

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juin 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Feusi et M. Reinberg, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Anne-Louise Gillièron,
avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

**Art. 16, 17, 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a
RAI**

E n f a i t :

A. **a)** E. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en [...], droitier, a été blessé par balle à l'avant-bras droit dans le cadre d'une manifestation le [...] 1989. Il a été opéré en urgence à [...] pour fasciotomie et reconstruction artérielle. Etabli en Suisse depuis novembre 1990, il s'est notamment soumis à une tentative de reconstruction par greffe du nerf médian pratiquée le 14 septembre 1995 par le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi que de la main. Le 21 juin 1996, en raison du handicap à son bras droit et sans activité, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente.

Par décision du 22 novembre 1999, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de rente (extraordinaire), au motif que le taux d'invalidité présenté par l'intéressé, de 21 %, n'ouvrait pas droit à cette prestation. Par acte du 7 janvier 2000, l'assuré a déféré cette décision au Tribunal des assurances vaudois ([TASS] ; depuis le 1^{er} janvier 2009, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal). Le tribunal a, par jugement du 28 novembre 2000 (TASS AI 9/00 - 262/2000), rejeté le recours et confirmé la décision de refus de l'OAI. Cet arrêt n'a pas été contesté.

Par décision du 20 janvier 2000 en force, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel (reclassement).

b) Le 9 mars 2016, E. _____ a déposé une seconde demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi d'une rente.

Exerçant la profession de concierge technique, à 100 %, depuis le 1^{er} janvier 2014 auprès de la société A. _____ SA, à [...], il a été victime d'un accident professionnel le 30 septembre 2015 (chondropathie fémoro-tibiale interne au genou droit décompensée par un choc direct à ce genou contre un container [rapport du 11 avril 2016 du

service d'orthopédie et traumatologie à l'Hôpital orthopédique du CHUV, à Lausanne, et rapport du 2 mai 2016 intitulé « appréciation médicale du 29.04.2016 » du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur]). Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit a été réalisée le 26 octobre 2015 mettant en évidence une chondropathie de grade II tricompartmentale, à savoir des deux condyles fémoraux ainsi que de la patella (facette médiale, latérale et crête). Il était également retrouvé une petite bursite du ligament collatéral médial (rapport d'IRM du 26 octobre 2015 de l'Institut d'Imagerie Médicale [...], à [...]). En présence d'une évolution des douleurs lentement favorable et d'un déconditionnement musculaire des membres inférieurs, le traitement a consisté en des séances de physiothérapie avec des exercices quotidiens à réaliser au domicile (rapport du 4 février 2016 du département de l'appareil locomoteur et médecine du sport à l'Hôpital orthopédique du CHUV). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas, ainsi qu'F._____
SA (ci-après : F._____), assureur perte de gain.

La CNA a, par décision du 9 mai 2016, mis fin à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières avec effet au 23 mai 2016, retenant que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (*statu quo sine*) était atteint le 22 mai 2016 au plus tard. Suivant l'avis du Dr J._____ (rapport du 15 février 2016 relatif à l'examen par le médecin d'arrondissement du 12 février 2016), l'assureur-accidents a par ailleurs confirmé une capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle à 50 % dès le 22 février 2016.

La société A._____ SA a résilié les rapports de travail la liant à l'assuré pour le 31 juillet 2016.

Le 17 octobre 2016, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, mandaté expert par F._____, a déposé son rapport. Posant les diagnostics de séquelles de blessures par balle (1989) au niveau du MSD (membre supérieur droit), de status après

une contusion de la face interne du genou droit (septembre 2015) et d'obésité, cet expert a conclu la synthèse de son analyse comme suit :

"[...] Monsieur se plaint de douleurs au niveau du genou droit et du MSD. Il déclare qu'il ne peut plus utiliser son MSD et sa main droite. Il ajoute que les douleurs au niveau du genou droit l'empêchent de se déplacer et entraîne[nt] une boiterie. Monsieur est très négatif. Pour lui, il ne peut plus rien faire et [estime] que tout recyclage est inutile.

L'examen clinique ne met pas en évidence de pathologie au niveau du genou droit. Par contre, Monsieur souffre de claires séquelles de ses blessures par balle au niveau du MSD. Je constate une nette diminution de la force au niveau de l'avant-bras et de la main droite. Monsieur a dû être opéré à plusieurs reprises au CHUV pour des reconstructions artérielles et nerveuses.

Il est étrange de constater que Monsieur déclare ne plus pouvoir rien faire, alors qu'il a souffert que d'une contusion banale de son genou droit et que son handicap au niveau de son MSD date de 1989 et qu'il a pu travailler comme manutentionnaire et comme technicien de surface.

Son arrêt de travail d'octobre 2015 a été établi suite à l'accident au niveau du genou et non pour des problèmes du MSD.

Monsieur a bénéficié d'une prise en charge adéquate, surtout en physiothérapie et je ne comprends pas pourquoi Monsieur déclare que cette prise en charge a aggravé les symptômes.

Monsieur m'a donné l'impression d'être déprimé. Il avait un faciès triste et son débit verbal était très ralenti.

Un avis psychiatrique devrait être demandé pour exclure une composante dépressive rendant difficile une reprise de travail.

Je conclus à une pleine capacité de travail dans son métier de technicien de surface dès le 1^{er} novembre 2016."

Le 17 octobre 2016 également, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a répondu comme suit aux questions de l'OAI adressées dans l'intervalle :

"1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

Chondrite tricompartimentale du genou gauche [recte : droit]
Syndrome douloureux et moteur de la racine L6 à gauche
Séquelles de lésions artérielles et nerveuses de l'avant-bras droit (1989)

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Les lésions anciennes n'ont pas évolué mais la tendance à la chronification voir[e] à l'aggravation des pathologies récentes laisse craindre un pronostic défavorable.

3. *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?*
Avec une atteinte concomitante des deux membres supérieurs et du membre inférieur gauche, l'activité antérieure (nettoyeur) est évidemment impossible.
4. *Quelles est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?*
Après avoir envisagé une évaluation de la capacité à un reclassement, l'AI a renoncé à le convoquer pour un stage, ce que je n'ai jamais compris. Je vous renvoie donc cette question à laquelle l'OAI aurait pu répondre mieux que moi ! Le patient s'estime incapable de toute activité professionnelle.
5. *Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*
 - a) Atteinte du MSD rend tout travail, y compris léger exigeant de la précision impossible.
 - b) Atteinte du MSG rend tout travail exigeant de la force impossible.
 - c) Atteinte du MIG rend tout travail exigeant, la position debout prolongé, la marche en terrain difficile, l'ascension d'une échelle etc.... impossible.
6. *Quelles sont les incapacités de travail ?*
100% 30.09.2015 - 08.11.2015
50% 09.11.2015 - 04.12.2015
100% 05.12.2015 - 21.02.2016
50% 22.02.2016 - 29.02.2016
100% 01.03.2016 - ?
7. *Quels sont les traitements en cours ?*
Le patient reçoit des médicaments anti-inflammatoires (avec une limitation à cause des troubles digestifs) et du paracétamol. Il a également bénéficié de quelques séries de physiothérapie. [...]"

Par décision du 26 octobre 2016, F. _____ a mis fin au service de ses prestations (indemnités journalières maladie) avec effet au 6 novembre 2016. Après avoir complété l'instruction, l'assureur perte de gain a finalement annulé sa décision et, sous réserve de l'obtention des certificats médicaux idoines, accepté d'allouer ses indemnités à 100 % jusqu'au 30 juin 2017. Selon son évaluation, dès le 1^{er} juillet 2017, l'assuré était réputé apte à reprendre une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles ou, à défaut, tenu de faire valoir ses droits auprès de l'assurance-chômage en tant que personne apte au placement avec restrictions physiques (décision du 21 février 2017 d'F. _____).

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a soumis le cas à son Service médical régional (SMR). Aux termes d'un avis du 16 août 2017 établi sur dossier, le Dr V._____, spécialiste en médecine du travail, a estimé que si l'activité habituelle n'était plus exigible, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : « inapte marche prolongée, station debout prolongée, travail à genoux ou accroupi, port de charges, travail au froid »), l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100 % « depuis au moins le 01.11.16 ». Le médecin-conseil se fondait sur les conclusions de son confrère le Dr W._____ ainsi que sur l'examen du 12 février 2016 du médecin d'arrondissement de la CNA mettant en évidence une très légère boiterie à la marche avec la mobilité complète du genou.

Dans un rapport « REA - Rapport final » du 4 décembre 2017, il est écrit par la gestionnaire en charge du cas à l'OAI qu'aucune DDP (demande de détection précoce) n'avait été mise en place malgré une proposition du 14 juin 2016, car l'assuré ne se sentait pas suffisamment apte en raison de son état de santé.

Par projet de décision du 6 décembre 2017, l'OAI a fait part à l'ancien conseil de l'assuré de son intention d'octroyer une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1^{er} septembre 2016 au 31 janvier 2017. Ses observations étaient les suivantes :

“Votre mandant exerçait l'activité de concierge à plein-temps auprès d'une entreprise de la région [...] du 1^{er} janvier 2014 au 31 juillet 2016.

Pour des raisons de santé, il présente une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 30 septembre 2015. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

A l'échéance du délai en question, soit le 30 septembre 2016, et après un examen complet de son dossier, nous constatons que son incapacité de travail est totale dans toute activité.

Dès lors, le droit à la rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % lui est reconnu depuis le 1^{er} septembre 2016.

Selon les informations en notre possession, nous constatons que son état de santé lui a permis de recouvrer une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (*pas de marche prolongée, pas de station debout prolongée, pas de travail à genoux ou accroupi, pas de port de charges, pas de travail au froid*) depuis le 1^{er} novembre 2016.

Pour déterminer son degré d'invalidité depuis cette date, nous devons évaluer le préjudice économique qu'il subit.

Pour ce faire, il convient de comparer le revenu qu'il aurait pu réaliser en bonne santé, soit CHF 62'400.00 en 2016 (*selon les données obtenues par son ancien employeur*) avec celui auquel il peut prétendre dans une activité adaptée à son atteinte.

Dans sa situation, étant donné qu'il n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer son revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire annuel que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 67'185.97 à 100 %, en 2016.

Par ailleurs, après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, permis de séjour et taux d'occupation), nous estimons qu'aucun abattement n'est justifié dans son cas. En effet, il existe suffisamment d'activités adaptées au vu des limitations fonctionnelles et ce, conformément au chiffre marginal 3067.3 CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité].

Vu ce qui précède, son degré d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2016 se calcule de la manière suivante :

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF	62'400.00
Revenu avec atteinte à la santé	CHF	67'185.97
Perte de revenu	CHF	0.00

Degré d'invalidité 0 %

En présence d'une amélioration de l'état de santé et de la capacité de gain, le droit à la rente prend fin trois mois après, à savoir le 31 janvier 2017."

Après avoir requis l'avis du SMR (avis du 2 février 2018 du Dr V._____) à la suite de la contestation élevée le 25 janvier 2018 par l'ancien conseil de l'assuré, l'OAI a, par courrier du 21 août 2018, informé ce dernier que ses arguments, respectivement les rapports médicaux des Drs L.____ et W.____ transmis, n'étaient pas susceptibles de rediscuter le bien-fondé de sa position tendant à la suppression du droit à la rente entière versée depuis le 1^{er} septembre 2016 avec effet au

31 janvier 2017, soit trois mois après la pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles d'ordre somatique. Ce faisant, l'OAI a confirmé la valeur probante du rapport d'expertise du 17 octobre 2016 du Dr W._____.

Le 29 août 2018, désormais assisté par Me Anne-Louise Gillièron, l'assuré a déposé devant l'OAI un certificat médical du 1^{er} février 2018 du Dr L._____, libellé en ces termes :

“Le soussigné certifie être le médecin de premier recours dès 1995 de

Monsieur E._____, né le [...]

L'état de santé du patient s'est aggravé depuis le dernier rapport adressé à l'AI avec aggravation des lésions anciennes et survenue de nouvelles pathologies depuis 2016 en particulier au niveau du rachis lombaire, d'une tendinopathie de l'épaule gauche et d'arthrose dans les mains en particulier au niveau de l'articulation TM [Trapézo-Métacarpienne] gauche.”

Après avoir informé l'avocate que l'attestation médicale établie le 1^{er} février 2018 sous la plume du médecin traitant de son mandant n'était pas de nature à modifier sa position (courrier recommandé du 3 septembre 2018), l'OAI a, par décision du 5 novembre 2018, confirmé son projet du 6 décembre 2017, octroyant à l'assuré une rente entière du 1^{er} septembre 2016 jusqu'au 31 janvier 2017.

B. Par acte de son conseil du 7 décembre 2018, E._____ a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant avec dépens à son annulation et à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps. En substance, il fait grief à l'OAI de ne pas avoir correctement instruit son cas, alléguant en sus de l'affection au genou droit, souffrir de sa main droite inutilisable, de douleurs mécaniques à sa main opposée en raison de la compensation de l'impotence à droite, et de douleurs au niveau du rachis lombaire ainsi que d'une tendinopathie de la coiffe à l'épaule gauche. Compte tenu de l'aggravation de son état de santé somatique, il conteste bénéficier d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} novembre 2016 comme l'a retenu

l'OAI sur la base de l'expertise du Dr W._____. Il estime avoir encore droit à une rente de l'assurance-invalidité. A titre de mesure d'instruction, le recourant requiert à ce qu'il soit ordonné une expertise judiciaire pluridisciplinaire pour déterminer ses possibilités de reclassement professionnel dans une activité adaptée, respectivement établir les conséquences de son état de santé global sur sa capacité de travail. Sous le bordereau de pièces joint à l'acte de recours, figurent notamment :

- un rapport du 29 novembre 2016 de la Dresse I._____, spécialiste en neurologie, posant les diagnostics de douleurs mal systématisées du membre supérieur gauche sans déficit neurologique, de status après blessure par balle avec plaie délabrante de l'avant-bras droit en 1989 et atteinte complète traumatique du nerf médian droit à l'avant-bras sensitive et motrice, de chondropathie fémoro-tibiale interne droite et de status après cure chirurgicale d'un syndrome du canal carpien gauche en 2000. L'examen clinique de cette spécialiste a mis en évidence le fait que l'atteinte à l'avant-bras droit, à savoir une plégie des muscles du nerf médian, avait pour effet que cette main était inutilisable compte tenu de l'impossibilité de faire la pince ;

- deux rapports des 6 février et 9 mars 2017, dans lesquels le Dr K._____ a indiqué une « douleur nette, sévère, à l'appui en regard de l'interligne trapézo-métacarpien et à la mise sous contrainte de cette articulation » pouvant être attribuée à une arthrose au niveau de la main gauche « en raison de la compensation et du surmenage résultant de l'impotence relative à la main droite ». Selon ce médecin, après la réalisation d'une infiltration sans effet bénéfique, une intervention chirurgicale à gauche avait été envisagée puis refusée par le recourant par crainte d'un échec ou de complications ;

- un rapport du 3 octobre 2017 du Dr D._____, radiologue à l'Institut d'Imagerie Médicale [...], relatif à des radiographies (de la colonne lombosacrée [face / profil] et de l'épaule gauche [en rotation interne / externe]), dont on extrait ce qui suit :

“Indication :

Douleurs rhumatismales et mécaniques.

Résultat :

Epaule gauche : la sphéricité de la tête humérale est préservée, une discrète sclérose osseuse est présente à la hauteur du trochiter huméral, pouvant indirectement refléter une tendinopathie de la coiffe. Pas de diminution de la distance sous-acromio-delhoïdienne. Pas de lésion gléno-humérale.

Discrète tuméfaction de la capsule articulaire acromio-claviculaire sans lésion osseuse associée.

Rachis lombaire : troubles statiques caractérisés par une déviation dextro-convexe à large rayon de courbure et une rectitude du rachis lombaire. Discrète ostéophytose intersomatique antérieure étagée, prédominant entre L2 et S1, associée à une sclérose osseuse interfaccettaire de L4 à S1 susceptible de refléter une discrète surcharge bio mécanique postérieure. Pas de tassement vertébral, pas de diminution significative de hauteur des disques intervertébraux.

Pas de lésion visible des articulations sacro-iliaques ni de la portion supérieure des articulations coxo-fémorales.

Conclusion :

Epaule gauche : légère sclérose osseuse du trochiter huméral, pouvant indirectement refléter une tendinopathie de la coiffe sans diminution de la distance sous-acromio-delhoïdienne ni calcification des parties molles.

Rachis lombaire : troubles statiques, altérations dégénératives osseuses étagées, prédominant dans les segments lombaires inférieurs sans diminution de hauteur des disques intervertébraux.”

Me Gillièron a requis en outre l’octroi de l’assistance judiciaire et sa désignation comme avocat d’office.

Le 3 janvier 2019, la juge instructeur a accordé le bénéfice de l’assistance judiciaire au recourant avec effet au 7 décembre 2018, soit l’exonération d’avances et des frais judiciaires ainsi que l’assistance d’office d’un avocat en la personne de Me Gillièron.

Dans sa réponse du 31 janvier 2019, l’OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Confirmant en particulier le caractère probant du rapport de l’expertise rhumatologique du Dr W._____ d’octobre 2016 sur mandat de l’assureur perte de gain F._____, il précise que des mesures professionnelles ne sont pas justifiées, le recourant étant apte à exercer une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger, sans qualifications particulières.

Le 22 mars 2019, Me Gillièron a produit la liste détaillée de ses opérations et débours en la cause.

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 point de savoir si l'intimé était fondé, par sa décision du 5 novembre 2018, à limiter le versement d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2016 au 31 janvier 2017 (soit trois mois après l'amélioration constatée en novembre 2016). Est contesté la capacité de travail sur le plan somatique, le recourant estimant qu'il présente une aggravation de son état de santé.

3. **a)** Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore

supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et réf. cit. ; TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et réf. cit.).

b) Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI ([règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; VALTERIO, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 21 *ad* art. 31 LAI p. 503 et réf. cit. ; cf. également TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et réf. cit.).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) 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 LPGGA).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet

2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

6. a) En l'espèce, le recourant soutient ne plus être en mesure de reprendre une activité professionnelle compte tenu d'une aggravation de son état de santé. Il prétend dès lors avoir droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2017. De son côté, l'intimé considère que dès le 1^{er} novembre 2016, l'intéressé bénéficie d'une totale capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques qui, en l'absence de préjudice économique, exclut le droit à la rente après le 31 janvier 2017 (trois mois après l'amélioration retenue).

b) A l'examen, il ressort que dans son rapport médical du 17 octobre 2016, le Dr L. _____ précisait que les lésions anciennes de son patient à l'avant-bras droit n'avaient pas évolué mais la tendance à la chronification voire à l'aggravation des pathologies récentes laissent craindre un pronostic défavorable. Dans un avis médical du 2 février 2018 (pièce 15), le SMR estime, pour sa part, que le rapport médical ne démontre pas d'aggravation. Le 29 août 2018, dans le cadre de la procédure d'audition, le nouveau conseil de l'assuré transmet à l'OAI un rapport médical du 1^{er} février 2018 du Dr L. _____ lequel précise que l'état de santé de son patient s'est aggravé au niveau du rachis lombaire, d'une tendinopathie de l'épaule gauche et d'arthrose dans les mains notamment au niveau de l'articulation TM (Trapézo-Métacarpienne) gauche. Son avocate requiert par conséquent une investigation sur ce plan. Pour toute réponse, l'OAI indique le 3 septembre 2018 que « les indications fournies par ce dernier [le Dr L. _____] ont déjà fait l'objet d'un examen approfondi par le Service Médical Régional dans le cadre de la contestation de notre projet de décision du 6 décembre 2017 », ajoutant que « dès lors, ladite attestation n'est pas de nature à modifier notre position ». Au vu des éléments contenus dans le dossier, la Cour de céans constate que contrairement à ce qu'affirme l'OAI, le certificat médical du 1^{er} février 2018 remis à l'OAI par l'assuré le 29 août 2018 n'a en réalité pas été soumis au SMR pour prise de position sur l'aggravation de l'état de

santé somatique annoncée depuis 2016 par le médecin traitant, l'avis médical SMR datant du 2 février 2018.

c) En l'occurrence, le raisonnement du SMR, respectivement de l'intimé, n'apparaît pas convaincant et ne saurait être partagé, dans la mesure où l'instruction diligentée sur le plan médical doit être qualifiée de lacunaire. En effet, à la lecture des renseignements fournis par son médecin traitant, l'état de santé du recourant semble s'être péjoré depuis l'expertise rhumatologique remontant à octobre 2016 du Dr W._____, en ce sens que l'intéressé présente désormais des douleurs dues à une arthrose trapézo-métacarpienne au niveau de la main gauche attestée par le Dr K._____ en 2017 en raison de la compensation et du surmenage résultant de l'impotence relative de la main droite. Une infiltration n'a pas amélioré la pathologie et une intervention est envisagée, mais pour l'instant refusée par le recourant (rapports des 6 février et 9 mars 2017 du Dr K._____).

A cela s'ajoutent une atteinte complète du nerf médian de l'avant-bras droit sensitive et motrice sur une plaie par balle, membre qualifié d'inutilisable par la Dresse I._____ faute de pouvoir faire la pince (rapport du 29 novembre 2016 de ce neurologue), une atteinte à l'épaule gauche et au rachis lombaire (cf. rapport de radiographies du 3 octobre 2017 du Dr D._____). Cela étant, en l'état du dossier, il est prématuré de déterminer si ces atteintes sont avérées, si elles ont ou non des répercussions en termes de capacité de travail et éventuellement valeur d'invalidité au sens requis par la jurisprudence fédérale précitée. Etant donné les carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, il n'est pas possible de statuer sur le maintien ou non du droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 janvier 2017.

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, 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 (cf. 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 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4 ; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, nos 17 et 27 *ad* art. 43 LPGA p. 572 et p. 574).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d).

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).

b) En l'occurrence, si le certificat médical du 1^{er} février 2018 du médecin traitant est très succinct et n'emporte pas la conviction, il sied de constater que les rapports des 6 février et 9 mars 2017 du Dr K. _____ - que le recourant a produit au stade du recours - ont mis en évidence la nécessité d'une instruction complémentaire sur le plan somatique, faute pour ce praticien de s'être prononcé sur la capacité de travail de l'intéressé. Il se justifie par conséquent 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 -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de réunir les rapports médicaux nécessaires, ainsi que de mettre en œuvre toutes autres mesures jugées utiles, afin de déterminer la nature de l'atteinte à la santé du recourant au membre supérieur gauche, ainsi que les éventuelles répercussions sur sa capacité de travail compte tenu des diagnostics déjà retenus entraînant des limitations fonctionnelles. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

c) Au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'expertise judiciaire formulée par l'assuré à l'appui de son recours.

8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire 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'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire qualifié pour la défense de ses intérêts, a par ailleurs droit à des dépens, fixés *in casu* à 1'500 fr. à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD), montant qui couvre l'indemnité d'office à laquelle pourrait prétendre le conseil du recourant au titre de l'assistance judiciaire.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 5 novembre 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 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 E. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Anne-Louise Gillieron (pour E. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :