

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 juillet 2020

---

Composition : M. NEU, président  
Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à H.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Florence Bourqui,  
avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 et 43 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Né en 1967, P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) travaillait depuis le 7 juillet 2008 en qualité d'ouvrier de la voirie pour le compte de la commune de H.\_\_\_\_\_.

Le 2 juillet 2015, l'assuré a été victime d'un accident dans le cadre de son activité professionnelle ; alors qu'il était en train de faucher un talus, il a tenté de retenir l'épareuse qui s'était mise à glisser et, déséquilibré par le poids de l'engin, est tombé en bas du talus où il a heurté un tas de cailloux. Par déclaration d'accident datée du 29 juillet 2015, l'employeur a annoncé le cas à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), qui l'a pris en charge.

Souffrant de blessures au dos et à l'épaule droite, P.\_\_\_\_\_ a présenté une incapacité totale de travail du 20 juillet au 19 octobre 2015. Craignant de perdre son emploi, il a repris son travail le 20 octobre 2015.

Le 5 novembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état de douleurs à la nuque, à l'épaule droite et aux deux coudes ainsi que d'un diabète de type 2 et d'une surcharge pondérale.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a fait verser à la procédure le dossier constitué par l'assureur-accidents et recueilli l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant. Dans un rapport du 27 décembre 2015, il a posé les diagnostics de diabète de type 2, de lésion du sus-épineux le 2 juillet 2015, de cervicalgies et lombalgies chroniques récidivantes, de très probable épisode dépressif moyen de longue date, d'épicondylite bilatérale chronique et de canal carpien gauche. S'agissant de la capacité de travail, le Dr X.\_\_\_\_\_ a relevé que son patient travaillait à 100 % dans son activité habituelle depuis le 20 octobre 2015,

tout en ressentant des douleurs à l'épaule droite, ce qui réduisait son rendement et nécessitait des aménagements de l'horaire de travail. Compte tenu de la complexité de la situation médicale, il a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Le 18 mars 2016, l'assuré s'est rendu en consultation auprès du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a retenu une incapacité totale de travail dès ce jour et recommandé la réalisation d'une IRM à l'épaule gauche en raison des problèmes de mobilité présentés par l'intéressé à cette épaule.

Le 10 août 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen de P.\_\_\_\_\_. Dans son rapport daté du même jour, il a suggéré que le bilan soit complété par un examen neurologique comprenant un électroneuromyogramme des membres supérieurs tout en recommandant un réentraînement à l'effort dans le cadre d'un séjour à la Clinique V.\_\_\_\_\_ afin de préciser les limitations fonctionnelles de l'assuré en vue d'une reprise du travail, le cas échéant avec des aménagements.

P.\_\_\_\_\_ a séjourné à la Clinique V.\_\_\_\_\_ du 5 octobre au 2 novembre 2016, date de son retour à domicile. Dans leur rapport du 11 novembre 2016, les Drs C.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe, et Z.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont retenu, sur le plan orthopédique, une persistance de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs bilatérale avec bursite sous-acromiale bilatérale et lésion partiellement transfixiante distale, médiane du sus-épineux à droite chez un patient présentant une arthrose acromio-claviculaire bilatérale. Le bilan neurologique a mis en évidence une neuropathie médiane focale et sensitivo-motrice, principalement démyélinisant focale au carpe. En l'absence d'évaluation sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic n'a été retenu. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, une stabilisation étant attendue dans un délai de trois mois. Si le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable au vu des facteurs médicaux retenus, un tel pronostic était en

revanche favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées.

Invité à fournir des renseignements complémentaires, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré ne pouvait quasiment rien faire en raison de douleurs persistantes aux deux bras et aux deux épaules. Malgré les traitements entrepris, l'évolution n'était pas favorable. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée, il a réitéré sa suggestion tendant à la mise en œuvre d'une expertise (rapport du 25 mars 2017).

Se prononçant sur les éléments au dossier, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle alors qu'elle était entière dans une activité adaptée depuis le 2 novembre 2016 (date de la sortie de la Clinique V.\_\_\_\_\_) et respectant les limitations fonctionnelles retenues dans le rapport du 11 novembre 2016 pour préserver les épaules : « les mouvements répétitifs avec les membres supérieurs droit et gauche, le port de charges au-dessus de 90° de flexion avec les membres supérieurs droit et gauche, le port de charges en-dessous limité à 15 kg. » Les rachialgies impliquaient des limitations comprenant les mouvements répétitifs en porte-à-faux, le port de charges de plus de 10 kg et l'alternance des positions assise et debout (rapport du 23 mai 2017).

Le 8 août 2017, l'office AI a informé P.\_\_\_\_\_ qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité au motif que le taux d'invalidité qu'il présentait, fixé à 9,69 %, était inférieur au seuil de 40 % ouvrant droit à cette prestation. Si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle depuis le 18 mars 2016, elle était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

Représenté par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, l'assuré a présenté, le 21 septembre 2017, des objections à l'encontre de ce projet. Reprochant à l'office AI de s'être

hâtivement référé à l'évaluation de la Clinique V.\_\_\_\_\_, il a souligné que celle-ci s'était limitée à se prononcer sur la capacité de travail jusqu'au 30 novembre 2016 (capacité de travail nulle quelle que soit l'activité envisagée). La Clinique V.\_\_\_\_\_ aurait été bien en peine de se déterminer sur la période ultérieure puisque, selon elle, la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles et que, partant, l'évaluation de la capacité de travail dépendait de facteurs inconnus. En outre, l'examen de la Clinique V.\_\_\_\_\_ avait porté principalement sur des atteintes relevant de l'assurance-accidents, alors que, dans son rapport du 16 janvier 2017, le Dr R.\_\_\_\_\_ avait fait état d'affections incapacitantes dont la CNA n'avait pas à répondre. L'assuré a par ailleurs rappelé que son médecin traitant avait préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en 2015 déjà et qu'il avait retenu une évolution défavorable dans son rapport du 25 mars 2017. Il a enfin relevé l'incohérence de l'avis du SMR dans la mesure où, en se référant à l'appréciation de la Clinique V.\_\_\_\_\_, il aurait dû retenir une incapacité totale de travail en toute activité jusqu'au 30 novembre 2016 et non retenir une capacité totale de travail dans une activité adaptée dès le 2 novembre 2016. L'assuré a dès lors demandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le SMR ayant maintenu son point de vue (avis du 19 octobre 2017), l'office AI a rendu, en date du 28 novembre 2017, une décision formelle aux termes de laquelle il a entériné son refus d'allouer une rente d'invalidité.

**B. a)** Par acte du 29 décembre 2017, P.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Florence Bourqui, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 28 novembre 2017 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction, entre autres sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, puis nouvelle décision. Reprenant les arguments formulés en procédure d'audition, il a fait valoir que l'office AI ne pouvait se contenter de renvoyer aux conclusions de la CNA puisque les pathologies présentées

allaient au-delà de ce qui était pertinent pour l'assureur-accidents. Par ailleurs, outre le caractère provisoire des conclusions de la Clinique V.\_\_\_\_\_ rédigées en novembre 2016, les rapports ultérieurs des Drs R.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, datés respectivement des 16 janvier et 25 mars 2017, faisaient état d'une évolution défavorable et d'une problématique persistante à l'épaule gauche, laquelle n'avait pas été examinée puisque ne relevant pas de l'assurance-accidents. De plus, le Dr X.\_\_\_\_\_ avait annoncé des problèmes psychologiques qui n'avaient jamais été investigués par l'office AI. Dans ces conditions, c'était de manière arbitraire que l'office AI avait refusé de diligenter une expertise pluridisciplinaire. De même, il avait également fait preuve d'arbitraire dans sa lecture du rapport de la Clinique V.\_\_\_\_\_ en retenant une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès le 2 novembre 2016 alors que les médecins de la Clinique V.\_\_\_\_\_ avaient conclu à une incapacité de travail totale en toute activité jusqu'au 30 novembre 2016. La date du 2 novembre 2016 était ainsi dénuée de toute justification.

**b)** Dans sa réponse du 5 mars 2018, l'office AI a conclu au rejet du recours. Se référant aux avis du SMR des 23 mai et 19 octobre 2017, il a indiqué que celui-ci avait expliqué pour quels motifs il ne pouvait pas suivre l'avis du médecin traitant quant à la poursuite de l'incapacité de travail, dès lors qu'il n'y avait aucun élément diagnostique ou thérapeutique susceptible de fonder l'existence d'une situation différente de celle soumise à l'appréciation de la CNA. S'agissant de la mise en œuvre d'une expertise, le SMR a rappelé que l'assuré avait bénéficié pendant un mois d'une évaluation exhaustive sous la forme d'un examen clinique multidisciplinaire dans un centre hautement spécialisé. Partant, une expertise s'avérait superflue.

**c)** En réplique du 21 mars 2018, l'assuré a déploré la méfiance avec laquelle l'office AI semblait aborder l'examen d'un rapport émanant d'un médecin traitant, considérant qu'il s'agissait là d'une interprétation pour le moins grossière de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'appréciation des preuves. Renvoyant pour le surplus aux explications contenues dans ses précédentes écritures, il a maintenu ses conclusions.

**d)** Dupliquant en date du 16 avril 2018, l'office AI a indiqué que les arguments développés en réplique n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de la décision litigieuse, si bien qu'il concluait derechef au rejet du recours.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le droit à une rente d'invalidité.

**3. a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa).

**b)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'office AI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

**c)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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'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 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**4. a)** A la lumière du rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 27 décembre 2015, il apparaît que la situation médicale du recourant n'a pas fait l'objet d'une évaluation médicale exhaustive, dans la mesure où les problèmes psychiatriques ainsi que les troubles diabétologiques et au rachis de même qu'à la main (canal carpien gauche) et aux coudes (épicondylite bilatérale chronique) n'ont pas fait l'objet d'un examen sérieux. En effet, le

Dr X.\_\_\_\_\_ faisait état d'une diminution de la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que d'une réduction de la résistance au stress en raison des troubles psychiques ; il relevait d'ailleurs la complexité du cas, lequel nécessitait une expertise pluridisciplinaire incluant un volet orthopédique, rhumatologique, diabétologique et psychiatrique. Or, seule la problématique des membres supérieurs a été prise en considération dans l'évaluation de la capacité de travail.

**b)** Dans ce contexte, le recourant, tout comme son médecin traitant, sont fondés à se plaindre d'une instruction médicale incomplète, quant à l'état global de l'intéressé : le SMR n'a pas procédé à un examen clinique, se rapportant à l'instruction diligentée par l'assurance-accidents, respectivement la Clinique V.\_\_\_\_\_, dont les investigations ont été menées quant aux lésions accidentelles et dont les conclusions sont au demeurant provisoires.

**c)** En l'absence d'une appréciation médicale exhaustive tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé présentées par le recourant, il se justifie de procéder à un complément d'instruction. Il convient, par conséquent, de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire (comprenant notamment un examen psychiatrique) conforme aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA. Il appartiendra à l'intimé de rendre ensuite une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

**5.** En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'office AI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**b)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 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 28 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III.** Les frais judiciaires, 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 P.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap (pour P. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :