

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juillet 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Bidiville et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst ; art. 16, 42 et 43 al. 1 LPGA ; art. 28 al. 1 et 57a LAI.

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité de mécanicien automobile depuis 1990, en dernier lieu pour la société U._____ SA.

Le 13 janvier 2017, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a rempli un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une incapacité de travail totale pour cause de maladie depuis le 19 février 2016.

Il ressort d'un rapport initial de détection précoce du 16 février 2017 que l'assuré souffrait d'une épicondylite depuis un peu plus d'un an et d'une grosse fatigue continue. L'intéressé a expliqué avoir consulté son médecin traitant à la suite de douleurs importantes au coude droit. Les douleurs étaient déjà présentes lorsqu'il était encore sous contrat auprès de son employeur. Après son licenciement en 2016, il s'était retrouvé au chômage. Les douleurs étaient continues alors même qu'il profitait de se reposer. Son médecin avait posé le diagnostic le 19 février 2016. Pour l'heure, l'assuré bénéficiait des allocations pertes de gain maladie de l'assurance-chômage. A titre de limitations fonctionnelles, il est fait mention du port de charges, de fatigue, de problèmes de concentration, des mouvements de rotation étant envisageables mais très douloureux.

Le 10 mars 2017, l'assuré a rempli un formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité, adressé à l'OAI le 15 mars suivant. Il y a fait mention d'un salaire mensuel de 4'900 fr. brut, servi treize fois l'an, dans sa précédente activité de mécanicien automobile.

Dans un rapport du 28 mars 2017, le Dr V._____ a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - d'épicondylite chronique du coude droit ainsi que de fatigue chronique sans effet sur la capacité de travail. Le pronostic était sombre. L'assuré bénéficiait d'un traitement de

physiothérapie et d'antalgie. Le praticien recommandait une reconversion professionnelle. L'assuré était incapable de travailler au moins jusqu'au 1^{er} avril 2017. Dans l'activité exercée à ce jour, l'utilisation de son membre supérieur droit était limitée, voire relativement nulle. L'activité de mécanicien automobile n'était plus exigible. L'assuré était limité dans l'action de soulever et porter. Selon le médecin, une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail n'était pas attendue. Le Dr V. _____ a également adressé à l'OAI un rapport du 2 mai 2016 du Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'un rapport du 30 novembre 2016 établi par le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du sport au Centre Médical de [...]. Le Dr D. _____ constatait qu'un traitement conservateur avait débuté sans succès. Néanmoins, les résultats opératoires n'étaient pas uniformément bons et vu que l'assuré n'avait fait que deux séances de physiothérapie, il proposait de continuer sur cette voie dans un premier temps. Quant au Dr S. _____, il indiquait que l'assuré ne présentait aucune amélioration en dépit des traitements réalisés et qu'il n'avait pas d'autre outil thérapeutique à lui offrir, hormis un éventuel traitement chirurgical dont le succès n'était pas garanti. Il avait conseillé à l'assuré de déposer une demande de prestations auprès de l'OAI dans le but d'une éventuelle reconversion professionnelle.

Entre temps, l'OAI s'est vu transmettre un extrait du compte individuel de l'assuré. Ses revenus annuels se sont élevés à 75'136 fr. en 2013, 70'416 fr. en 2014, 61'788 fr. en 2015 et 6'036 fr. pour les mois de janvier et février 2016.

Dans un rapport du 10 avril 2017, le Dr S. _____ a posé les diagnostics d'épicondylite droite, avec répercussion sur la capacité de travail, et d'hypertension artérielle, sans effet sur la capacité de travail. Le médecin n'avait constaté aucune amélioration malgré la physiothérapie, les infiltrations, le PRP [plasma riche en plaquettes] et des ondes de choc. La douleur persistait et le pronostic était incertain. Tous les traitements avaient cessé, au vu de l'absence de résultat. Une indication chirurgicale

pourrait être recommandée. Le médecin a fait état de restrictions pour les mouvements sollicitant de la force dans l'avant-bras. L'activité habituelle n'était plus exigible. Le rendement était réduit car les mouvements exigés par la profession n'étaient plus réalisables.

L'OAI a octroyé à l'assuré, le 1^{er} mai 2017, une mesure d'intervention précoce (MIP) sous forme de trois modules externalisés auprès d'U._____, du 15 mai au 13 octobre 2017.

Il ressort d'un rapport MIP U._____ du 22 mai 2017, relatif à un premier entretien du 19 mai, que l'assuré, sans emploi depuis la fin du mois de septembre 2015, s'était inscrit au chômage. Lors d'une visite de contrôle chez son médecin le 19 février 2016, les examens auraient révélé une atteinte à la santé au niveau du bras droit. Son médecin avait certifié une incapacité de travail jusqu'au 1^{er} août 2017. L'assuré a indiqué avoir réalisé un apprentissage en mécanique automobile de 1990 à 1993 sans obtention du Certificat fédéral de capacité, car son niveau de français de l'époque ne lui permettait pas de suivre les cours théoriques. Aujourd'hui, il parlait couramment le français mais la lecture lui demandait un effort supplémentaire.

Le 29 juin 2017, U._____ a rendu un rapport relatif à la phase 1 de la mesure qui s'était déroulée du 22 mai au 26 juin 2017. Du point de vue psychologique, des fragilités au niveau émotionnel avaient été observées mais n'étaient pas de nature à empêcher l'assuré de s'investir dans un processus de retour à l'emploi. Il était précisé qu'il « pourrait lui être utile d'analyser les fragilités préexistantes qui avaient conduit à un fort nombre de symptômes pour retourner à l'emploi de façon pérenne ». Du point de vue physiothérapeutique, l'anamnèse réalisée le 31 mai 2017 avait permis de mettre en évidence que l'intéressé souffrait d'épicondylite du coude droit ainsi que d'hypertension artérielle traitée et d'un manque de souffle en marchant. A l'issue des tests menés, il a été constaté que la mobilité générale des articulations de l'assuré était bonne, que sa capacité physique maximale à supporter une tâche de travail avec les deux mains correspondait à 20 kg à l'horizontale, que

l'augmentation de la pression artérielle devrait être contrôlée et que, pour l'heure, son état physique permettait à l'intéressé de travailler en position debout ou en alternance assis/debout. Des pistes pour une réorientation avaient pu être trouvées et seraient transmises au conseiller référant, à la condition que la pression artérielle reste dans les normes. Lors des tests des escaliers des 16 et 28 juin 2017, l'assuré avait dépassé le seuil de dangerosité de la pression artérielle, de sorte qu'U._____ ne pouvait se prononcer sur une éventuelle réorientation professionnelle et renonçait à proposer un passage à la deuxième phase de la mesure, en dépit de la motivation de l'assuré à reprendre une activité professionnelle adaptée.

Dans une communication du 18 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce. L'instruction de la demande de prestations se poursuivait.

Dans un avis médical du 3 mai 2018, le Dr H._____, médecin praticien, spécialiste en médecine du travail et médecin auprès du Service régional médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a constaté que l'incapacité de travail durable était fixée au 19 février 2016 et était totale depuis lors. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais elle était totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, à savoir l'inaptitude aux mouvements répétitifs et au port de charges du bras droit. L'activité adaptée était exigible depuis le mois de novembre 2016. Le Dr H._____ a encore précisé qu'il convenait de voir pour une déclaration de ce type de pathologie en MP [maladie professionnelle] auprès de la Caisse K._____.

Dans un rapport final du 25 octobre 2018, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a arrêté le revenu annuel sans invalidité de l'assuré à un montant de 67'284 fr. brut, en 2017, sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires édité par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS), l'assuré étant non qualifié et au chômage au moment de l'atteinte. Le revenu annuel avec invalidité a été fixé à 60'556 fr. brut, en 2017, également selon l'ESS. Le préjudice économique

s'élevait par conséquent à 6'728 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 10 %. Il ressort de la fiche de calcul du salaire exigible que l'OAI s'est fondé sur l'ESS 2016, tableau TA1, niveau de compétence 1. Il a d'abord annualisé le revenu en tenant compte d'un horaire hebdomadaire de 41,7 heures, l'a indexé de 0.40 % pour l'année 2017 puis a réduit le montant obtenu de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, afin d'obtenir le revenu avec invalidité. Les postes d'ouvrier de conditionnement à l'établi, de contrôleur qualité, d'ouvrier de montage/assemblage de petites pièces mécaniques/électroniques étaient cités à titre d'exemples d'activités adaptées.

Par communication du 6 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il était réadaptable, qu'il n'avait pas droit à une rente et que les conditions d'octroi d'une aide au placement étaient remplies. Un projet de décision de refus de rente du 6 novembre 2018 était annexé à cette communication. Le degré d'invalidité de 10 %, calculé grâce à la méthode de comparaison des revenus, n'atteignait pas le seuil légal de 40 % ouvrant droit à une rente.

Le 7 janvier 2019, l'OAI a rendu une décision de refus de rente, confirmant ainsi son projet de décision du 6 novembre 2018.

B. Le 7 février 2019, W._____, représenté par son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision susmentionnée, concluant en substance à sa réforme et à ce que des prestations d'assurance lui soient allouées, sous la forme de rente ou de mesures de réadaptation professionnelle selon précisions à apporter en cours d'instance. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a allégué être toujours atteint dans sa capacité de travail du fait de ses douleurs au bras. En outre, l'intimé n'avait pas pris en compte certains éléments médicaux, dont des douleurs lombaires qui avaient été investiguées par imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 15 novembre 2018. Cette IRM avait mis en évidence une légère discopathie étagée de D10-D11 à L1-L2

ainsi qu'en L5-S1. Le recourant a précisé qu'il déposerait une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison de cette atteinte, si celle-ci ne devait pas avoir été prise en compte lorsque la décision litigieuse avait été rendue. Le recourant a encore argué qu'il souffrait de troubles du sommeil et que l'évaluation de l'impact de ces troubles n'avait pas été prise en compte par l'intimé dans sa réflexion. Son dossier aurait par conséquent dû faire l'objet d'une appréciation pluridisciplinaire.

Dans une réponse du 7 mars 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours et a maintenu ses arguments, renvoyant plus particulièrement à l'avis SMR du 3 mai 2018.

Répliquant le 28 mars 2019, le recourant a contesté les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé. S'agissant du revenu sans invalidité, celui-ci devait être obtenu sur la base du salaire réalisé, soit 4'900 fr. par mois, servi treize fois l'an, majoré d'une participation aux frais de repas d'un montant de 16 fr. par jour, soit un revenu total de 68'276 francs. Le revenu avec invalidité avait également été mal estimé, l'OAI s'étant contenté de procéder à un abattement sur le revenu sans invalidité préalablement arrêté. Le recourant a également soutenu ne pas avoir reçu le projet de décision du 6 novembre 2018 et qu'il y voyait un motif « d'invalider la décision litigieuse ». Il a encore relevé que, malgré le fait que le stage U._____ avait été interrompu en raison de problèmes d'hypertension artérielle, l'OAI n'avait mis en œuvre aucune mesure d'instruction pour s'enquérir de l'évolution de l'état de santé.

Dans une argumentation complémentaire du 9 août 2019, le recourant a précisé que le revenu sans invalidité, tel que calculé dans ses déterminations du 28 mars 2019, était encore sous-évalué au vu des revenus effectivement réalisés en 2013 et 2014 auprès de ses employeurs. En outre, la capacité de gain dans une éventuelle activité adaptée était trop optimiste du fait de l'ensemble des problèmes de santé, y compris les problèmes lombaires dont il avait fait mention au stade du recours. Il a également fait valoir qu'il était toujours atteint d'épicondylite qui s'était considérablement enkystée. Pour cette raison, il avait à

nouveau consulté le Dr S._____. Une IRM du coude droit réalisée le 14 juin 2019 avait mis en évidence une tendinopathie bicipitale distale en regard de son insertion, d'aspect inflammatoire et avait confirmé une épicondylite avec des petites composantes fissuraires intra-tendineuses. Selon le recourant, le contexte d'ensemble militait pour une nouvelle évaluation médicale, sous l'autorité de la Cour de céans. Il conviendrait également de finaliser le processus d'évaluation des capacités résiduelles, à long terme, qui avait été interrompu en raison de problèmes de tension artérielle.

Dupliquant le 12 septembre 2019, l'intimé s'est étonné que le vice formel n'ait été soulevé par le recourant qu'à ce stade de la procédure. Il n'existait aucune raison qu'il n'ait pas reçu le projet de décision, constatant que les autres correspondances l'avaient été. Si un tel vice devait être admis, celui-ci serait toutefois réparé puisque le recourant avait pu contester la décision auprès de la Cour de céans. L'intimé a encore ajouté que l'avis médical SMR du 3 mai 2018 était clair, tant sur l'incapacité de travail dans l'activité habituelle que sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Au demeurant, le dossier avait été instruit à satisfaction de droit.

Dans une écriture du 10 octobre 2019, le recourant a allégué qu'à défaut d'avoir contesté le revenu sans invalidité calculé dans sa précédente écriture, l'intimé l'avait accepté. Dès lors, il était difficile de soutenir que la capacité de gain dans une activité adaptée serait entière et que la perte économique ne s'élèverait qu'à 10 %. Selon le recourant, c'était un abattement pour perte de rendement de 20 à 25 % qui aurait dû être appliqué. Il a encore précisé qu'une évaluation médicale pluridisciplinaire devait être réalisée, incluant notamment un volet psychique. En effet, le rapport psychologique U._____ faisait état de divers symptômes et préconisait une investigation plus poussée, laquelle n'avait pas été réalisée. Sur le plan somatique, l'assuré souffrait toujours d'épicondylite mais également d'une tendinopathie bicipitale distale sévère, tel que constaté par le Dr S._____ dans un rapport du 26 juin 2019. Le recourant a enfin produit un lot de pièces sous bordereau,

contenant notamment un rapport du 9 juillet 2019 du Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, rédigé consécutivement à une consultation ambulatoire du 4 décembre 2018 en raison de douleurs lombaires chroniques apparues deux mois auparavant. Le Dr E._____ posait le diagnostic principal de lombalgie chronique non déficitaire avec probable syndrome facettaire. Il faisait état des comorbidités actives suivantes : tabagisme chronique, épicondylite chronique et hypertension artérielle traitée.

Dans des déterminations du 30 octobre 2019, l'intimé a maintenu ses conclusions, tout comme le recourant, dans un courrier du 19 novembre 2019.

C. Par décision du 8 février 2019, la juge instructrice a accordé au recourant l'assistance judiciaire avec effet au 7 février 2019, l'a exonéré des frais et d'avance de frais et a désigné d'office Me Olivier Carré.

Le 13 janvier 2020, Me Carré a sollicité une taxation intermédiaire et produit la liste de ses opérations, indiquant avoir consacré 18 heures et 14 minutes pour les opérations du 7 février 2019 au 13 janvier 2020.

Le 22 avril 2020, la juge instructrice a accordé à Me Carré, dans le cadre des mesures COVID-19, une avance d'un montant de 3'000 fr. à faire valoir sur son indemnité d'office à intervenir.

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, respectivement à des mesures de réadaptation professionnelle.

3. Dans un premier grief de nature formelle, le recourant conteste la notification du projet de décision du 6 novembre 2018.

a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (également l'art. 42 LPGA dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux).

La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références citées).

La deuxième phrase de l'art. 42 LPGA, qui précise qu'il n'est pas nécessaire d'entendre les parties avant une décision sujette à opposition, ne peut être invoquée dans le cadre d'une procédure en matière d'assurance-invalidité. En effet, l'exercice du droit d'être entendu y est formalisé par une procédure de préavis, consacrée à l'art. 57a LAI,

qui rend incontournable l'audition de l'assuré avant qu'une décision formelle ne soit rendue.

L'art. 57a al. 1, première phrase, LAI prévoit que l'office AI communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. Les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours (art. 73ter al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Les communications des autorités sont soumises au principe de la réception. Il suffit qu'elles soient placées dans la sphère de puissance de leur destinataire et que celui-ci soit à même d'en prendre connaissance pour admettre qu'elles ont été valablement notifiées (ATF 144 IV 57 consid. 2.3.2 ; 142 III 599 consid. 2.4.1 ; 122 I 139 consid. 1 ; 115 la 12 consid. 3b).

Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; 136 V 295 consid. 5.9). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante), en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 et les références citées). La preuve de la notification peut toutefois résulter d'autres indices que des indications postales ou de l'ensemble des circonstances, par exemple d'un échange de correspondance ultérieur ou du comportement du destinataire (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; TF 2C_523/2019 du 12 novembre 2019 consid. 3.5).

b) En l'espèce, le recourant allègue ne pas avoir reçu le projet de décision du 6 novembre 2018, de telle sorte qu'il a été empêché de faire valoir en temps utiles l'apparition de douleurs lombaires, devenues chroniques depuis lors.

Les griefs de l'assuré ne sauraient toutefois être suivis. En effet, le recourant ne conteste pas avoir reçu la communication d'aide au placement du 6 novembre 2018. Or, le projet de décision était joint à celle-ci. Il y a donc lieu de considérer, au stade de la vraisemblance prépondérante, que le projet de décision a été valablement communiqué à l'assuré. Le droit d'être entendu du recourant n'a donc pas été violé.

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).

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).

c) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

En présence de circonstances particulières, il est possible de s'écarter du dernier salaire réalisé et de recourir aux données statistiques résultant de l'ESS. Cela est notamment le cas lorsque le dernier salaire que l'assuré a perçu ne correspond manifestement pas à celui qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, s'il était resté valide ; par exemple, lorsque avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2085 et 2086 p. 554).

d) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées dans l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

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 LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

6. **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).

b) En outre, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).

7. En l'espèce, le recourant conteste l'appréciation médicale sur laquelle s'est fondé l'OAI. Il considère d'une part que, du point de vue somatique, l'impact de son épicondylite n'a pas été correctement évalué et que les effets de son hypertension artérielle et de ses atteintes lombaires n'ont été ni investigués ni pris en compte. D'autre part, il estime que les symptômes psychologiques relevés dans le rapport U._____ du 29 juin 2017 n'ont pas fait l'objet d'investigations de la part de l'intimé, alors que cela était préconisé.

a) S'agissant des atteintes somatiques susceptibles d'influer sur la capacité de travail à la date de la décision litigieuse (cf. consid. 6b ci-dessus), l'assuré présentait à tout le moins une épicondylite, une hypertension artérielle et une fatigue chronique.

Concernant ces deux dernières affections, aucun rapport médical n'indique qu'elles seraient à l'origine d'une incapacité de travail. En effet, le Dr V. _____ ne classe pas la fatigue chronique dans les diagnostics incapacitants, au contraire de l'épicondylite (cf. rapport du 28 mars 2017). Il ne fait d'ailleurs état que de limitations fonctionnelles pour les actions de soulever et porter, sans que cela soit en rapport avec la fatigue chronique. L'hypertension artérielle n'est pas non plus considérée comme incapacitante par le Dr S. _____ (cf. rapport du 10 avril 2017) et si elle pouvait l'être à l'époque de la mesure U. _____, elle est depuis lors traitée (cf. rapport U. _____ du 29 juin 2017, page 5, et rapport du Dr E. _____ du 9 juillet 2019).

L'épicondylite entraîne quant à elle, selon le médecin traitant, des limitations fonctionnelles pour les actions soulever et porter, que retient également l'OAI. Cette atteinte empêche la poursuite de l'activité habituelle de mécanicien automobile, ce qui n'est pas litigieux. L'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est néanmoins possible. Les tests de physiothérapie U. _____ ont en effet permis de constater une capacité à soulever un poids de 20 kg à l'horizontale et une force dans les mains dans la norme, même si la main droite était plus faible que la main gauche. Ces observations confirment donc qu'une activité adaptée est possible. S'il est vrai qu'U. _____ a émis des réserves quant à la capacité de réinsertion du recourant, c'est essentiellement l'hypertension artérielle qui en est à l'origine. Or, cette pathologie est depuis lors traitée et considérée non incapacitante.

Toujours en relation avec la fonction du coude, le recourant a informé la Cour de céans qu'il souffre d'une tendinopathie diagnostiquée à la faveur de l'IRM du 14 juin 2019. Qu'il s'agisse d'un diagnostic différentiel ou du diagnostic d'une atteinte nouvelle, il sera rappelé que du

point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Cela étant, de deux choses l'une : soit cette tendinopathie est survenue postérieurement à la décision, auquel cas elle échappe à l'examen judiciaire, soit elle existait avant la décision et n'a été détectée qu'à la faveur de l'IRM, auquel cas pourrait se poser la question de savoir si elle influe sur la capacité de travail, cas échéant à partir de quand. Compte tenu des résultats des tests de physiothérapie U._____ pratiqués en mai 2017 (capacité de soulever un poids à l'horizontale de 20 kg et force dans les mains dans la norme), soit cette tendinopathie n'existait pas, soit, dans le cas contraire, elle n'empêchait manifestement pas l'exercice d'une activité adaptée. Faute néanmoins de disposer du moindre rapport médical sur ce point depuis le 10 avril 2017 (date du rapport médical au dossier le plus récent par rapport à la date de la décision), il est impossible d'apprécier l'évolution de la capacité de travail du recourant en relation avec la fonction du coude pour la période courant du mois de mai 2017 au 7 janvier 2019.

Pour ce motif déjà, il convient d'annuler la décision et de renvoyer la cause à l'OAI, auquel il incombe en premier lieu d'instruire, pour instruction médicale complémentaire sur l'évolution de l'épicondylite, l'apparition et l'évolution de la tendinopathie.

b) S'agissant des atteintes lombaires, il ressort du rapport médical du Dr E._____ du 9 juillet 2019 que la consultation remonte au 4 décembre 2018 et que le patient faisait état de douleurs chroniques lombaires apparues deux mois auparavant. Il s'agit donc de faits antérieurs à la décision, ignorés de l'OAI. La question de savoir si cette atteinte est significative d'une incapacité de travail n'a pas à être tranchée dans le cadre du présent litige dès l'instant où il s'agit d'une nouvelle atteinte à l'origine au demeurant d'une nouvelle demande, dont l'instruction pourra se faire simultanément à l'instruction complémentaire déjà ordonnée.

c) En ce qui concerne la présence d'atteintes psychologiques susceptibles d'influer sur la capacité de gain, on rappellera qu'un diagnostic, et partant ses effets incapacitants, doit émaner d'un médecin spécialiste en psychiatrie (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée), ce qui n'est pas l'apanage des intervenants U._____. Au demeurant, il est indiqué dans le rapport psychologique U._____ que les fragilités émotionnelles observées n'étaient pas de nature à empêcher le recourant à s'investir dans le processus de retour à l'emploi. En effet, les auteurs du rapport U._____ du 29 juin 2017 recommandaient seulement une analyse des fragilités préexistantes avant un retour à un emploi de façon pérenne. Le rapport U._____ du 29 juin 2017 ne retient dès lors pas d'atteintes psychologiques ou psychiatriques incapacitantes. Il n'existe d'ailleurs au dossier aucun rapport médical postérieur à celui-ci qui viendrait contredire ces conclusions. Le grief du recourant est donc infondé.

8. Le recourant conteste encore le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, en particulier le fait qu'il ait été calculé sur la base de l'ESS. Il reproche également à l'intimé d'avoir simplement opéré un abattement de 10 % sur le revenu sans invalidité pour obtenir le revenu avec invalidité.

Dans la mesure où la cause est renvoyée auprès de l'intimé pour instruction médicale complémentaire, le revenu avec invalidité devra également faire l'objet d'un nouveau calcul, à l'issue de l'instruction.

S'agissant du revenu sans invalidité, la question se pose de savoir s'il doit être déterminé sur la base du revenu réalisé auprès d'U._____ SA ou sur la base des données statistiques de l'ESS (cf. consid. 4c ci-dessus). En l'occurrence, la fin des rapports de travail serait consécutive à un licenciement dont on ignore la cause, faute d'interpellation de l'OAI auprès de l'employeur. Les pièces au dossier ne permettent pas non plus de déterminer si l'atteinte au coude existait déjà ou non durant les rapports de travail. L'assuré mentionne certes son existence à l'époque de son emploi (cf. rapport initial de détection précoce du 16 février 2017), mais le SMR évoque quant à lui une possible maladie

professionnelle dans l'avis médical du 3 mai 2018. Au demeurant, la date exacte de la fin des rapports de travail est inconnue ; l'assuré indique tout d'abord l'année 2016 puis la fin du mois de septembre 2015 alors que, selon l'extrait du compte individuel, des revenus lui ont été versés jusqu'au mois de février 2016.

Il existe donc une incertitude sur la date d'apparition de l'atteinte au coude et son lien avec l'emploi (maladie professionnelle), respectivement la perte d'emploi auprès d'U._____ SA. L'OAI ne pouvait pas déterminer le revenu sans invalidité sur la base de l'ESS, sans autre investigation. La cause doit donc également lui être renvoyée pour ce motif.

9. Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est incomplète et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il se justifie donc de renvoyer la cause à l'intimé, auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (43 al. 1 LPGA). Un tel renvoi est justifié lorsqu'il s'agit, comme en l'espèce, 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). Il incombera ainsi à l'intimé de procéder à l'instruction médicale de l'évolution de l'épicondylite, de la survenance et de l'évolution de la tendinopathie et des atteintes lombaires ainsi que leur impact sur la capacité de travail de l'assuré. Il appartiendra également à l'intimé d'instruire la question du lien entre l'atteinte au coude et la perte de l'activité habituelle exercée par l'assuré, mais aussi celle de la fin des rapports de travail et des salaires ou des montants versés par l'employeur à l'intéressé. Il reviendra ensuite à l'OAI de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

10. a) Le recours bien fondé, doit être admis. La décision du 7 janvier 2019 est par conséquent annulée, la cause étant renvoyée à

l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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'OAI, 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 2'000 fr., débours et TVA compris au vu de la complexité de la cause (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) Dans la mesure où ces dépens ne couvrent pas l'intégralité de l'indemnité du conseil d'office, il convient encore d'en fixer le montant.

Par décision de la juge instructrice du 8 février 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 février 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Olivier Carré. Ce dernier a produit la liste intermédiaire de ses opérations le 13 janvier 2020, faisant état de 18h14 consacrées à la présente affaire au tarif d'avocat de 180 fr. de l'heure. Ces opérations sont justifiées. Il sera tenu compte des courriers intervenus depuis lors à hauteur de 30 minutes de travail. L'indemnité d'office s'élève ainsi à 3'372 fr., montant auquel il convient d'ajouter un montant forfaitaire de débours par 5 % du défraiment hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit 168 fr. 60, ainsi que la TVA au taux de 7,7 %, soit 272 fr.

65. Au final, le montant de l'indemnité de Me Carré est arrêté à 3'813 fr. 25, débours et TVA compris. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton.

Il convient de déduire de cette somme le montant de l'avance déjà perçue au titre de l'assistance judiciaire. En effet, en date du 22 avril 2020, la juge instructrice a ordonné le versement d'un avance d'un montant de 3'000 fr. à faire valoir sur l'indemnité d'office à intervenir. Dans la mesure où la somme avancée est supérieure aux dépens alloués, le canton est subrogé, à concurrence du montant versé, dans la créance de dépens (art. 122 al. 2 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité de son conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (art. 5 RAJ), la subrogation étant réservée.

**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 7 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision 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 à W._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux milles francs) à titre de dépens, l'Etat de Vaud étant subrogé au créancier.
- V.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré est arrêtée à 3'813 fr. 25 (trois mille huit cent treize francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA compris, étant précisé que la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) a déjà été versée à titre d'avance.
- VI.** Le montant de 3'813 fr. 25 (trois mille huit cent treize francs et vingt-cinq centimes) est provisoirement supporté par le canton, la subrogation de l'Etat de Vaud demeurant réservée.
- VII.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office effectivement supportée par l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour W._____),
- 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 :