

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 août 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourant, représenté par le J. _____, à [...],

et

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

Art. 44 LPGA ; art. 82 LPA-VD

E n f a i t e t e n d r o i t :

Vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) déposée le 30 août 2011 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], divorcé, peintre en bâtiment, et faisant état d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 30 mars 2010 à la suite d'une fracture du poignet,

vu le rapport du 22 septembre 2011 adressé à l'OAI établi par la Dresse S._____, spécialiste en médecine interne générale, dans lequel ce médecin a relevé que l'assuré avait subi une fracture du scaphoïde, opéré en avril 2010 et réopéré en mars 2011,

vu le rapport du 14 octobre 2011 adressé à l'OAI, du Dr N._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et en chirurgie de la main, aux termes duquel il a posé le diagnostic de pseudarthrose du scaphoïde carpien droit existant depuis le 14 juillet 2009 à la suite d'une fracture, et a attesté une incapacité de travail de 100 % du 29 avril 2010 au 14 novembre 2010, de 50 % du 15 novembre 2010 au 21 février 2011 et à nouveau de 100 % depuis le 22 février 2011,

vu l'avis du 13 décembre 2011 du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et cardiologie, au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), proposant d'interroger le Dr N._____ afin de connaître la capacité de travail de l'assuré, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, son exigibilité et ses limitations fonctionnelles,

vu le courrier du 23 janvier 2012 du Dr N._____ à l'OAI, dans lequel il a expliqué que la capacité de travail de l'assuré était entière moyennant le respect des limitations fonctionnelles et que le métier de peintre n'était pas exigible, dès lors que les limitations fonctionnelles ne permettaient que de petits travaux légers,

vu le rapport du 7 février 2012 du Dr C._____, du SMR, retenant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de l'assuré et une pleine capacité de travail depuis le mois de janvier 2012 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles consistant en l'évitement de travaux de force et répétitifs sollicitant le poignet droit,

vu le rapport du 27 mars 2012 du Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, aux termes duquel il a relevé que la profession de peintre en bâtiment, sans aménagement, n'était plus exigible, mais que toute activité sans gestes répétitifs avec le membre supérieur droit, en particulier en flexion et extension, sans geste en force particulièrement en hauteur, sans port de charges dépassant 20 kg, était de suite exigible à 100 % avec un rendement normal,

vu le stage d'évaluation du 4 au 29 juin 2012 au Centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité (COPAI) à [...], confirmant la capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée,

vu le rapport du 25 juillet 2012 adressé à l'OAI, de la Dresse I._____, spécialiste en ophtalmologie, posant les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'occlusion artérielle de branche temporale inférieure à l'œil gauche ancienne, de presbytie, d'alcool-tabagisme chronique, d'hépatite C ou B diagnostiquée en 2003 et traitée pendant une année par Interféron, et retenant que l'activité habituelle de l'assuré pouvait être exercée à 100 %,

vu l'avis du 9 octobre 2012 du Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale et gériatrie au SMR, considérant que les troubles de santé ophtalmique n'étaient pas de nature à influencer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, telle que décrite antérieurement par les médecins du SMR,

vu le projet de décision du 16 novembre 2012 de l'OAI, envisageant de rejeter la demande de prestations AI de l'assuré, au motif qu'il présentait une capacité de travail et de gain entière dans une activité respectueuse de ses limitations fonctionnelles (ni travaux de force et répétitifs sollicitant le poignet droit, ni efforts visuels soutenus) et ce depuis le mois de janvier 2012,

vu la décision rendue le 14 janvier 2013 par l'OAI, confirmant son projet du 16 novembre 2012,

vu le courrier du 11 février 2014 de l'assuré, requérant de l'OAI une nouvelle instruction de son état de santé, dès lors que ce dernier s'était détérioré,

vu le rapport du 13 septembre 2013, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire et sacro-iliaque, à l'appui de la nouvelle demande AI du 11 février 2014 de l'assuré, aux termes duquel le Dr O._____, spécialiste en radiologie, a conclu à des signes de canal lombaire étroit dégénératif relatif étagé, quasi absolu en L4-L5, des saillies discales avec rupture de l'anneau fibreux en L3-L4 et L5-S1, une spondylarthrose étagée avec touche inflammatoire associée en L3-L4 et L4-L5, un petit kyste articulaire postérieur de 3 x 4 mm de diamètre L4-L5 s'étendant vers le haut, d'où possible irritation L4 droite, une ostéophytose vertébrale marginale étagée et à d'anciens tassements des corps vertébraux de D11 et D12,

vu l'avis du 11 mai 2014 du Dr X._____, médecin au SMR, considérant que la situation médicale de l'assuré restait inchangée,

vu le projet de décision du 15 mai 2014 de l'OAI, refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré du 11 février 2014,

vu la décision rendue le 24 juin 2014 par l'OAI, confirmant son projet du 15 mai 2014,

vu la nouvelle demande de prestations AI déposée le 2 décembre 2015 par l'assuré, faisant état d'une atteinte au poignet, au dos, aux yeux et aux genoux, existante depuis le 7 mai 2013,

vu le rapport du 24 août 2015 à l'issue d'une radiographie du poignet et pouce gauche et d'une IRM de la colonne lombaire, joint à la demande de prestations du 2 décembre 2015, dans lequel le Dr O. _____ a retenu que le rachis dégénératif était rétréci à tous les niveaux, notamment en L4-L5 où il devenait quasi-absolu, et a relevé que l'assuré présentait une large herniation discale sur discopathie L5-S1 avec contrainte S1 droite,

vu le rapport du 19 novembre 2015 du Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, joint également à la demande du 2 décembre 2015, aux termes duquel ce médecin a considéré opportun de réévaluer la capacité de travail de l'assuré - qui était, à son avis, nulle dans son activité antérieure et voire occupationnelle dans une activité adaptée - dans la mesure où il présentait de multiples comorbidités, tant au niveau rachidien, des épaules que des yeux,

vu l'avis du 27 mai 2016 du Dr Q. _____ du SMR, préconisant l'instruction du dossier de l'assuré, compte tenu des troubles décrits par le Dr R. _____ dans son rapport du 19 novembre 2015, lesquels n'avaient pas été pris en considération dans l'avis du 7 février 2012 du Dr C. _____ du SMR,

vu le rapport du 6 juillet 2016 du Dr R. _____ adressé à l'OAI, dans lequel il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de maladie de Forestier (ankylose rachidienne diffuse et progressive), status post-fracture du scaphoïde en 2010, status post-fracture de l'humérus droite ostéosynthèse par vis et plaque en 2000, status post-rupture de la coiffe des rotateurs en 2006, cervicobrachialgies post-traumatiques en

1983, omalgies droites sur arthropathie acromio-claviculaire et tendinopathie du sus-épineux, omalgies gauches sur tendinopathie du long chef du biceps, le diagnostic sans effet sur la capacité de travail d'altération visuelle secondaire à une occlusion artérielle sur branche temporale inférieure de l'œil gauche, et a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis le 7 mai 2013,

vu l'avis du 21 juillet 2016 du Dr Q. _____ du SMR, retenant une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans baisse de rendement depuis le mois de janvier 2012,

vu le projet de décision du 19 décembre 2016 de l'OAI, envisageant de rejeter la demande de prestations de l'assuré, au motif que la capacité de travail dans une activité adaptée était entière sans diminution de rendement et que le taux d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente d'invalidité,

vu la décision rendue le 13 mars 2017 par l'OAI, confirmant son projet du 19 décembre 2016,

vu le rapport du 22 mars 2017 du Dr R. _____, dans lequel il a indiqué qu'il était illusoire que l'assuré puisse reprendre une quelconque activité professionnelle, même adaptée, et que seule une activité occupationnelle de 20 à 30 % était justifiée,

vu le recours interjeté le 18 avril 2017 par V. _____, représenté par le J. _____, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 13 mars 2017 ainsi qu'à la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité, et subsidiairement à une instruction complémentaire, en faisant grief à l'OAI d'avoir abusé de son pouvoir d'appréciation en omettant d'examiner dans quelles activités ses limitations fonctionnelles pourraient lui permettre de travailler, tout en précisant que sa capacité de gain était diminuée,

vu la décision du 17 mai 2017 de la Cour de céans mettant le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 18 avril 2017, l'exonérant du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que de toute franchise mensuelle,

vu la production le 29 mai 2017 du rapport du 8 mai 2017 du Dr T._____, chef de clinique au service d'orthopédie et de traumatologie à l'Hôpital M._____, sis à [...], dans lequel ce médecin estime que le canal lombaire rétréci majeur en L4-L5 avec disparition complète du liquide péri-radiculaire explique la symptomatologie du recourant, et que l'unique solution pour obtenir un résultat pérenne sur les douleurs relève d'une décompression des racines nerveuses,

vu les informations pratiques de l'Hôpital M._____, également produites le 29 mai 2017 par le recourant, sur l'intervention chirurgicale qu'il va subir le 19 juin 2017,

vu la réponse du 15 juin 2017 de l'intimé et son annexe, à savoir l'avis du 12 juin 2017 du Dr Q._____, du SMR, préconisant la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique en raison d'une modification de l'état de santé du recourant au niveau du canal lombaire étroit survenue depuis la décision de l'intimé du 24 juin 2014, ceci sur la base des aggravations observées par les Drs R._____, et T._____ dans leurs rapports respectifs des 22 mars et 8 mai 2017, ainsi que dans l'IRM du 24 août 2015,

vu la réplique du 12 juillet 2017 du recourant indiquant ne pas s'opposer à une expertise dans la mesure où elle allait dans le sens de ses conclusions,

vu les pièces au dossier ;

attendu que, déposé en temps utile, le recours est recevable en la forme (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]),

que 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,

que 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), 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 (cf. art. 93 let. a LPA-VD),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD, 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),

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'en l'occurrence, il ressort du rapport d'IRM du 24 août 2015 que le rachis dégénératif s'est rétréci à tous les niveaux, notamment en L4-L5 où il est devenu quasi-absolu, et que le recourant présente une large herniation discale sur discopathie L5-S1 avec contrainte S1 droite,

qu'il en résulte, par rapport à l'imagerie de 2013, une aggravation de l'état de santé du recourant,

que le Dr R._____ a retenu, dans son rapport du 22 mars 2017, que le recourant ne pourrait pas reprendre une quelconque activité professionnelle, même adaptée, et que seule une activité occupationnelle de 20 à 30 % pouvait se justifier,

que le Dr T._____ a observé, dans son rapport du 8 mai 2017, que le canal lombaire était rétréci en L4-L5 avec une disparition complète du liquide péri-radiculaire,

que ces deux médecins décrivent donc une modification de l'état de santé du recourant dans le sens d'une aggravation,

que sur cette base, le Dr Q._____ du SMR, reconnaît, dans son avis du 12 juin 2017, que l'état de santé du recourant s'est modifié au niveau du canal lombaire étroit depuis la décision du 24 juin 2014 et qu'il convient en conséquence de mettre en place une expertise rhumatologique,

qu'en l'absence d'appréciation médicale exhaustive permettant de se prononcer en connaissance de cause, l'instruction doit être complétée afin que l'éventuel caractère invalidant de la modification de l'atteinte à la santé présentée par le recourant puisse être examinée ;

attendu que, selon 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. 43 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. 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 139 V 99 consid. 1.1 et la référence citée),

que tel est le cas en l'espèce, l'instruction médicale s'avérant lacunaire,

qu'il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'office intimé pour une mise en œuvre d'une expertise rhumatologique,

que le recours se révèle ainsi manifestement bien fondé,

que la décision rendue le 13 mars 2017 doit en conséquence être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision après complément d'instruction sur le plan médical conformément à l'art. 44 LPGA ;

attendu qu'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. 1^{bis} LAI),

que par décision du 17 mai 2017 la Cour de céans a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 18 avril 2017 et a obtenu à ce titre, l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que l'exonération de toute franchise mensuelle,

que le recourant, représenté par le J._____, obtient gain de cause, de sorte qu'il peut prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA),

que le recourant étant représenté associativement, cette indemnité doit être arrêtée à 600 fr. (art. 55 al. 2 LPA-VD ; art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]),

qu'au surplus, débouté, l'intimé supportera les frais judiciaires de la cause, fixés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 4 al. 2 TFJDA).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 13 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V. _____ le montant de 600 fr. (six 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 à :

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

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 :