

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 août 2019

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu et Mme Röthenbacher, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à **E.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Procap, à Bienne,

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. a)** Le 27 février 2002, D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1980, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de charpentier obtenu en 1999, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de problèmes au membre supérieur gauche, consécutifs à un accident professionnel survenu en 1998 au cours duquel il s'était heurté l'épaule gauche contre une poutre.

Par décision du 18 juillet 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a nié le droit de D.\_\_\_\_\_ à des mesures de reclassement et à une rente, au motif que sa capacité de travail était entière dans la profession de charpentier.

**b)** Souffrant de douleurs au bras droit, D.\_\_\_\_\_ a déposé, le 20 août 2013, une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 3 décembre 2013, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'épicondylite latérale du coude droit existant depuis 2010 et d'épitrôchléite du coude droit depuis 2013. Du 8 mars 2013 (date d'une cure chirurgicale d'épicondylite chronique droite) au jour du rapport, il a attesté une incapacité de travail dans la profession de charpentier à des taux variant entre 100% et 50%.

A la demande de l'assureur perte de gain en cas de maladie, B.\_\_\_\_\_ SA, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a procédé à l'expertise de l'assuré. Dans son rapport du 11 février 2014, il a posé les diagnostics suivants : périarthralgies des deux coudes prédominant à droite, sans substrat anatomique objectivable évoluant depuis 2008-2009 ; status après ténolyse et ténoplastie d'allongement des épicondyliens au coude droit le 8 mars 2013, sans

amélioration ainsi que status après possible neuropathie cubitale droite transitoire en 2012, sans substrat électroneuromyographique objectivable. Il a estimé que la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle alors qu'elle était de 100% dans une profession ne nécessitant pas d'effort ni de mouvement répétitif des membres supérieurs.

Le 16 mai 2017, l'office AI a adressé par pli recommandé à D. \_\_\_\_\_ un courrier dont la teneur était la suivante :

Vous avez déposé une demande de prestations AI le 20 août 2013.

Depuis lors, vous avez pu bénéficier de la prise en charge de nombreuses mesures professionnelles, assorties d'indemnités journalières AI.

Par communication du 25 août 2016, nous vous avons octroyé un reclassement professionnel en tant qu'éducateur, formation prévue sur trois ans.

Toutefois, vous avez rapidement présenté une incapacité de travail et depuis le 26 septembre 2016 vous n'êtes plus retourné sur votre lieu de travail. Nous relevons que cet arrêt de travail nous a été communiqué par votre employeur, alors qu'il vous appartenait de nous avertir sans délai de toute difficulté. Nous tenons à souligner que cette situation s'était déjà produite par le passé.

Afin d'être informé sur les raisons de votre incapacité de travail qui perdure, nous avons interrogé votre médecin traitant, le Dr F. \_\_\_\_\_, le 22 novembre 2016. A ce jour, ce dernier ne nous a toujours pas répondu. Nous considérons donc qu'il n'y a pas de faits médicaux nouveaux justifiant un arrêt de travail de si longue durée. Par ailleurs, nous constatons que vous ne vous êtes pas présenté à l'entretien fixé le 21 décembre 2016 auprès de l'ARPIH.

Nous vous rappelons que selon l'art. 7 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité. Dans ce cadre, il doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ; il s'agit en particulier des mesures d'ordre professionnel.

L'art. 21 al. 4 LPGA précise que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.

En l'occurrence, nous vous laissons **un délai jusqu'au 15 juin 2017 pour nous confirmer par écrit** que vous souhaitez reprendre votre formation d'éducateur et que vous collaborerez pleinement tout au long des mesures professionnelles.

En cas de réponse négative ou sans réponse de votre part dans le délai fixé, nous mettrons un terme à nos démarches de réadaptation et évaluerons votre taux d'invalidité en tenant compte des gains que vous auriez été en mesure de réaliser après avoir effectué la formation d'éducateur.

Un projet de décision vous sera alors notifié sur cette base.

Dans un courrier du 12 juin 2017 à l'office AI, D. \_\_\_\_\_ a indiqué être en incapacité totale de travail depuis le 26 septembre 2016 en raison de problèmes physiques et psychologiques, précisant souffrir de la maladie de Hashimoto. Il a ajouté être suivi par le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans la mesure où ses problèmes n'étaient pas réglés, il ne se voyait pas reprendre sa formation d'éducateur.

Dans un rapport du 15 décembre 2017, le Dr M. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'état de stress post-traumatique existant depuis l'enfance et - sans répercussion sur la capacité de travail - de thyroïdite de Hashimoto. Sous la rubrique « anamnèse », ce médecin a décrit une enfance traumatique émaillée de violences physiques et psychologiques graves. Le constat médical faisait état d'insomnies résistantes au traitement, d'une hypervigilance constante, de difficultés de concentration, d'irritabilité, de rêves répétitifs avec reviviscence des traumatismes subis. La tension interne était palpable durant les entretiens. Au bénéfice du revenu d'insertion, l'assuré présentait en outre une désinsertion sociale. Le tableau clinique décrit excluait l'exercice de toute activité professionnelle. Le Dr M. \_\_\_\_\_ suggérait que son patient soit examiné par un médecin de l'assurance-invalidité.

Dans un avis médical du 5 février 2018, le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a déclaré que la maladie de Hashimoto n'était pas incapacitante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité, car elle n'impliquait qu'une incapacité de travail transitoire relevant de l'assurance perte de gain. Quant à l'état de stress post-traumatique, il

n'était pas non plus incapacitant car sa durée était inférieure ou égale à une année. Une telle pathologie évoluant depuis l'enfance n'était donc pas possible, si bien que ce diagnostic devait être rejeté. Il a en conséquence maintenu les conclusions prises en 2014, selon lesquelles la capacité de travail était entière dans une activité compatible avec les atteintes somatiques (épicondylite et épitrochléite).

Par projet de décision du 17 juillet 2018, l'office AI a informé D.\_\_\_\_\_ qu'il entendait lui nier le droit aux prestations. Sur le plan médical, il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, si bien que sa capacité de travail demeurait entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Du point de vue économique, l'intéressé ne subissait aucun préjudice, dès lors que le revenu d'invalidé auquel il pouvait prétendre - soit 70'713 fr. dans la profession d'éducateur - était supérieur à celui réalisé sans atteinte à la santé comme charpentier, lequel s'élevait à 62'638 francs.

Le 15 septembre 2018, D.\_\_\_\_\_ a présenté des objections à l'encontre de ce projet. Il a pour l'essentiel fait valoir que son état de santé s'était dégradé durant l'automne 2016, ce qui ne lui avait pas permis de poursuivre sa formation d'éducateur. Depuis lors, il présentait une incapacité totale de travail. Contestant le caractère non incapacitant de la thyroïdite de Hashimoto, il a évoqué les troubles physiques et psychologiques que cette pathologie impliquait. Dans ces conditions, il incombait à l'office AI de procéder au réexamen de sa situation.

Par décision du 1<sup>er</sup> octobre 2018, l'office AI a entériné le refus d'allouer des prestations, conformément à son projet de décision du 17 juillet 2018.

**B.** Par acte du 26 octobre 2018, D.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Reprenant les arguments avancés en procédure administrative, il a répété que son état de santé s'était dégradé en 2016 en raison de complications dues à la maladie de Hashimoto telles que des

difficultés de sommeil. Il en est résulté une incapacité de travail de 100% perdurant à ce jour. Par ailleurs, ses problèmes psychologiques nécessitaient un suivi auprès du Dr M.\_\_\_\_\_. D'après l'assuré, l'aggravation de son état de santé faisait obstacle à la reprise d'une activité professionnelle ce qu'il appartenait à l'office AI de clarifier en procédant à son examen médical.

Dans sa réponse du 17 janvier 2019, l'office AI a conclu au rejet du recours.

Désormais représenté par Procap, D.\_\_\_\_\_ a répliqué en date du 1<sup>er</sup> février 2019. En premier lieu, il a fait valoir que l'avis du SMR du 5 février 2018 avait été rendu sans examen et par un médecin qui n'était pas psychiatre. En second lieu, il faisait fi des éléments médicaux et anamnestiques exposés par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 décembre 2017 et fondant une incapacité totale de travail. L'assuré en déduisait qu'un doute subsistait quant à la fiabilité des conclusions du SMR, si bien qu'il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

Dupliquant en date du 21 février 2019, l'office AI a confirmé ses conclusions.

A l'appui de ses déterminations du 3 mai 2019, D.\_\_\_\_\_ a produit un rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 15 avril 2019. Celui-ci y expliquait qu'il présentait tous les symptômes d'un état de stress post-traumatique ayant entraîné une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Il estimait par ailleurs absurde de soutenir que la durée d'un état de stress post-traumatique n'excédait pas une année. Au vu de ces éléments, l'assuré a confirmé ses conclusions.

Le 27 mai 2018, l'office AI a indiqué que les arguments développés n'étaient pas susceptibles de remettre en cause le bien-fondé

de la décision attaquée, 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 des rapports médicaux établis par le Dr M. \_\_\_\_\_ (rapports des 15 décembre 2017 et 15 avril 2019), 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 et les troubles de la thyroïde n'ont pas fait l'objet d'un examen sérieux. Un tel examen s'avère pourtant nécessaire. En effet, le Dr M. \_\_\_\_\_ concluait à une incapacité totale de travail en raison des troubles psychiques présentés, reflétant une situation d'une gravité non

négligeable ; il relevait d'ailleurs la nécessité que son patient soit examiné par un psychiatre de l'assurance-invalidité. Or seule la problématique des membres supérieurs a été prise en considération dans l'évaluation de la capacité de travail. Dans ce contexte, le point de vue du SMR (avis du 5 février 2018), selon lequel le recourant disposerait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ne repose sur aucune analyse objective et circonstanciée de la situation.

**b)** 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 endocrinologique et 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 1<sup>er</sup> octobre 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 puis nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 (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 D.\_\_\_\_\_ 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 :

- Procap (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).

Le greffier :