

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 avril 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

Hoirie de feu B.X._____, par A.X._____, à [...], recourante,
représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 87 et 88a RAI.

A. a) B.X._____ (ci-après : l'assuré), né en [...], marié à [...], A.X._____ dès le 19 décembre 2019 (ci-après également : la recourante), père de deux enfants nés en 2003 et 2005, a été victime, le 22 janvier 2007, d'un accident de scooter ayant entraîné une atteinte au niveau de sa hanche droite, qui a nécessité une intervention chirurgicale le 12 juin 2007. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

b) Le 26 novembre 2008, l'assuré a été victime d'un deuxième accident lors d'un match de hockey, se blessant à l'épaule gauche. La CNA a également pris en charge le cas et mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du [...] (ci-après : Bureau R._____). Aux termes du rapport établi dans ce contexte, il était en particulier relevé, sur le plan psychique, l'existence de troubles anxieux phobiques (F40.08), d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), ainsi que d'un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue (F13.25), étant précisé que ces diagnostics étaient compatibles avec l'exercice à temps plein de l'activité habituelle (rapport d'expertise du Bureau R._____ du 28 décembre 2011).

c) Le 15 janvier 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), se prévalant de son atteinte à l'épaule gauche. Dans ce contexte, le Dr Q._____, médecin traitant de l'assuré, a en particulier retenu, à titre de diagnostic psychiatrique affectant la capacité de travail en sus de l'atteinte à l'épaule, un trouble anxieux généralisé (F41.1) avec agoraphobie (rapport du 30 mars 2010).

Dans un avis du 1^{er} mars 2012, la Dre D._____, médecin au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a fait état, à titre d'atteinte principale à la santé, d'une ankylose résiduelle de l'épaule gauche après luxation. S'agissant des diagnostics associés ne ressortant pas de l'assurance-invalidité, elle a repris les diagnostics psychiatriques posés par les experts du Bureau R._____, puis noté l'existence d'un excès pondéral, d'une hypertension artérielle labile, d'un

status post arthroscopie de la hanche droite, d'un status post arthroscopie du genou gauche, d'un status post fracture de la clavicule gauche et d'un status post arthrotomie de l'avant-pied droit. Compte tenu de ces éléments, elle a retenu une capacité de travail de 75 % dans l'activité habituelle et une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, savoir l'abstention de gestes en-dessus de la tête ou répétitifs, de postures prolongées, de port de charges au-dessus du buste d'au maximum 5 kg et la limitation de maniement d'outils en durée et en force.

En juillet 2013, l'assuré a subi une cure de hernie inguinale bilatérale entraînant une incapacité de travail du 11 au 19 juillet 2013.

En parallèle, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice de mesures d'ordre professionnel qui ont conduit à son engagement à temps plein dès le 1^{er} janvier 2014 en qualité d'agent d'exploitation au sein de C. _____ SA. Compte tenu du revenu réalisé à ce titre, à savoir 73'543 fr., le droit à une rente de l'assurance-invalidité a été exclu (décision du 5 août 2014).

d) Dans l'intervalle, le 20 février 2014, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation, occasionnant de légères contusions du tendon rotulien du genou droite et à la main droite ainsi qu'une élongation du muscle quadricipital proximal droite, justifiant initialement une incapacité totale de travail jusqu'au 25 février 2014, suivie d'une reprise à 100% de son activité par l'assuré, avec limitation de la marche et travail en position assise jusqu'au 21 avril 2014 (certificat médical du 25 mars 2014 du Dr W. _____, médecin praticien, et son rapport du 2 avril 2014 à la CNA).

Le 24 juillet 2014, l'assuré a subi une cure chirurgicale d'une récurrence de hernie inguinale, qui a entraîné une nouvelle période d'incapacité de travail, de 100% jusqu'au 13 septembre 2014.

Entretiens, l'assuré a consulté le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour des

douleurs à la hanche droite. Dans son rapport du 19 septembre 2014 à la CNA, ce médecin mentionnait des douleurs et claquements à la mobilisation de la hanche et une lésion antéro-supérieure cartilagineuse au niveau du plan cotyloïdien révélée par une IRM du 11 juillet 2014. Il a prescrit un arrêt de travail de 40% dès le 17 septembre 2014 (certificats médicaux des 17 septembre et 29 octobre 2014), porté à 100% dès le 3 décembre 2014, selon certificat du même jour.

e) Le 7 octobre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, au motif qu'il souffrait d'une déchirure de la ceinture abdominale et d'un problème à la hanche droite depuis l'accident du mois de février 2014, en sus des atteintes somatiques et psychiques déjà diagnostiquées précédemment.

Le 12 novembre 2014, C._____ SA a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 décembre 2014.

Compte tenu de la persistance de coxalgies, une arthroscopie de la hanche droite avec toilette articulaire et chondroplastie a été effectuée le 17 mars 2015 par le Dr H._____ L'intervention a été prise en charge par la CNA, à titre de rechute de l'accident de 2007.

f) Pendant sa convalescence, le 26 mai 2015, l'assuré a chuté, ce qui lui a occasionné une atteinte au niveau du genou gauche. Il a consulté le Dr H._____ le 3 juin 2015. L'IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisée le 17 juin 2015 a mis en évidence une chondropathie de stade I du plateau tibial interne, une lésion mucoïde de grade III de la corne antérieure du ménisque interne avec subluxation antérieure d'un fragment méniscal, une déchirure partielle de stade II du ligament latéral interne, un status après méniscectomie externe partielle sans signe de nouvelle déchirure, des signes de déchirure partielle de stade II du ligament latéral externe proximal, des signes de tendinopathie modérée du poplité, une chondropathie fémoro-patellaire de stade III, un volumineux épanchement intra-articulaire, une plica synoviale, une bursite pré et infra-patellaire, ainsi qu'une suspicion de rupture partielle du LCA

distal intéressant la moitié de son épaisseur (rapport établi le 17 juin 2015 par la Dre N._____, spécialiste en radiologie). Cet incident a entraîné une intervention chirurgicale le 11 août 2015 sous la forme d'une arthroscopie du ligament croisé antérieur gauche et d'une ménissectomie interne partielle (protocole opératoire établi le 11 août 2015 par le Dr H._____).

Dans un formulaire reçu par la CNA le 25 septembre 2015, le Dr H._____ a attesté d'une incapacité totale de travail de son patient du 3 décembre 2014 au 6 octobre 2015.

Le 19 octobre 2015, le Dr H._____ a sollicité un avis auprès de son confrère le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il mentionnait une forte enflure du genou post-opératoire, la nécessité de marcher avec une attelle et une atrophie musculaire. L'arrêt de travail avait été prolongé dans l'attente de la consultation auprès du Dr J._____. Cette consultation, agendée le 26 novembre 2015, a été annulée par ce praticien, lequel, selon le conseil de l'assuré, préconisait qu'il soit procédé à une opération de la hanche avant celle du genou (courrier du 1^{er} avril 2016 de Me Duc à l'OAI). L'assuré a dès lors été pris en charge par le Dr M._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a procédé à la pose d'une prothèse totale de la hanche droite en date du 2 mai 2016. Le 4 mai 2016, ce médecin a indiqué à l'OAI ne pas pouvoir répondre à sa demande de rapport avant 6 mois post-opératoires.

L'assuré a par la suite été suivi par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a relevé, dans un courrier à l'OAI du 26 janvier 2017, une stabilité de la situation du genou avec une amélioration au niveau de la trophicité musculaire ainsi que la permanence d'une instabilité pluridirectionnelle nécessitant une prise en charge chirurgicale. L'opération, consistant en une plastie arthroscopique du ligament croisé antérieur gauche et en une ménissectomie partielle gauche, avait de fait déjà été réalisée le 25 janvier 2017, avec retour à domicile le lendemain. Le protocole

opératoire établi le 25 janvier 2017 par le Dr P._____ mentionnait à titre de comorbidité un status post-PTH D (prothèse totale de la hanche droite) le 2 mai 2016.

Lors de la consultation post-opératoire du 2 mars 2017, le Dr P._____ a observé un important œdème, une flexion à un petit 90°, l'absence d'extension complète, un flexum d'environ 5°, réductible à 3°, et une forte perte musculaire au niveau du quadriceps. La cicatrice tibiale n'était pas totalement fermée.

g) Dans l'intervalle, le 16 février 2015, le Dr Q._____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'agoraphobie (F40.0) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Dans un rapport adressé le 20 octobre 2015 à l'OAI, le médecin traitant a ajouté que son patient demeurait totalement incapable de travailler, son état psychique dépendant de sa situation physique.

h) L'assuré est décédé le 22 mai 2017. Selon le certificat d'héritiers établi le 24 août 2017 par la Justice de Paix de [...], son épouse est sa seule héritière légale, ses enfants ayant répudié la succession.

i) Interpellé par l'OAI, le Dr Q._____ a, dans un rapport du 15 septembre 2018, posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33), d'agoraphobie (F40.0) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques (F13.2). Il a par ailleurs récapitulé les différentes périodes d'incapacité de travail présentées par l'assuré sur le plan psychique, à savoir une incapacité totale de décembre 2010 à septembre 2013, une capacité de 60 % entre octobre et novembre 2013, puis un nouvelle incapacité totale entre le 1^{er} mars 2015 et le 31 avril 2016.

j) Dans un avis du 16 octobre 2018, le Dr S._____, médecin au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments objectifs permettant de retenir des empêchements psychiques durables depuis l'accident de 2014. Toutefois,

les rapports et certificats établis par le Dr Q._____ ne pouvaient être écartés sans la mise en place d'une expertise psychiatrique.

Par projet de décision du 5 novembre 2018, l'OAI a fait part au conseil de l'assuré de son intention de refuser l'octroi de prestations, au motif que l'accident survenu en février 2014 n'avait pas entraîné d'incapacité de travail et de gain durable et que, sur le plan psychiatrique, les éléments au dossier ne permettaient pas de retenir une atteinte incapacitante, étant relevé qu'une expertise psychiatrique aurait dû être mise en place, ce qui n'était pas réalisable compte tenu du décès de l'assuré le 22 mai 2017.

Nonobstant la contestation formée (courriers de Me Duc des 19 et 23 novembre 2018), l'OAI a, par décision du 5 mars 2019, confirmé son projet du 5 novembre 2018, dont il a repris la motivation.

B. A.X._____, en sa qualité d'héritière légale de feu B.X._____ a, par acte du 9 avril 2019 et sous la plume de Me Duc, recouru à l'encontre de cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens que feu B.X._____ devait être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, assortie de deux rentes complémentaires pour enfant pour la période entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mai 2017. Subsidiairement, elle a sollicité le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. En substance, la recourante a fait grief à l'intimé d'avoir refusé d'instruire l'aspect psychique du dossier, étant relevé que les certificats médicaux au dossier faisaient état de troubles psychiatriques invalidants. Quant au plan somatique, l'intimé ne pouvait nier le caractère incapacitant des atteintes du seul fait que celles-ci n'avaient pas été causées par l'accident de février 2014.

Dans sa réponse du 24 juin 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par pli du 2 août 2019, la recourante a confirmé le contenu et les conclusions de son recours.

Donnant suite à l'injonction du juge instructeur du 29 janvier 2020, l'OAI s'est déterminé le 17 février 2020 sur les incapacités de travail relatives aux atteintes somatiques en se référant à un avis SMR du 12 février 2020 du Dr G._____, lequel indiquait ne pas avoir d'éléments médicaux objectifs pour retenir une incapacité de travail durable depuis l'accident du 20 février 2014.

La recourante a derechef confirmé ses conclusions par courrier du 12 mars 2020.

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.

c) S'agissant de la qualité pour recourir d'A.X._____, l'art. 59 LPGA prescrit que quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. A cet égard, la doctrine a

précisé qu'un arriéré de prestations d'assurance, pour une période antérieure au décès de l'assuré, tombe dans la masse successorale, y compris une éventuelle rente complémentaire pour conjoint ou une rente pour enfant. Chaque héritier a de ce fait qualité pour recourir contre une décision relative à ces prestations (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 29 ad art. 59 LPGA). Or, selon le certificat d'héritiers produit, A.X. _____ est seule héritière légale de B.X. _____, si bien qu'elle dispose de la qualité pour recourir au sens de l'art. 59 LPGA, étant relevé qu'elle sollicite l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité pour la période ayant précédé le décès de l'assuré, à la suite de la demande du 7 octobre 2014. A cet égard, le fait que les enfants aient répudié la succession est sans effet sur les conclusions de la recourante visant à l'octroi de rentes pour enfant.

2. Le litige porte sur le droit de feu B.X. _____, décédé le 22 mai 2017, à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande déposée le 7 octobre 2014.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

b) Pour établir rétrospectivement quand la période de trois cent soixante-cinq jours a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel l'assuré a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou dans ses travaux habituels. Une réduction de la capacité de travail de 20 % suffit en principe à ouvrir la période d'attente. L'interruption du délai de l'art. 28 al. 1 let. b LAI est par ailleurs notable lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29^{ter} RAI). Cette

interruption a pour conséquence que, lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (Michel Valterio, Commentaire : Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 13 et 14 ad art. 28 LAI et réf. cit.).

c) 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.

d) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si

nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

e) Lorsque le droit à la rente a été précédemment refusé en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'il y a par la suite aggravation de l'état de santé à la suite d'une maladie ou d'un accident n'étant pas à l'origine de ce refus, il s'agit d'un nouveau cas d'assurance entraînant pour conséquence que le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b recommence à courir (TF 9C_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.3.3 et les références citées).

4. a) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

b) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

c) Si la révision est demandée par l'assuré, l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance

prend effet, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (art. 88^{bis} al. 1 RAI).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) Le décès d'un assuré en cours de procédure (judiciaire ou administrative), rendant impossible une expertise sur la personne de celui-ci, ne saurait constituer un motif supplémentaire d'allègement de la preuve, dès lors que la règle de la vraisemblance prépondérante constitue déjà une restriction du degré de la preuve requis. Même si l'expertise ne peut plus être réalisée, il ne suffit donc pas que le juge acquière l'impression d'une certaine vraisemblance des faits pertinents. Il ne se justifie pas davantage de statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Tout au plus doit-on exiger que les pièces existantes fassent l'objet d'un examen particulièrement attentif par le juge. Une expertise sur pièces pourra être ordonnée si l'on peut raisonnablement en attendre

l'établissement de faits pertinents. Sous la même condition également, des précisions pourront être demandées, le cas échéant, aux experts qui ont examiné l'assuré de son vivant. Au besoin, des renseignements seront aussi demandés au médecin traitant, en particulier quand le décès est dû à une atteinte à la santé pour laquelle les prestations sont requises (TF I 455/06 du 22 janvier 2007 et les références citées).

c) Sur le plan psychique, selon la jurisprudence, le caractère invalidant des atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références). La preuve d'un trouble psychique suppose en particulier que l'atteinte soit diagnostiquée par un expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Un examen clinique est à cet égard nécessaire, d'une part, pour établir ou compléter l'anamnèse si les pièces médicales au dossier ne sont pas exhaustives et, d'autre part, pour recueillir des observations objectives (comportement de l'assuré, symptômes objectifs, interaction avec l'expert, [voir à cet égard les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance établies le 16 juin 2016 par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie {SSPP}]).

6. En l'occurrence, il y a lieu de constater que l'assuré a été soumis à une reprise à l'examen d'un expert psychiatre, soit dans le cadre de l'expertise mise en œuvre par la CNA à la suite de l'accident du 26 novembre 2008. Or, à cette occasion, l'existence d'un trouble psychique incapacitant a été niée, ce nonobstant les diagnostics posés (cf. rapport d'expertise du Bureau R. _____ du 28 décembre 2011). Depuis lors, dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations du 7 octobre 2014, il n'a été procédé à aucune nouvelle expertise psychiatrique permettant de constater une aggravation de la situation psychique de l'assuré. Compte tenu du décès de l'assuré, il n'est désormais plus possible de

mettre en œuvre une nouvelle expertise, étant précisé qu'un examen sur pièces uniquement ne saurait satisfaire aux exigences légales et jurisprudentielles citées supra, considérant la nécessité d'un examen clinique.

Cela étant, les rapports du Dr Q. _____ ne sauraient revêtir une valeur probante permettant de pallier à l'absence d'expertise. Tout d'abord, le médecin traitant de l'assuré ne dispose pas d'un titre de médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie selon le registre des professions médicales. Ensuite, ses rapports ne permettent pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants, étant relevé que lesdits rapports sont relativement peu étayés et n'analysent pas ou peu les ressources disponibles de l'assuré. S'agissant des diagnostics posés, le Dr Q. _____ a fait état, dans son rapport du 16 février 2015, d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), ainsi que d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), tout en indiquant que ces codes diagnostics étaient donnés à titre « purement indicatif, sans aucune prétention scientifique. Or le Dr S. _____ a noté dans son avis du 16 octobre 2018, que la cohabitation de ces deux diagnostics était en contradiction avec la CIM-10. On relève par ailleurs que ce ne sont pas ces diagnostics qui ont finalement été retenus dans le dernier rapport du Dr Q. _____, soit celui adressé à l'intimé le 15 septembre 2018. Dans ce rapport, le Dr Q. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33), d'agoraphobie (F40.0) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques (F13.2). S'agissant de ces deux derniers diagnostics, en partie déjà observés par les médecins du Bureau R. _____ (cf. rapport d'expertise du 28 décembre 2011), le médecin traitant ne décrit pas en quoi ils avaient évolué depuis lors, de telle manière qu'ils étaient désormais invalidants. Quant au trouble dépressif récurrent (F33) - qui n'avait pas été observé au moment de la dernière décision de refus - le médecin traitant le retient sans pour autant dater les épisodes dépressifs, leur intensité, leurs conséquences sur la capacité de travail de l'assuré et leur évolution. On constate pour le surplus que le Dr Q. _____ a attesté d'une incapacité totale de travail au moment même où l'assuré était mis

au bénéfice de mesures d'ordre professionnel dans le cadre de la première procédure, ce qui conduit à apprécier avec encore plus de circonspection l'évaluation de ce médecin, au-delà même du fait que la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui lient les médecins traitant à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Les rapports du Dr Q._____ ne sont ainsi pas susceptibles de démontrer une nouvelle atteinte psychique invalidante, ni même une aggravation d'une atteinte préexistante.

Compte tenu de ce qui précède et des circonstances du cas d'espèce, l'intimé était ainsi fondé à ne pas instruire plus en avant l'atteinte psychique alléguée.

7. a) Sur le plan somatique, l'intimé a refusé de prêter au motif que le l'assuré n'avait pas présenté d'incapacité de travail durable depuis le 24 février 2014.

En l'espèce, les médecins traitants de l'assuré ont attesté successivement plusieurs périodes d'incapacités de travail, soit de 100% du 20 au 25 février 2014 pour des contusions au genou et à la main droite ainsi que pour une élongation musculaire, de 100% du 24 juillet 2014 au 13 septembre 2014 pour une cure d'hernie inguinale, de 40% dès le 17 septembre 2014 puis de 100% dès le 3 décembre 2014 pour l'atteinte à la hanche droite, opérée le 17 mars 2015, cette incapacité se prolongeant ensuite de l'atteinte au genou gauche, opérée le 11 août 2015. Le Dr H._____, auteur de ces deux opérations, a certifié par formulaire adressé à la CNA, d'une incapacité de travail totale jusqu'au 6 octobre 2015 et dans son courrier du 19 octobre 2015 à son confrère le Dr J._____, a mentionné une prolongation de l'arrêt de travail jusqu'à la prochaine consultation auprès de ce spécialiste, laquelle n'a finalement jamais eu lieu.

L'OAI n'a pas recueilli de rapports circonstanciés auprès des Drs M._____ et P._____ s'agissant des incapacités de travail

consécutives aux opérations de prothèse totale de la hanche droite du 2 mai 2016 et du genou gauche du 25 janvier 2017.

Dans l'avis du SMR du 12 février 2020, le Dr G._____ retient une incapacité de travail d'au moins 6 semaines ensuite de l'opération de la hanche droite du 17 mars 2015, incapacité se maintenant ensuite des lésions consécutives l'accident du 26 mai 2015 et encore valable quelques semaines après l'intervention du 11 août 2015. Il apprécie théoriquement à 3 mois, respectivement à 2 ou 3 mois les incapacités de travail consécutives aux interventions chirurgicales du 2 mai 2016 et du 25 janvier 2017.

b) En l'occurrence, le refus de rente du 5 août 2014 faisait suite à une atteinte à l'épaule gauche. Les atteintes objets de la présente procédure, dont il convient de déterminer si elles sont à l'origine d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, sont toutes différentes de la précédente, de telle sorte qu'elles constituent un nouveau cas d'assurance entraînant un nouveau délai d'attente d'une année.

L'accident du 20 février 2014 n'ayant entraîné qu'une incapacité de travail de 5 jours, le point de départ du délai d'attente d'une année commence à courir avec l'opération pour hernie inguinale du 24 juillet 2014. Dans son avis SMR du 12 février 2020, le Dr G._____ observe qu'il est recommandé une incapacité de travail post-opératoire d'un mois. Il ne se prononce pas sur l'adéquation de la prolongation de l'incapacité jusqu'au 14 septembre 2014, ce qui est sans incidence dans la mesure où l'incapacité de travail n'est pas durablement interrompue. En effet, même à retenir une incapacité de travail jusqu'au 23 août 2014 seulement, l'assuré présente à nouveau une incapacité de travail moins d'un mois plus tard, en l'occurrence dès le 17 septembre 2014 à hauteur de 40%, telle qu'attestée par le Dr H._____. Dans son avis du 20 février 2020, le Dr G._____ paraît critiquer cette attestation au motif qu'elle aurait été prescrite par téléphone, sur allégation de douleur, sans revoir le patient et sans explication. Le Dr H._____ a cependant délivré un certificat médical à la date du 17 septembre 2014 et au vu du contenu de

son rapport du 19 septembre 2014 à la CNA faisant état de douleurs et claquements à la mobilisation de la hanche, il avait manifestement déjà procédé à un examen clinique et connaissait l'examen d'imagerie du 11 juillet 2014. L'aggravation de l'incapacité de travail à 100% dès le 3 décembre 2014 n'est pas discutée par le Dr G._____ et aucun élément au dossier ne permet de la contester, tout comme l'incapacité de travail totale dans les suites des opérations du 17 mars 2015 et du 26 mai 2015.

Cela étant, l'assuré a présenté à une incapacité de travail d'au moins 40% sans interruption notable dès le 24 juillet 2014 et à l'échéance du délai d'attente, soit le 23 juillet 2015, son degré d'invalidité était de 100% dès l'instant où son incapacité de travail était entière.

L'assuré a en conséquence droit à une rente entière dès le 1^{er} juillet 2015 (art. 29 al. 3 LAI).

c) L'incapacité de travail est attestée médicalement jusqu'au 6 octobre 2015. A cette date, l'assuré était dans l'attente d'une consultation auprès du Dr J._____ en vue d'une nouvelle opération du genou gauche, laquelle a été reportée au motif qu'il convenait de procéder en premier lieu à la pose d'une prothèse totale de la hanche droite, laquelle a eu lieu le 2 mai 2016. L'intervention chirurgicale au niveau du genou gauche a été effectuée le 25 janvier 2017.

Quand bien même ne figure au dossier aucun certificat médical officialisant les incapacités de travail inhérentes aux opérations chirurgicales de mai 2016 et janvier 2017, il y a lieu d'admettre que même si l'assuré aurait pu recouvrer une certaine capacité de travail avant, après ou entre ces deux interventions chirurgicales, la nécessité de procéder à celles-ci était déjà connue à la fin de l'année 2015. La condition cumulative de l'absence de crainte d'une complication prochaine (art. 88a al. 1 in fine RAI) n'est ainsi pas réalisée à tout le moins jusque dans les suites de l'opération du 25 janvier 2017. L'incapacité de travail théorique consécutive à cette intervention est de l'ordre de deux à trois mois,

auxquels s'ajoute la période de latence de trois mois de la disposition légale précitée.

En conséquence, faute d'amélioration de la capacité de gain de l'assuré jusqu'à son décès le 22 mai 2017, la rente entière est due jusqu'au 31 mai 2017.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2015 au 31 mai 2017.

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. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé.

c) Par ailleurs, assistée d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, 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.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 5 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que feu B.X. _____ a droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} juillet 2015 au 31 mai 2017.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par à la charge 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 A.X. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour Hoirie de feu B.X. _____, par A.X. _____) ;
- 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 :