un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015 et annoncé une décision subséquente pour la période débutant le 1<sup>er</sup> novembre 2009.

Se prévalant du recours en matière de droit public formé initialement contre l'arrêt cantonal du 21 juillet 2015, l'assuré a recouru contre la décision du 2 novembre 2015 auprès de la Cour de céans par acte du 4 décembre 2015. Il a en outre sollicité la suspension de la cause jusqu'à droit connu en instance fédérale.

Cette écriture a été complétée par l'assuré le 8 janvier 2016 à la requête de la magistrate instructrice. Le recourant s'est prévalu à la forme de la violation de son droit d'être entendu estimant que la décision de l'OAI du 2 novembre 2015 était prématurée et dénuée de motivation. Par ailleurs, il a rappelé sur le fond les griefs soulevés en procédure

fédérale contre l'appréciation de sa capacité de travail, ainsi que la détermination de son degré d'invalidité. Il a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision.

L'OAI a pour sa part répondu au recours le 25 février 2016, proposant de le déclarer irrecevable et précisant qu'en cas d'admission du recours en matière de droit public par le Tribunal fédéral dans le sens de l'octroi d'une rente plus élevée, une nouvelle décision serait notifiée à l'assuré pour remplacer la décision litigieuse.

La cause (enregistrée sous n° AI 316/15) a été suspendue jusqu'à droit jugé par le Tribunal fédéral, aux termes d'une ordonnance du 2 mars 2016.

A réception de l'arrêt du Tribunal fédéral en la cause 9C\_719/2016, la magistrate instructrice a repris l'instruction du cas et informé les parties que la cause serait gardée à juger.

## **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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la 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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** In casu, le recours formé le 4 décembre 2015 contre la décision de l'OAI du 2 novembre 2015 a été interjeté en temps utile. Il

respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

De 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 faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

**b)** Sont en l'espèce litigieux le taux d'invalidité présenté par le recourant pour la période débutant le 1<sup>er</sup> décembre 2015, respectivement la quotité de la rente d'invalidité à laquelle il peut prétendre à compter de cette date, ainsi que la question de la violation de son droit d'être entendu.

**3.** Il convient d'examiner le premier moyen du recourant, soit le grief d'ordre formel relatif à la violation de son droit d'être entendu.

**a)** Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (art. 49 al. 3 LPGA).

Les obligations concrétisées à l'art. 49 LPGA ont été déduites de la jurisprudence fédérale rendue en lien avec le droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101).

**b)** Selon cette jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; 125 II 369 consid. 2c).

En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; 136 V 351 consid. 4.2

et les références citées ; TF 5A\_13/2011 du 8 février 2011 consid. 3.1). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (TF 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in : RDAF 2009 II p. 434).

En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 I 235 consid. 5.2 ; 126 I 97 consid. 2b ; 125 III 440 consid. 2a). Il n'y a en définitive violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3).

**c)** Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées)

**4. a)** In casu, il convient de rappeler qu'à la date de la décision querellée, émise le 2 novembre 2015, le rapport d'expertise pluridisciplinaire rédigé le 22 juillet 2014 par la Policlinique U. \_\_\_\_\_ constituait l'unique document médical étayé relatif à la situation médicale du recourant à partir du 28 mars 2012. Les experts avaient par ailleurs fait état d'une aggravation de l'état de santé de ce dernier dès septembre ou octobre 2013 et estimaient sa capacité de travail nulle pour toutes activités.

**b)** Dans le contexte décrit ci-dessus, l'intimé n'a nullement discuté les motifs pour lesquels il s'est écarté de l'appréciation médicale des experts de la Policlinique U.\_\_\_\_\_. En rendant la décision du 2 novembre 2015, où il a maintenu le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015, l'OAI n'a en effet fourni aucune indication sur la détermination de la capacité de travail, respectivement du taux d'invalidité du recourant.

Il n'a pas davantage exposé que cette décision intervenait à titre provisoire dans l'attente de l'arrêt fédéral interjeté contre l'arrêt cantonal rendu initialement le 21 juillet 2015.

Ce faisant, l'intimé a manifestement violé le droit d'être entendu du recourant en ne motivant aucunement la décision entreprise sur des points essentiels à la bonne compréhension du recourant et en n'attirant pas l'attention de celui-ci sur le caractère éventuellement provisoire de ladite décision.

**c)** La violation du droit d'être entendu du recourant peut être qualifiée de grave en l'occurrence et ne saurait être réparée par devant la Cour de céans, en dépit de son plein pouvoir d'examen.

**5.** Etant donné ce qui précède, le recours de l'assuré doit être admis et la décision du 2 novembre 2015 annulée.

La cause doit être au surplus renvoyée à l'OAI afin qu'il procède aux mesures d'instruction indispensables pour statuer sur les droits du recourant au-delà du 28 mars 2012 (cf. également consid. 8 de l'arrêt cantonal du 22 septembre 2016 en la cause AI 182/16 ap. TF - 250/2016 et consid. 2 de l'arrêt fédéral 9C\_719/2016).

**6. a)** 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'AI 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'OAI qui succombe.

**b)** Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu, d'après l'importance et la complexité du litige, à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.2]).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 2 novembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III. 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.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne (pour B. \_\_\_\_\_),
- 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 :