

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 mars 2019

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente

Mmes Dessaux et Berberat, juges

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 82 LPA-VD ; art. 43 et 44 LPG.**

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

**Vu** la demande de prestations déposée le 29 juin 2016 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par E. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, sans formation professionnelle, actif dans le domaine du bâtiment,

vu les rapports médicaux établis les 4 et 7 mars 2016 par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin responsable au sein de l'Institution G. \_\_\_\_\_, faisant état des diagnostics d'un « hématome intramédullaire D10-D12 sur rupture d'une malformation artério-veineuse médullaire naissant de D12 à gauche » survenu le 28 décembre 2015, d'une « parésie douloureuse du membre inférieur droit » et d'un « syndrome sous-lésionnel abdominal droit », compliqués d'une « thrombose veineuse », d'une « insuffisance veineuse chronique », d'une « hypertension artérielle traitée » et d'une « hypercholestérolémie traitée », et signalant que l'incapacité de travail était totale depuis le 28 décembre 2015, tandis que la rééducation de l'assuré se poursuivait,

vu le rapport rédigé le 6 janvier 2017 par la Dresse K. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique du Service de neurologie du Centre hospitalier J. \_\_\_\_\_, laquelle a considéré que l'assuré était immédiatement susceptible de reprendre une activité lucrative adaptée en dépit de son instabilité à la marche,

vu l'avis communiqué le 15 février 2017 par le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr C. \_\_\_\_\_, qui a estimé que des mesures professionnelles pouvaient être envisagées dans une activité légère sédentaire ou semi-sédentaire, l'assuré paraissant en mesure de l'exercer à plein temps sans baisse de rendement « à un horizon de 3 à 6 mois »,

vu le rapport final du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI du 28 mars 2017, mettant en évidence un degré d'invalidité de 10%

compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à plein temps,

vu le projet de décision rendu par l'OAI le 30 mars 2017, informant l'assuré de ses intentions de lui nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente,

vu la communication de l'OAI du même jour, accordant à l'assuré le bénéfice d'une mesure d'aide au placement,

vu la contestation du projet de décision susmentionné par correspondance de l'assuré du 10 avril 2017, aux termes de laquelle il a mis en exergue une détérioration de son état de santé tant sur le plan cardiologique que psychique, une prise en charge spécialisée ayant été mise en place,

vu le rapport communiqué le 26 avril 2017 par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, soulignant que son patient souffrait d'une « maladie de l'oreillette avec bradycardie sinusale symptomatique », laquelle avait motivé la mise en place d'un pacemaker, réalisée le 21 mars 2017 par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, et d'un « état dépressif » traité spécifiquement,

vu le rapport rédigé le 3 août 2017 par les Dresses R.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante au sein de la Consultation de psychiatrie du Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_, dans lequel elles ont retenu le diagnostic d'un « épisode dépressif moyen avec syndrome somatique » qui nécessitait un suivi psychiatrique et médicamenteux,

vu le rapport du 28 décembre 2017 émanant de la Dresse B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a fait part des diagnostics d'un « épisode dépressif d'intensité légère à moyenne avec syndrome somatique » et d'un « trouble douloureux d'origine neurologique », précisant que son patient n'était pas en mesure de

reprandre une activité professionnelle en l'état et que son rendement serait diminué d'environ 50%,

vu le rapport complété le 6 juin 2018 par le Dr D.\_\_\_\_\_, auquel étaient annexés les rapports des 12 mai 2017 et 8 juin 2017 consécutifs au suivi médical assuré par le Dr P.\_\_\_\_\_ et le Service de neurologie du Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_,

vu les informations communiquées par le Dr P.\_\_\_\_\_ dans le document précité, selon lesquelles le fonctionnement du pacemaker se déroulait sans complications, tandis qu'une suspicion d'ischémie rendait nécessaire une coronographie,

vu le compte-rendu du 8 juin 2017 du Prof. S.\_\_\_\_\_ et de la Dresse L.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistante au sein du Service de neurologie du Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_, aux termes duquel l'assuré présentait un handicap majeur sur parésie et troubles sensitifs du membre inférieur droit, ce qui rendait difficile une reprise professionnelle tant que les douleurs ne seraient pas maîtrisées,

vu l'avis du 7 juillet 2018 du SMR, selon lequel les conclusions communiquées le 15 février 2017 (exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps) demeuraient valables en l'absence de consultations neurologiques depuis juin 2017,

vu la décision établie par l'OAI le 2 août 2018, reprenant les termes de son projet de décision du 30 mars 2017 et niant le droit de l'assuré à une rente et à des mesures professionnelles étant donné le taux d'invalidité arrêté à 10%,

vu le recours introduit contre cette décision le 13 septembre 2018 par l'assuré, avec l'assistance de PROCAP Service juridique, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, principalement sous suite d'octroi de prestations et

subsidiairement sous suite de renvoi à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision,

vu les arguments de l'assuré, lequel a relevé que l'instruction médicale de son dossier par l'OAI était lacunaire en présence d'avis contradictoires, faute d'actualisation des données somatiques et compte tenu des appréciations communiquées par ses psychiatres traitants eu égard à une diminution importante de ses ressources, susceptible d'entraver sa capacité de travail,

vu la réponse de l'OAI du 5 novembre 2018, concluant au rejet du recours sur la base des différents avis du SMR,

vu la réplique de l'assuré du 8 janvier 2019, exposant être toujours suivi sur les plans psychiatrique et neurologique, alors qu'un stimulateur médullaire avait pu être posé le 21 décembre 2018, ce que confirmait le Dr D. \_\_\_\_\_ dans un nouveau rapport médical du 19 décembre 2018,

vu le rapport de la Dresse B. \_\_\_\_\_ du 3 janvier 2019, produit par l'assuré le 16 janvier 2019, laquelle a estimé que son patient était en incapacité totale de travail étant donné notamment le diagnostic de « trouble dépressif persistant, réactionnel à la pathologie neurologique »,

vu la duplique de l'OAI du 5 février 2019, par laquelle il a renvoyé à un avis du SMR du 29 janvier 2019, dans lequel le Dr C. \_\_\_\_\_ a concédé que les éléments médicaux communiqués au stade de la procédure de recours étaient susceptibles de modifier sa position et qu'il convenait de reprendre l'instruction du cas par la mise en œuvre d'une expertise neurologique et psychiatrique,

vu les pièces versées au dossier ;

**attendu** que le recours, formé en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires estivales, remplit les autres conditions de forme, de sorte

qu'il est recevable (art. 38 al. 4 let. b, 60 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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 (art. 82 al. 2 LPA-VD),

attendu 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),

que, selon le 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. 42 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. aussi 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 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5),

qu'en l'espèce, l'intimé, respectivement le SMR, a lui-même retenu la nécessité de faire procéder à une expertise bidisciplinaire de l'assuré du point de vue neurologique et psychiatrique étant donné les pièces médicales produites par le recourant auprès de la Cour de céans,

que le volet médical du dossier doit ainsi faire l'objet d'une instruction complémentaire par l'intimé, lequel analysera, après actualisation de l'ensemble des volets médicaux, l'opportunité d'adjoindre un volet cardiologique à l'expertise envisagée en l'état,

que la pathologie neurologique était connue de l'intimé avant l'émission de la décision litigieuse,

qu'il s'agira dans ce contexte de déterminer précisément les diagnostics affectant l'état de santé du recourant, ainsi que sa capacité de travail résiduelle et ses limitations fonctionnelles,

qu'il y a dès lors lieu renvoyer la cause à l'intimé, le dossier se trouvant incomplet en l'état,

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

que la décision attaquée du 2 août 2018 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision, après complément d'instruction,

attendu que le recourant, représenté par un mandataire professionnel, peut prétendre des dépens, qu'il y a lieu d'arrêter à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA),

qu'au surplus, débouté, l'OAI supportera les frais judiciaires de la cause, fixés à 400 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**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 2 août 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
  
- 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 au recourant une indemnité de 2'500 fr. (deux 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 :

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour E. \_\_\_\_\_),
- 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 :