

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juillet 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 16 et 43 al. 1 LPGA ; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, travaillait comme maçon à plein temps.

Victime d'un accident de la circulation routière le 28 septembre 2006, l'assuré a présenté des séquelles fonctionnelles de la main droite, dominante, et des dorsalgies résiduelles. Le bilan des lésions était le suivant : fracture comminutive, déplacée, ouverte de la phalange distale du pouce droit avec arrachement osseux du long fléchisseur du pouce opéré dans l'immédiat et six mois plus tard, fracture et tassement D10-D11.

Le 13 novembre 2007, l'assuré a déposé une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de la persistance des atteintes. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a fait verser à la procédure le dossier constitué par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents.

Figurait notamment dans ce dossier un rapport du 21 novembre 2007 de la Clinique B._____, où l'assuré avait séjourné du 3 octobre au 6 novembre 2007, retenant une incapacité de travail totale pour une longue durée dans l'activité de maçon, en raison des douleurs à l'appui de la pulpe du pouce et lors des vibrations, ainsi que des rachialgies. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Le rapport signalait des éléments psychiatriques, soit un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive avec consommation de cannabis sans valeur incapacitante.

L'assuré s'est vu diagnostiqué une nouvelle atteinte à la santé en 2008, soit une coxarthrose débutante (radiographie du bassin du 8 avril 2008). Il a subi une arthroscopie de la hanche gauche le 8 décembre 2009, avec développement d'une tendinopathie du psoas, des adducteurs et des fessiers dans un contexte de décompensation sacro-iliaque sur

déséquilibre lombo-pelvien chronifié préexistant à la suite des problèmes de fracture dorso-lombaire ayant déjà entraîné des dorsolombalgies chroniques (rapport du 9 avril 2010 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Par décision du 11 novembre 2009, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 25 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 13'350 francs.

Selon un examen clinique rhumatologique du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) du 30 septembre 2010, l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 80 % (à terme 100 %) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis juin 2010.

Par décision du 12 septembre 2012, l'OAI a octroyé une mesure d'ordre professionnelle à l'assuré, sous forme d'une formation de monteur, auprès du Centre [...]. La formation a pris fin le 28 juin 2013 en raison des nombreuses absences de l'assuré et de la non tenue du programme d'augmentation du taux de travail (rapport de formation du 19 juin 2013).

Une expertise psychiatrique a été mise en œuvre auprès des Hôpitaux K._____. Selon le rapport d'expertise du 27 octobre 2014, les diagnostics incapacitants étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique depuis octobre 2007, une personnalité anxieuse-évitante, des facteurs psychologiques et comportementaux associés à des dorsalgies et des dorsalgies. La capacité résiduelle de travail dans un domaine professionnel tel que des activités créatrices et artisanales qui stimulaient l'assuré et le valorisaient était de 20 %, avec une augmentation progressive à 50 % sur une durée d'un an. Une réévaluation était préconisée. D'autres activités, comme celles exercées pendant la formation, étaient exigibles à 20 % depuis octobre

2007. Le rendement restait inférieur à 100 % même dans une activité adaptée.

Dans un projet de décision du 6 novembre 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2007 au 31 mai 2015, puis une demi-rente dès le 1^{er} mai 2015 [recte : 1^{er} juin 2015].

L'assuré s'est opposé à ce projet par courrier du 10 décembre 2015, conduisant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, psychiatrie et médecine interne) par le Centre Z._____. Dans leur rapport du 22 décembre 2016, les Drs R._____, spécialiste en médecine interne générale, L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et V._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, ont posé les diagnostics incapacitants de dorsolombalgies sur troubles dégénératifs et post-traumatiques discrets à modérés (légère cunéiformisation du plateau supérieur de D11 et ostéophytose antérieur L2-L3), de coxarthrose à interligne conservé sur conflit de type mixte et « came », d'arthropathie modérée métacarpo-phalangienne du troisième rayon de la main droite et d'arthropathie acromio-claviculaire chronique avec tendinopathie des sus- et sous-épineux de l'épaule droite. L'exercice d'une activité adaptée était exigible à 100 % dès le jour de l'expertise sur les plans de la médecine interne générale et rhumatologique et depuis toujours sur le plan psychique.

A la demande du SMR, les Drs V._____ et L._____ ont précisé dans un courrier du 17 mars 2017 qu'une activité adaptée aurait été possible dès le début de l'année 2008 sur le plan rhumatologique. Du point de vue psychique, le trouble n'avait jamais eu une gravité marquée objective et le traitement avait pris fin depuis le 11 août 2018. Il n'y avait ainsi pas d'incapacité de travail, ni de limitations fonctionnelles sur le plan psychique.

Par décision du 25 septembre 2018, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré du 1^{er} septembre 2007 au 31 mars 2008.

B. Par acte du 26 octobre 2018, T._____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2007 au 1^{er} mai 2013, puis d'une demi-rente dès cette date ; subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction et nouvelle décision. En substance, l'assuré a fait valoir que l'OAI ne pouvait retenir une capacité de travail en 2008 au vu notamment de l'examen rhumatologique du SMR du 30 septembre 2010, selon lequel il présentait une dégradation de son état de santé depuis le 24 octobre 2008 (50 %) et une incapacité de travail totale dès le 8 décembre 2009. Les rapports du Centre Z._____ étaient par ailleurs critiquables et en contradiction avec l'expertise des Hôpitaux K._____. Il y avait donc lieu d'ordonner une nouvelle expertise.

Dans sa réponse du 24 janvier 2019, l'OAI s'est référé aux pièces du dossier, notamment aux rapports des 22 décembre 2016 et 17 mars 2017 du Centre Z._____, à l'examen rhumatologique du SMR du 30 septembre 2010. L'OAI a transmis deux avis du SMR, selon lesquels il était utile d'obtenir les pièces récentes du dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents.

Répliquant le 13 mars 2019, l'assuré a réitéré ses précédents arguments et transmis un rapport du Centre de psychiatrie et psychothérapie C._____ du 24 octobre 2018. Les Drs Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et A._____, médecin assistant, ont indiqué que l'assuré était suivi depuis le 23 avril 2018, en raison d'un trouble dépressif récurrent dans un contexte de syndrome douloureux chronique et invalidant. En l'absence de résultats positifs malgré une psychopharmacologie, une prise en charge par un centre antidouleur avait été convenue. Le traitement à forme d'injections locales de corticoïdes et d'anti-inflammatoires était en cours. L'assuré présentait une dépression sévère avec une baisse de l'estime de soi, une dévalorisation et une anhédonie. Lors de fortes douleurs, il avait des idées

suicidaires. L'assuré était incapable de travailler et le pronostic était réservé.

Par duplique du 4 avril 2019, l'OAI s'est référé à l'avis du SMR du 2 avril 2019 transmis en annexe, qui concluait à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, psychiatrie et rhumatologie, avec évaluation des capacités fonctionnelles).

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 une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du

dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) En l'espèce, il n'est pas contesté sur le plan somatique que le recourant présente plusieurs problèmes ostéo-articulaires, touchant principalement la région dorsolombaire, la hanche gauche, l'épaule droite et la main droite (rapport du Centre Z. _____ du 22 décembre 2016). A la lumière des pièces versées au dossier, il n'est toutefois pas possible d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a présenté une pleine capacité de travail depuis le 1^{er} janvier 2008. En premier lieu, on relève que l'examen clinique rhumatologique du 30 septembre 2010 du SMR retenait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis novembre 2007, en relevant ensuite une dégradation de l'état de santé en raison d'une coxarthrose, déjà objectivée en avril 2008 (radiographie du 8 avril 2008) et pour laquelle le recourant a bénéficié de différentes thérapies à partir du mois de mai suivant (notamment rapport du 7 mai 2008 du Dr F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie), menant à une arthroscopie de la hanche gauche en décembre 2009. Au vu de cette atteinte supplémentaire, le SMR a considéré que la reprise du travail était possible en juin 2010 avec une capacité de travail à 80 %. Les rapports des 22 décembre 2016 et 17 mars 2017 du Centre Z. _____ ne se prononcent pas clairement sur une éventuelle période d'incapacité de travail s'agissant des problèmes du recourant liés à sa hanche gauche, alors que les différents rapports médicaux précités faisaient état de cette atteinte, qui est du reste aussi retenue dans le diagnostic incapacitant par le Centre Z. _____ (coxarthrose à interligne conservé sur conflit de type mixte et « came ») et à titre de limitations fonctionnelles (« Les douleurs de la hanche gauche sont essentiellement présentes à la marche pouvant

limiter le périmètre de marche à environ un kilomètre, obligeant l'assuré à s'arrêter quelques minutes avant de repartir »).

b) On souligne en outre que l'évolution de l'état de santé du recourant sur le plan psychique a fait l'objet au cours de la procédure administrative d'avis divergents, sans qu'un avis ne parvienne véritablement à l'emporter sur un autre. Le rapport du 27 octobre 2014 des Hôpitaux K._____ constate une capacité de 20 %, avec une possibilité de progression jusqu'à 50 % dans un délai d'une année. Une réévaluation était préconisée. Les limitations fonctionnelles retenues étaient conséquentes, à savoir des difficultés de concentration, de la fatigue, un manque d'initiative et de motivation, une capacité limitée de travail en équipe au vu du repli et de l'irritabilité, une intolérance au stress avec risque élevé d'aggravation de la symptomatologie anxio-dépressive et des symptômes physiques (par exemple dorsalgies, douleurs abdominales, céphalées), des exigences personnelles strictes qui renforcent le sentiment de ne pas être à la hauteur, le sentiment d'échec et de frustration et les comportements d'évitement. Les médecins du Centre Z._____ expliquent quant à eux dans leur rapport du 22 décembre 2016 s'écarter de l'analyse de leurs confrères du fait que le recourant n'a plus de traitement psychiatrique-psychothérapeutique, qu'il n'avait jamais été admis en centre de crise ou en hôpital psychiatrique, qu'il n'avait pas eu de suivi de traitement psychiatrique ambulatoire intensif et qu'il y avait eu un abus médicamenteux, mais pas de tentative de suicide (p. 33 du rapport). Ils concluent à des périodes temporaires d'incapacité totale ou partielle de trois mois au maximum lors des épisodes dépressifs d'intensité moyenne. Ces constatations divergent également du contenu du rapport du 24 octobre 2018 du Centre de psychiatrie et psychothérapie C._____ produit par le recourant. Les Drs Q._____ et A._____ expliquent en effet que le traitement du recourant est poursuivi par une prise en charge par le centre antidouleur et font état d'une dépression sévère, avec des idées suicidaires.

c) Au vu de ce qui précède, l'intimé ne pouvait pas rendre une décision quant au droit à la rente du recourant, sans procéder plus avant à

des investigations quant à l'évolution de son état de santé. Il y a lieu 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). Comme le suggère également l'intimé dans ses déterminations du 4 avril 2019, il convient donc de lui renvoyer le dossier afin qu'il procède à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

5. a) En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) 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'intimé, qui succombe.

c) 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 1'800 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.

d) Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 13 novembre 2018. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales

prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 25 septembre 2018 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 et 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 T. _____ une indemnité de dépens fixée à 1'800 fr. (mille huit cents francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud (pour T. _____)
- 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 :