

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 février 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 et 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 16 décembre 1999 par D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé),

vu la décision de l'OAI du 27 août 2001 rejetant la demande de prestations AI de l'assuré, le préjudice économique étant de 25 % uniquement en raison de limitations fonctionnelles au genou droit (impossibilité à faire des genuflexions répétées, difficultés à se déplacer fréquemment et de manière prolongée dans les escaliers, difficultés à rester debout et/ou assis de manière prolongée),

vu la nouvelle demande de prestations AI déposée le 24 décembre 2014 par l'assuré, chef d'exploitation auprès de K._____ SA depuis 1995 (sous le coup d'un licenciement qui prendra effet courant 2015), en vue de l'octroi d'une rente en lien avec une arthrose du genou droit et des problèmes avec le pancréas,

vu la pose d'une prothèse totale du genou droit intervenue le 5 janvier 2015,

vu l'avis médical du 5 juin 2015, par lequel le Dr X._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu que l'incapacité de travail était justifiée depuis le 27 août 2014 et au moins durant six semaines post-opératoires, étant précisé que des limitations fonctionnelles durables étaient envisageables (marche prolongée et en terrain irrégulier, efforts physiques importants impliquant le membre inférieur droit) mais restaient à confirmer, avec, à terme, une reprise de la conduite automobile et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle l'activité habituelle comportant la gestion d'un parc de véhicules, une activité de contrôle et de supervision, permettant d'alterner les positions et sans aucune charge,

vu l'évaluation rhumatologique mise en œuvre par J._____, assureur perte de gain de l'employeur, effectuée le 12 juin 2015 par le Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et dont le rapport consécutif, du 23 juin 2015, retient les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de gonalgies chroniques mécaniques irradiant sur l'ensemble du membre inférieur droit, d'amyotrophie résiduelle du membre inférieur droit/ post-prothèse totale du genou, de médication à base d'opiacés au décours (40mg/j) et de dépendance au Zolpidem, et considère que la capacité de travail est totale dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 50 %,

vu l'évaluation psychiatrique également mise en œuvre par J._____ et réalisée le 21 juillet 2015 par le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre [...] de [...] (ci-après : le Centre W._____), dont le rapport du 3 août 2015 met en évidence les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec un syndrome somatique, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de plusieurs substances (benzodiazépines, opiacés, nicotine), syndrome de dépendance avec utilisation continue, et d'accentuation de certains traits de personnalité (obsessionnels), justifiant une incapacité de travail totale temporaire,

vu la communication du 9 octobre 2015, par laquelle l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible compte tenu du fait que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée,

vu le courrier du 25 novembre 2015 à l'OAI du Prof. S._____, spécialiste en orthopédie, estimant que l'évolution après arthroplastie totale du genou droit le 5 janvier 2015 était lentement favorable et retenant une capacité de travail de 50 % depuis le 27 avril 2015 dans un travail sédentaire de bureau et de 100 % depuis le 22 juin 2015 dans l'activité habituelle,

vu le rapport de suivi du 22 février 2016 transmis à l'OAI par le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, lequel a évalué la capacité de travail de l'assuré dans une activité sédentaire à 50 voire 100 %,

vu le courrier du 17 juin 2016 de J._____ informant l'intéressé que son droit à l'indemnité journalière en cas de maladie serait épuisé au 26 août 2016,

vu le courrier du 23 juin 2016 du Dr H._____, médecin traitant de l'assuré, faisant état d'un contrôle en addictologie concernant la dépendance de son patient aux antalgiques (phase de sevrage des somnifères) et de douleurs quotidiennes sur le plan ostéoarticulaire, préconisant un placement en centre de rééducation et retenant une capacité de travail partielle et uniquement en position assise, la conduite comme chauffeur professionnel étant interdite,

vu le rapport du 9 septembre 2016 à l'OAI du Dr H._____, lequel a signalé une problématique d'addiction en voie de sevrage, des douleurs persistantes et la découverte d'une hernie discale L4 (selon une imagerie par résonance magnétique [IRM] lombaire du 7 septembre 2016 : discopathie étagée surtout L3-L4, ainsi que L4-L5 s'associant à une extrusion focale en contact avec la racine L4 droite) entraînant une incapacité totale de travail,

vu le rapport du 2 novembre 2016 des Drs I._____ et Z._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin-assistante au sein de l'Equipe de liaison et de mobilité en addictologie (ci-après : ELMA) du Centre hospitalier [...] (ci-après : Centre hospitalier P._____), faisant état d'un syndrome de dépendance aux morphiniques ainsi qu'au Zolpidem (depuis respectivement l'intervention chirurgicale et 1981) et précisant que l'effet recherché par le patient était exclusivement antalgique, qu'un sevrage était en cours et que la capacité de travail devrait être totale à terme, les médecins signalant en outre des limitations fonctionnelles liées aux dépendances susdites ainsi qu'une insomnie nocturne et une somnolence diurne,

vu l'avis médical du 22 décembre 2016 de la Dresse V. _____ du SMR, laquelle a conclu, au vu des éléments médicaux précités, à une incapacité de travail médicalement justifiée de 100 % du 27 août au 2014 au 26 avril 2015, de 50 % du 27 avril au 21 juin 2015 et de 0 % depuis le 22 juin 2015, la capacité de travail étant pleine dans l'activité habituelle (qui semblait adaptée selon l'orthopédiste traitant) comme dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (activité à faible charge physique, permettant les variations de position, ne nécessitant pas de déplacements au-delà de dix minutes à pied et évitant la montée/descente des escaliers à répétition, les changements brusques de direction, ainsi que les positions accroupies ou en genuflexion),

vu le projet de décision du 1^{er} février 2017 de l'OAI, rejetant la demande de prestations de l'assuré pour les motifs suivants :

"Vous occupiez le poste de chef d'exploitation à plein-temps au sein d'une entreprise de transport [...] de 1995 à août 2015. Depuis cette date, vous n'exercez plus d'activité lucrative.

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail à 100 %, sans interruption notable, depuis le 27 août 2014. C'est à partir de cette date que débute le délai de carence d'une année prévu à l'article 28 LAI.

Selon les informations en notre possession et après analyse de votre dossier médical, la reprise de votre activité habituelle aurait été possible à un taux de 50 % depuis le 27 avril 2015, puis à 100% dès le 22 juin 2015.

La durée de votre incapacité de travail étant inférieure à une année, le droit à la rente n'est pas ouvert.

De plus, nous constatons que votre activité habituelle de chef d'exploitation respecte les limitations fonctionnelles liées à votre état de santé. Des mesures professionnelles ne sont donc pas nécessaires"

vu la contestation de l'assuré du 13 février 2017,

vu le courrier du 16 février 2017 du Prof. S. _____, lequel a notamment relevé que s'agissant du problème du genou droit, son patient pourrait théoriquement reprendre un travail d'agent d'exploitation à 50 %,

étant toutefois précisé que cette évaluation ne tenait absolument pas compte de ses autres pathologies qui limitaient considérablement sa capacité de travail,

vu le courrier du 24 février 2017 du Dr C._____, constatant que le projet de décision concernait uniquement la problématique du genou alors que le patient était suivi en neurochirurgie et par le service d'addictologie du Centre hospitalier P._____, le Dr C._____ excluant en outre toute activité professionnelle et préconisant une expertise pluridisciplinaire,

vu les pièces jointes à ce courrier, dont un rapport du 1^{er} février 2017 du Dr Prof. Q._____, médecin-chef de l'unité de chirurgie spinale au Centre hospitalier P._____, dans lequel ce spécialiste précisait ne pas voir de diagnostic clair en lien avec la suspicion de radiculopathie L4 due à la hernie discale L4-L5 foraminale,

vu l'envoi de l'assuré du 3 mars 2017, contenant notamment un rapport établi le 17 novembre 2015 par le Dr T._____, spécialiste en médecine interne et pneumologie, à la suite d'un examen polygraphique du 11 au 12 novembre 2015, concluant à un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) de degré très sévère,

vu l'avis médical du 9 mars 2017 de la Dresse V._____ du SMR, exposant notamment ce qui suit :

"Discussion :

Sur le plan orthopédique, concernant le genou droit, le Pr S._____ dans son RM du 25.11.2015 estimait la CT pleine depuis le 22.06.2015 (après son contrôle clinique du 19.06.2015), dans son RM du 24.02.2017 il confirme la bonne évolution actuelle sur ce plan, nous ne pouvons donc valider la baisse de la CT de 100% à 50% alors que l'évolution est bonne. Concernant les lombosciatalgies droites, il y a une suspicion de radiculopathie L4 sur une hernie discale L4-L5 (extrusion focale de matériel discal), mais la symptomatologie est peu claire, il n'y a pas d'indication chirurgicale, une infiltration antalgique à but diagnostic et thérapeutique devait être effectuée. Par ailleurs les LF attestées pour son atteinte du genou, répondent aussi à sa symptomatologie rachidienne, à savoir une activité sans charge physique et permettant l'alternance des positions.

Concernant l'apnée du sommeil, elle serait sévère, mais devait être appareillée, la CPAP devrait être curative.

Le problème principal, selon la majorité des intervenants, reste la dépendance aux opiacés et benzodiazépines pour laquelle une prise en charge en addictologie est effectuée, visant un sevrage. Cette dépendance ne s'associe pas à un trouble psychiatrique incapacitant et n'engendre pas d'atteintes incapacitantes une fois le sevrage effectué, elle n'est donc pas incapacitante dans le sens de l'AI.

Conclusion :

Les nouveaux RM à notre disposition ne modifient pas nos conclusions antérieures.

Il n'y a pas d'incapacité au sens de l'AI depuis le 22.06.2015 dans une activité respectant les LF énoncées dans notre avis du 22.12.2016"

vu la décision du 14 mars 2017 confirmant le projet de décision du 1^{er} février 2017,

vu le recours interjeté le 26 avril 2017 par D._____, désormais représenté par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne, à l'encontre de la décision précitée, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire et, principalement, à la réforme de la décision rendue le 14 mars 2017 dans le sens des conclusions de l'expertise mise en œuvre, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision,

vu l'onglet de pièces joint au recours, comprenant notamment un avis de sortie du 31 mars 2017 du Service de médecine interne du Centre hospitalier P._____ faisant suite à une hospitalisation de l'assuré du 26 au 30 mars 2017 en raison d'une décompensation diabétique inaugurale, ainsi qu'un courrier du Dr H._____ du 24 avril 2017 au conseil de l'intéressé détaillant la situation de celui-ci,

vu la réponse de l'intimé du 29 juin 2017, proposant le rejet du recours,

vu la réplique du recourant du 9 octobre 2017 accompagnée d'un lot de pièces sous bordereau, dont un courrier du 23 juin 2017 du Dr B._____, spécialiste en néphrologie, un courrier du 4 août 2017 des Drs I._____ et N._____, médecin-assistant à l'ELMA, ainsi qu'un courriel du

21 septembre 2017 du Dr M._____, chef de clinique au service d'antalgie du Centre hospitalier P._____,

vu la duplique de l'intimé du 6 novembre 2017, proposant - suite à un avis médical de la Dresse V._____ du 30 octobre 2017 - l'annulation de la décision attaquée et la reprise de l'instruction du dossier,

vu l'écriture du 20 novembre 2017 du recourant, lequel persiste dans sa conclusion principale, à savoir la mise en œuvre d'une expertise judiciaire présentant des garanties procédurales plus larges qu'une expertise administrative,

vu les pièces du dossier ;

attendu que le recours, interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, est déposé en temps utile (cf. art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]),

que le recours, formé en temps utile compte tenu des fêtes pascales 2017 (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA), remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (cf. art. 60 et 61 let. b LPGA) ;

attendu qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale 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 (cf. art. 82 al. 2 LPA-VD) ;

attendu que lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un précédent refus de prestations, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue,

qu'elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré, soit 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 (cf. ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2) ;

attendu qu'en l'espèce, le recourant soutient que l'instruction doit être complétée par une expertise pluridisciplinaire judiciaire,

que de fait, dans son avis médical du 30 octobre 2017, le SMR a qualifié la situation du recourant de complexe compte tenu de l'imbrication des différentes atteintes,

que sur le plan somatique, outre l'atteinte au genou droit (prothèse totale du 5 janvier 2015) et des lombosciatalgies, le recourant présente un diabète de type 2, une maladie rénale en lien probable avec son hypertension artérielle (cf. courrier du 23 juin 2017 du Dr B. _____), ainsi qu'une apnée du sommeil non traitée,

que sur le plan psychiatrique, le Dr H. _____ a fait état d'une aggravation plus marquée, son patient restant isolé chez lui, allongé toute la journée et présentant une grande perte de poids, avec des dépendances aux opiacés et benzodiazépines actives et une prise en charge complexe par le service d'addictologie (cf. courrier du 24 avril 2017 à Me Graf),

qu'en l'état du dossier, la Cour de céans constate que rien ne permet de se déterminer sur la nature incapacitante de ces atteintes ou sur l'interaction entre les différents diagnostics, les expertises psychiatrique et rhumatologique ayant été réalisées à la demande de J._____ en 2015 soit près de deux ans avant la décision litigieuse du 14 mars 2017,

que du reste, dans sa duplique du 6 novembre 2017, l'intimé - se référant à l'avis du SMR précité - concède la nécessité d'une reprise de l'instruction, consistant à mettre en œuvre une expertise d'ordre rhumatologique, de médecine interne et psychiatrique ;

attendu qu'il revient au premier chef à l'office intimé de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires (cf. 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] ; cf. art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]),

que l'assureur peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (cf. art. 44 al. 1 LPGA),

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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5),

qu'en l'espèce, l'instruction doit être complétée et actualisée, raison pour laquelle il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - 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 -, cette solution apparaissant comme la plus opportune,

qu'il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise rhumatologique, de médecine interne et psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, étant réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts,

qu'il sied de rappeler que dans une jurisprudence récente (cf. ATF 137 V 210), le Tribunal fédéral a notamment renforcé la participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise, en particulier en introduisant le droit de connaître les questions qui seront posées à l'expert et d'en formuler d'autres, la plateforme informatique SuisseMED@P attribuant aléatoirement les expertises pluridisciplinaires,

qu'au demeurant, il sied de constater que si l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 24 décembre 2014 par le recourant, il n'a pas procédé à une comparaison des situations, étant rappelé que par décision du 27 août 2001, l'intimé rejetait la première demande de prestations AI de l'assuré sur la base d'un préjudice économique de 25 % résultant uniquement des limitations fonctionnelles au genou droit,

qu'enfin, l'intimé n'a pas clairement procédé à la description de l'activité habituelle et de l'activité adaptée, ni à la détermination des revenus et à leur comparaison,

qu'au vu des motifs précités, il appartiendra à l'intimé de reprendre l'instruction de la nouvelle demande du recourant du 24 décembre 2014 et de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant sur la base de l'ensemble des éléments récoltés,

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

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 (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI),

qu'en l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 200 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe,

que le recourant, qui obtient gain de cause, a agi avec le concours d'un mandataire professionnel et a dès lors droit à une indemnité à titre de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD) ;

que les dépens alloués à la partie qui obtient gain de cause comprennent notamment les frais d'avocat (cf. art. 10 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), lesquels comprennent une participation aux honoraires et aux débours indispensables (cf. art. 11 al. 1 TFJDA),

qu'il se justifie en l'occurrence d'allouer une indemnité de dépens de 2'500 fr., mise à la charge de l'intimé qui succombe (cf. art. 55 al. 2 LPA-VD),

qu'en l'espèce, il se justifie de se prononcer selon la procédure simplifiée (cf. art. 82 LPA-VD) vu la duplique de l'intimé ayant convenu qu'une instruction complémentaire était nécessaire.

**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 14 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

IV. 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Graf (pour D._____),
- 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 :