

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juillet 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Martin Ahlström, avocat à Genève,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 88a al. 1 RAI ; art. 17 al. 1 et 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, sans formation, a exercé en dernier lieu la profession d'aide-cuisinier jusqu'en 2011.

b) Le 21 mai 2013, il 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) en raison de problèmes cardiaques existant depuis septembre 2011.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli des renseignements auprès de différents médecins, dont notamment les Drs K._____ et M._____, tous deux spécialistes en médecine interne générale et en cardiologie. Dans leur rapport du 25 mars 2013, ils ont posé les diagnostics de syncopes d'origine vasovagale, de status post arrêt cardiorespiratoire sur fibrillation ventriculaire dans le contexte d'une cardiopathie ischémique en janvier 2011, de status post STEMI [ST elevation myocardial infarction ; infarctus du myocarde avec élévation de segment ST] inférieur le 9 janvier 2011 sur occlusion de l'artère coronaire droite et de tabagisme actif.

D'après un rapport du 21 juin 2013, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics de complications neurologiques et ophtalmologiques post arrêt cardio-respiratoire sur fibrillation ventriculaire dans le contexte d'un infarctus du myocarde inférieur le 9 janvier 2011, d'hémi-syndrome à prédominance sensitive (hypo-esthésie), fascio-braschio-crural et rétrécissement du champ visuel bilatéral (séquelles de l'arrêt cardio-respiratoire du 9 janvier 2011), de syncopes d'origine vasovagale à répétition (février 2013), de troubles anxieux généralisés avec attaque de panique depuis janvier 2011, de maladie bi-tronculaire avec fraction d'éjection estimée à 50-55 % et akinésie inféro-septale sur infarctus transmural inférieur ainsi que de tabagisme actif. Les principales

limitations étaient d'ordre neurologique, une fatigabilité et une discrète hémiparésie de l'hémicorps gauche avec instabilité à la marche, des troubles de l'équilibre et une limitation du champ visuel. L'assuré présentait également des épisodes itératifs de syncopes vasovagales à raison d'une fois par semaine à cinq à six fois par mois. Les limitations se manifestaient au travail par une fatigabilité, une difficulté à la marche prolongée à plus de dix minutes, des troubles de l'équilibre notamment dans les activités nécessitant une motricité fine ou en hauteur. L'activité habituelle n'était plus exigible, notamment dans le contexte de sommelier ou de serveur en restaurant au vu de la charge physique inhérente à ces activités. Selon le Dr D. _____, on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Le dossier de l'assuré a été soumis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), qui a retenu dans son rapport du 24 décembre 2013 à titre d'atteinte principale à la santé des troubles neurologiques et ophtalmiques (hémi syndrome et rétrécissement du champ visuel) post arrêt cardiorespiratoire sur fibrillation ventriculaire dans le contexte d'un infarctus du myocarde inférieur. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais elle était totale avec une baisse de rendement de 15 % dans une activité adaptée. Le début de l'incapacité de travail durable remontait au mois de janvier 2011. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de travaux en hauteur, pas de montée ou de descente de marches répétitive, pas de travaux nécessitant un équilibre qu'il soit statique ou de mouvement, pas de marche prolongée de plus de dix à quinze minutes, pas de port de charge supérieure à 10 kg, pas de conduite de véhicule de chantier ou de transport public. Selon le SMR, dans toute activité respectant clairement les limitations fonctionnelles, comme par exemple une activité légère et sédentaire dans un atelier et principalement en position assise, la capacité de travail devait être pleine et entière. Il fallait néanmoins prendre en compte une baisse de rendement qui pouvait être estimée à 15 % en raison des séquelles neurologiques. Une activité principalement en position assise et sans engin qui pouvait être dangereux était préconisée

en raison de la diminution du champ visuel. Une réadaptation à l'effort, soit une reprise à un taux débutant à 50 % et progressif sur quelques mois, allait être nécessaire.

A teneur d'un rapport du 16 juin 2014 du Dr U._____, psychiatre traitant et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen et une anxiété généralisée, atteintes incapacitantes qui existaient depuis le 24 mars 2014. La capacité de travail était nulle. L'assuré présentait des symptômes de dépression sévère accompagnés d'irritabilité et d'une tristesse majeure. Le Dr U._____ constatait chez l'assuré de la passivité, de l'anxiété, de la tristesse, du pessimisme, une anhédonie et des insomnies somatisées.

Dans un rapport complémentaire du 10 décembre 2014, le Dr U._____ a indiqué que l'évolution de la situation était défavorable. Il persistait des symptômes dépressifs comme un manque d'élan vital, de l'irritabilité, de la tristesse et de l'anhédonie. La capacité de travail était nulle depuis le début du traitement le 24 mars 2014. Les limitations fonctionnelles d'ordre médical étaient des difficultés à gérer le stress, à se concentrer, à être attentif et une tendance à l'angoisse face à l'adversité.

c) Le 10 août 2015, l'assuré, qui était passager arrière d'un véhicule, a été victime d'un accident de la circulation routière, à la suite duquel il a été hospitalisé du 10 au 27 août 2015.

Dans un rapport du 27 août 2015, la Dre R._____ du Département de l'appareil locomoteur du Centre H._____ (ci-après : le Centre H._____) a posé les diagnostics principaux de fracture jonction tiers proximal, tiers moyen de la diaphyse humérale gauche type B2 avec atteinte du nerf radial d'emblée, de fracture du mur postérieur du cotyle gauche avec luxation postérieure du fémur, de fracture de l'arc latéral de la 3^{ème} côte gauche, de traumatisme cranio-cérébral mineur et de contusions de la face. L'assuré avait subi une réduction fermée de luxation postérieure du fémur gauche, une mise sous traction non-collée, une mise sous traction transcondylienne, une réduction ouverte et ostéosynthèse du

mur postérieur du cotyle gauche, avec greffe osseuse, une réduction ouverte et ostéosynthèse de la diaphyse humérale gauche par plaque.

Selon un rapport du 20 janvier 2016, le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de neuropathie sensitivomotrice axonale du nerf radial gauche avec lésion à partir de la branche pour le brachioradial gauche, de status après accident de la voie publique le 10 août 2015 selon le diagnostic posé dans le rapport du 27 août 2015 de la Dre R._____, de status après infarctus STEMI inférieur en 2011 avec mise en place d'un stent actif et cardiopathie ischémique avec arrêt cardiorespiratoire sur fibrillation ventriculaire et syndrome du tunnel carpien sensitivomoteur gauche. Il a relevé que l'examen neurologique révélait une plégie des muscles dépendants du nerf radial gauche à partir du brachioradial, le premier muscle normal et le triceps brachii. Il y avait des troubles de la sensibilité associés et un léger trouble de la sensibilité à l'intérieur de la main gauche. Le bilan électrophysiologique confirmait la présence d'une neuropathie sensitivomotrice axonale du nerf radial gauche avec atteinte à partir de la branche pour le brachioradial gauche. Le nerf était inexcitable à la neurographie et il y avait d'abondants signes de dénervation sans aucune activité volontaire à partir du brachioradial gauche à la myographie. Le pronostic concernant le nerf radial gauche restait très réservé.

Aux termes d'un rapport du 15 avril 2016, le Dr Q._____ a relevé que la neurographie sensitivomotrice du nerf médian gauche était devenue complètement normale, de même que celle du nerf ulnaire gauche. Il persistait par contre une neuropathie sensitivomotrice sévère du nerf radial gauche avec inexcitabilité sur le plan de la neurographie et lésion entre la branche musculaire pour le triceps brachii et le brachioradial gauche.

L'assuré a été opéré le 17 mai 2016 par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie de la main ainsi qu'en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Ce médecin a pratiqué une neurolyse du nerf

radial au niveau du bras gauche en raison de la paralysie haute du nerf radial gauche épargnant le triceps.

Dans un rapport du 28 février 2017, le Dr J. _____ a précisé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale du 28 novembre 2016 au 31 mars 2017.

A teneur d'un rapport 31 juillet 2017, le Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mandaté par l'OAI pour réaliser une expertise psychiatrique de l'assuré, a posé le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique entre mars et décembre 2014 (et trois mois en 2011), ayant évolué vers une rémission totale depuis janvier 2015. Sans effet sur la capacité de travail, ce médecin a retenu des traits de la personnalité anxieuse, actuellement non décompensée. Il a en particulier retenu une situation socio-économique défavorable dans le contexte d'un déconditionnement en cours d'aggravation, ce qui amenait à des autolimitations à un âge vécu comme étant proche de la retraite. Il y avait une exagération des symptômes, dans le sens d'un décalage existant entre les troubles de la concentration décrits subjectivement et non objectivés au moment de l'expertise et surtout lorsque l'assuré expliquait ne pouvoir effectuer aucune démarche de réinsertion professionnelle avec l'aide de l'assurance-invalidité en raison de ses troubles somatiques, malgré une motivation qui serait présente. L'assuré gardait de bonnes capacités cognitives et ressources personnelles car il arrivait notamment à faire des tâches administratives, à gérer son quotidien, à lire, à regarder la télévision, à faire des activités avec ses amis, à faire des courses légères et à faire une partie des tâches ménagères légères. Au moment de l'expertise et depuis janvier 2015, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques. Dès janvier 2015, la capacité de travail était de 100 %, sans baisse de rendement, dans toute activité adaptée au niveau d'acquisition des compétences et au status somatique. Il y avait cependant une incapacité de travail totale de mars à décembre 2014 et durant trois mois au maximum en 2011. L'assuré devait être soutenu dans

un projet de réadaptation professionnelle au cas où il trouvait une motivation dans ce sens, pour diminuer le risque de rechute.

Le SMR a retenu dans un avis du 16 août 2017 que l'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique, mais des limitations fonctionnelles clairement définies sur le plan somatique qui entraînaient une baisse de rendement pour toute activité adaptée. Il n'y avait cependant pas lieu de tenir compte du déconditionnement physique et du fait que l'assuré ne concevait pas de reprendre une activité professionnelle.

Selon un rapport du 12 octobre 2017, le Dr J._____ a estimé que la situation était définitive concernant la main gauche de l'assuré. Il n'allait pas récupérer plus de force d'extension du poignet et la perte de force de poigne était définitive.

d) Par projet de décision du 23 mars 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande dans la mesure où son degré d'invalidité était de 15 % en 2013, respectivement de 28 % pour l'année 2016, soit des taux inférieurs à 40 %, ne donnant dès lors pas droit à une rente d'invalidité.

Le 23 avril 2018, l'assuré a contesté ce projet, en se prévalant notamment d'un rapport du 26 septembre 2017 du Dr D._____, dans lequel ce médecin a retenu qu'il présentait une impotence fonctionnelle complète au niveau de sa main gauche. Le potentiel de récupération à long terme de l'avant-bras gauche lui semblait compromis. Il a également joint un rapport du 17 octobre 2017 du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin faisait état d'un problème au niveau de la hanche gauche et indiquait ne pouvoir se prononcer sur le degré d'invalidité à cet égard, qui allait dépendre des résultats des infiltrations qui seraient réalisées.

Par avis du 7 mai 2018, le SMR a relevé que l'avis du 16 août 2017 s'était consacré à l'analyse de l'expertise psychiatrique. Or, sur le

plan somatique, une nouvelle évaluation de la capacité de travail n'avait pas été demandée au médecin traitant. L'instruction devait dès lors se prolonger, avec interrogations des Drs J._____ et W._____.

Le 5 juin 2018, le Dr J._____ a adressé le rapport suivant à l'OAI :

« 1. Concernant la paralysie de la main gauche (séquellaire à une lésion traumatique du nerf radial le 11.08.2015 [recte : 10.08.2015]), quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée (plutôt sédentaire, position assise, sans utilisation fine ou en force de la main gauche)?

La situation est stable et définitive au niveau de la main gauche, le patient souffrant principalement de séquelles de paralysie radiale sous forme d'une très faible force de poigne mesurée à 2 kg contre 43 kg à droite chez ce patient droitier.

Tout travail manuel sera ainsi effectué avec la main dominante droite pour toutes les activités monomanuelles. Pour les activités bimanuelles, la main gauche peut certes servir de main d'aide mais sa fonction est encore diminuée par l'atteinte séquellaire des muscles intrinsèques du nerf ulnaire évaluée entre M4- et M4, laissant une griffe et donc une impossibilité de pince pulpo-pulpaire avec maintien des métacarpo-phalangiennes en rectitude.

Le rendement est-il complet (si non, merci d'estimer le rendement)?

Même pour une utilisation très modérée en force de la main gauche, en position assise, sédentaire et sans utilisation fine de la main gauche, le rendement ne dépassera pas 80%.

2. Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte ?

Perte de force de serrage de la main gauche due à une parésie des extenseurs du poignet, raideur en extension des métacarpo-phalangiennes des doigts longs de la main gauche.

Le déficit fonctionnel de la main gauche est également présent au niveau de la dextérité, de la capacité de répétition rapide des gestes et de l'endurance. »

Le Dr W._____ a indiqué ce qui suit dans son rapport du 17 juillet 2018 :

« 1. Concernant en particulier l'atteinte de la hanche D [droite] (fracture mur postérieur du cotyle le 11.08.2015 [recte : 10.08.2015], avec douleurs persistantes, faiblesse du membre inférieur), quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

L'évolution est stagnante avec persistance des douleurs.

2. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée (plutôt sédentaire, assise, évitant marche prolongée, escalier à répétition...) ? Depuis quand ? Le rendement est-il complet (si non quelle baisse de rendement doit-on prendre en compte) ?

Dans une position purement assise et en ne prenant en compte que la pathologie de la hanche gauche, la capacité de travail peut certainement avoisiner les 100% mais avec un rendement qui est diminué, le patient ayant certainement besoin de se lever et de se dégorger les jambes à des intervalles réguliers. Pour cette raison, je dirais que le rendement ne dépasse probablement pas les 80%. Ceci est valable dès à présent.

3. Une amélioration est-elle envisageable ? Sous quel délai ?

Difficile à prévoir. Pour moi, le pronostic est plutôt sombre.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte ?

Les positions debout prolongées, les positions assises prolongées probablement également, raison pour laquelle elles doivent être entrecoupées par de courtes périodes de positions debout, respectivement de marche. La marche en soi que cela soit sur du terrain droit ou accidenté.

5. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

M. X. _____ suit essentiellement un traitement de physiothérapie d'entretien. Il était prévu également par nos collègues de la médecine du sport, des injections de PRP [plasma riche en plaquettes] au niveau de sa hanche gauche. Ces injections n'ont cependant pas pu être réalisées en raison de la présence de pustules en région de la hanche gauche dont l'origine n'est pas claire. »

Aux termes d'un rapport du 13 septembre 2018, le SMR a conclu que la capacité de travail avait évolué comme suit :

« CT de 85% dans une activité adaptée sédentaire assise dès janvier 2011

CT de 0% dès mars 2014, reprise progressive pour atteindre une CT de 85% dans une activité adaptée sédentaire assise en janvier 2015

CT de 0% dès août 2015

CT de 80% dès juillet 2018 dans une activité adaptée assise, permettant les changements de position à la demande, plutôt monomanuelle avec la main droite (assuré droitier) »

Le 12 octobre 2018, l'OAI a adressé un nouveau projet de décision à l'assuré, lui reconnaissant désormais le droit à une rente entière du 1^{er} août 2016 jusqu'au 30 septembre 2018.

Le 14 novembre 2018, l'assuré a fait valoir ses objections au projet de décision, en contestant pour l'essentiel le degré d'invalidité de 24 % retenu dès le 1^{er} octobre 2018. Il a exposé porter une attelle en permanence, si bien que sa main gauche était hors d'usage. Il avait en outre besoin d'une béquille pour se déplacer en raison du handicap au niveau de sa jambe et de sa hanche gauches. A titre de mesures d'instruction, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, « plus particulièrement s'agissant de son poignet, respectivement de sa hanche et jambe gauches ».

L'assuré a encore produit le 10 décembre 2018 un rapport du 7 décembre 2018 du Dr W._____. Ce dernier a relevé que dans son rapport du 17 juillet 2018, il n'était question que des problèmes de la hanche gauche. Or, l'intéressé présentait également des problèmes au niveau du membre supérieur gauche avec des lésions neurologiques et une certaine impotence fonctionnelle, surtout au niveau du poignet et de la main, qui l'obligeaient à porter une attelle en extension. Le Dr W._____ déplorait que cette pathologie n'ait pas été prise en compte pour le calcul du degré d'invalidité alors qu'elle diminuait clairement le rendement. Il s'est référé aux tables d'indemnisation de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), selon lesquelles la paralysie du nerf radial proximal à l'articulation du coude entraînait « une invalidité d'environ 25 % à elle seule ».

Le 14 février 2019, l'OAI a pris position sur la contestation de l'assuré.

Par décision du 26 mars 2019, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière à l'assuré du 1^{er} août 2016 au 30 septembre 2018.

B. Par acte du 9 mai 2019, X._____, représenté par Me Martin Ahlström, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Il fait pour l'essentiel valoir que le taux d'invalidité retenu par l'OAI est erroné. Selon lui, l'OAI aurait dû tenir compte d'un degré d'invalidité de 25 % rien que pour la paralysie de sa main gauche due à la fracture de l'humérus survenue lors de l'accident de voiture de 2015. Se référant aux tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la CNA, plus particulièrement à la table 1, il observe en effet que la paralysie du nerf radial proximal présente à elle seule un « taux d'atteinte de 25 % ». Concernant sa hanche partiellement bloquée et douloureuse, l'OAI aurait dû retenir un degré d'invalidité de 30 % en se fondant sur la table 2 d'indemnisation de la CNA. Il se prévaut encore de ses multiples troubles de l'équilibre et du fait qu'il ne puisse parcourir plus de 50 mètres sans avoir besoin de béquilles pour se stabiliser, plaidant que l'OAI aurait dû retenir un degré d'invalidité de 30 % pour ce problème pris individuellement. S'ajoutent d'après lui les conséquences de l'infarctus du myocarde qu'il a subi en 2011 et qui a entraîné des séquelles physiques et psychologiques. L'OAI avait retenu à juste titre en juin 2013 un degré d'invalidité de 15 % en lien avec cet infarctus. En procédant à une addition des facteurs précités, le recourant estime que son degré d'invalidité aurait dû être arrêté à 70 %, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière. A l'appui de son recours, il a notamment produit un rapport du Dr D._____ du 9 avril 2019, selon lequel l'incapacité de travail était totale, « au vu des séquelles orthopédiques, neurologiques et psychologiques ».

Dans sa réponse du 28 juin 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant aux avis SMR figurant au dossier. Il a ajouté que la notion de perte d'intégrité des tables de la CNA était une notion différente de l'incapacité de gain.

Répliquant le 20 août 2019, le recourant s'est plaint d'un défaut de motivation de la décision attaquée, en tant qu'elle ne

mentionnait pas les avis du SMR ni aucune explication relative à la méthode de calcul de la « baisse de rendement » qui y est indiquée. A titre de mesures d'instruction, il a requis l'audition des Drs D._____, W._____ et J._____, en arguant que la décision allait selon lui à l'encontre de l'avis des experts qui le suivent.

Par duplique du 10 septembre 2019, l'OAI a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

Le 13 novembre 2019, le recourant a produit les pièces suivantes :

□ Un rapport de la physiothérapeute G._____, non daté, selon lequel le patient avait des douleurs au niveau du membre supérieur gauche et du membre inférieur gauche. La mobilité était réduite au membre supérieur. L'épaule et le coude étaient libres, mais le poignet et la main étaient limités dans les mouvements et la force diminuée. Au membre inférieur, la mobilité était bonne mais la force musculaire restait faible. Le périmètre de marche était limité, avec de fortes douleurs et un œdème important.

□ Un rapport du 11 novembre 2019 du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui le suivait depuis le 27 août 2019. Ce médecin a posé les diagnostics de syndrome dépressif sévère avec idées noires, parfois suicidaires, et de stress post traumatique. Il a relevé que l'assuré avait fait plusieurs tentatives de suicide médicamenteuse (2015, 2016, 2017 et 2018), qu'il avait des excès de colère et de stress, qu'il gardait des séquelles importantes de son infarctus et de son accident de voiture et qu'il était incapable de s'occuper de lui-même. L'évolution n'était guère favorable. Il persistait un syndrome dépressif important avec de nombreux passages à l'acte hétéro et auto agressifs.

Se déterminant le 2 décembre 2019 sur les pièces produites, l'OAI a indiqué que les documents déposés n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision.

Le 4 février 2020, le recourant a encore produit un rapport du Dr J. _____ du 15 janvier 2020 établi à la suite de l'examen du même jour et relevant ce qui suit :

« **Attitude diagnostique et thérapeutique**

Ne va pas récupérer plus de force d'extension du poignet G [gauche]
Perte de force de poigne main G définitive
Concernant la main G, la situation est stable et définitive
15.1.2020 Bonne action des transferts tendineuse pour paralysie radiale
on ne peut que confirmer les séquelles de douleurs neuropathiques surtout au froid, et le manque de force au MSG [membre supérieur gauche], mais sans pouvoir proposer de traitement »

Le 12 février 2020, le recourant a produit un rapport du 22 janvier 2020 de la Dre Z. _____, spécialiste en chirurgie, faisant suite à un examen du 9 janvier 2020. La médecin a constaté que le bilan MST de l'assuré était négatif, de même que le bilan au niveau anal. Elle ne prévoyait pas de revoir le patient à sa consultation.

Le 24 février 2020, l'OAI a observé que les rapports du 15 janvier 2020 du Dr J. _____ et du 22 janvier 2020 de la Dre Z. _____ ne remettaient pas en cause la décision.

Le 14 avril 2020, le recourant a encore produit un rapport du Dr D. _____ du 1^{er} avril 2020 selon lequel il nécessitait un suivi médical multidisciplinaire, ainsi qu'un rapport du 2 avril 2020 du Dr T. _____ selon lequel son état était grave et instable malgré le suivi médico-psychologique.

Le recourant en a fait de même le 25 mai 2020, en produisant un nouveau lot de pièces, à savoir en particulier :

- un rapport du 19 mars 2020 de la Dre P. _____ du Département de psychiatrie du [...], qui a indiqué qu'il avait séjourné dans

son service du 13 au 17 mars 2020, en raison d'un syndrome dépressif, sur la base d'une admission volontaire ;

- un rapport du Dr D. _____ du 7 mai 2020, qui a exposé que son patient était fortement limité d'un point de vue somatique, psychiatrique et social.

Le 11 juin 2020, l'OAI a relevé que le Dr D. _____ ne faisait état d'aucun élément médical nouveau, les aggravations signalées, en particulier l'hospitalisation du 13 au 17 mars 2020, étant au demeurant postérieures à la décision litigieuse. Quant aux autres documents, ils n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de la décision que l'office intimé avait rendue.

Le recourant a finalement encore produit le 12 juin 2020 un rapport du Dr T. _____ du 3 juin 2020, qui a notamment fait état d'une perte de vingt-trois kilos depuis novembre 2019, avec détérioration des capacités cognitives. Selon le psychiatre traitant, il était indiqué que son patient trouve un logement à [...] afin d'être plus près de ses médecins et de l'hôpital.

Le 18 juin 2020, l'OAI a une nouvelle fois confirmé ses conclusions, en relevant que l'aggravation alléguée était survenue après la décision du 26 mars 2019.

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. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, au-delà du 30 septembre 2018. Le recourant ne conteste pas le *dies a quo* du droit à la rente, sa conclusion principale tendant à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} août 2016 (sans limitation dans le temps).

c) De jurisprudence constante, lors de l'examen du droit à la rente de l'assurance-invalidité, la date de la décision administrative circonscrit l'état de fait déterminant pouvant être soumis à l'examen du juge (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 131 V 242 consid. 2.1).

3. a) Dans un premier grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant semble se plaindre d'une violation de son droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée, en tant qu'elle ne ferait pas mention des avis du SMR.

b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

c) Pour autant qu'il puisse être considéré comme suffisamment motivé, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé en l'espèce. La motivation de ladite décision permet en effet de comprendre les éléments

qui ont été retenus par l'intimé et pourquoi ils l'ont été. En réalité, les griefs formulés par le recourant se confondent avec celui d'appréciation arbitraire des preuves et doivent être examinés avec le fond du litige.

4. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

c) 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) 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).

5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'aide-cuisine et qu'il présente différentes atteintes à la santé.

b) Pour ce qui est de l'atteinte relative à ses problèmes cardiaques - singulièrement les troubles neurologiques et ophtalmiques (hémi-syndrome et rétrécissement du champ visuel) post arrêt cardiorespiratoire sur fibrillation ventriculaire dans le contexte d'un infarctus du myocarde - lesquels ont conduit au dépôt de la demande de prestations en mai 2013, seule une baisse de rendement de 15 % dans une activité adaptée peut être retenue au vu des limitations fonctionnelles listées par le SMR dans son avis du 24 décembre 2013. Le recourant n'en disconvient pas, puisqu'il indique dans ses écritures que « c'est à juste titre qu'en juin 2013, l'intimé a retenu un degré d'invalidité de 15 % en lien avec cet infarctus ». Le recourant ne conteste au demeurant pas le *dies a quo* du droit à la rente, fixé au 1^{er} août 2016, et ce à juste titre. Aucun élément au dossier ne permet en effet de retenir qu'avant le 10 août 2015, date de l'accident de la circulation routière, le recourant a présenté au niveau somatique une incapacité de travail de longue durée propre à lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

c) L'intéressé a été victime d'un accident de la circulation en août 2015. Il s'en est suivi des atteintes au niveau du cotyle, de l'humérus et de la 3^{ème} côte gauches (rapport du 27 août 2015 de la Dre R. _____). Le Dr J. _____ a pris en charge l'atteinte persistante au niveau de la main et le Dr W. _____ celle relative à la hanche. Il est établi que le recourant a été totalement incapable de travailler à la suite de cet accident. Toutefois, son état s'est ensuite stabilisé, ainsi que l'ont constaté les deux spécialistes précités, et il a recouvré une capacité de travail substantielle.

aa) Ainsi, le Dr J. _____ a noté dans son rapport du 12 octobre 2017, faisant suite à l'examen du recourant du 11 octobre 2017, que la situation était définitive concernant la main gauche. Il a relevé que le recourant n'allait pas récupérer plus de force d'extension du poignet gauche et que la perte de force de poigne de la main gauche était

définitive. Invité à renseigner le SMR, le Dr J._____ a répété le 5 juin 2018 que la situation était « stable et définitive au niveau de la main gauche », le patient souffrant principalement de séquelles de paralysie radiale sous forme d'une très faible force de poigne mesurée à 2 kg contre 43 kg à droite chez un patient droitier. Il a estimé que tout travail manuel serait ainsi effectué avec la main dominante droite pour toutes les activités monomanuelles. Pour les activités bimanuelles, la main gauche pouvait certes servir de main d'aide, mais sa fonction était encore diminuée par l'atteinte séquellaire des muscles intrinsèques du nerf ulnaire évaluée entre M4- et M4, laissant une griffe et donc une impossibilité de pince pulpo-pulpaire avec maintien des métacarpo-phalangiennes en rectitude. Le Dr J._____ a ainsi estimé que le rendement ne dépasserait pas 80 %. Les constats posés par le Dr J._____ dans son rapport du 17 janvier 2020 ne contredisent pas ce qui précède : il a maintenu que le patient ne récupérerait pas plus de force d'extension du poignet gauche, avec perte de force, et situation stable et définitive.

bb) Quant au Dr W._____, dans son rapport du 17 octobre 2017, il a fait état d'un problème au niveau de la hanche gauche, en indiquant ne pouvoir se prononcer sur le degré d'invalidité, qui allait dépendre des résultats des infiltrations qui seraient réalisées. Egalement à la requête du SMR, le Dr W._____ a précisé le 17 juillet 2018 que l'évolution était stagnante, avec persistance de douleurs. Pour ce qui avait trait à la pathologie de la hanche, il a estimé que la capacité de travail pouvait certainement avoisiner les 100 %, mais avec un rendement diminué, estimant ainsi que le rendement ne dépasserait probablement par les 80 %, ce qui était valable « dès à présent ».

cc) C'est en se fondant sur ces rapports complémentaires que le SMR a établi l'avis du 13 septembre 2018, sur la base duquel la décision attaquée a été rendue. Il est ainsi indéniable que le recourant a retrouvé une capacité de travail et de gain substantielle en juillet 2018, les deux spécialistes qui le suivent estimant qu'il peut travailler à 80 %, respectivement que sa baisse de rendement est de 20 % pour un 100% et

que son état à compter de cette date est stabilisé (et l'était pour ce qui est du membre supérieur gauche en octobre 2017 déjà). Toutefois, aucun consilium n'a été mis en place, comme l'observe du reste le Dr W. _____ dans son rapport du 10 décembre 2018. Il relève que dans son avis du 17 juillet 2018, il n'était question que des problèmes de la hanche gauche. L'atteinte ayant initialement conduit au dépôt de la demande de prestations - à savoir les troubles neurologiques et ophtalmiques - n'a en outre pas fait l'objet d'une appréciation globale. S'il semble clair que les différentes baisses de rendement établies (aux plans neurologiques, respectivement du membre supérieur gauche et du membre inférieur gauche) ne paraissent pas devoir s'additionner, il manque un avis pluridisciplinaire intégrant ces divers aspects et leurs répercussions sur la capacité de travail. L'avis du SMR du 13 septembre 2018 n'étant pas suffisant dès lors qu'il ne semble pas faire une réelle appréciation des diverses baisses de rendement.

d) Au plan psychiatrique, pour ce qui a trait à la période antérieure à août 2015, le Dr S. _____ a observé que le recourant avait présenté un épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique entre mars et décembre 2014 (et trois mois en 2011), lequel avait évolué favorablement vers une rémission totale depuis janvier 2015. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit à des prestations au recourant antérieurement au 1^{er} août 2016, faute d'incapacité de travail de longue durée. S'agissant du rapport du 11 novembre 2019 du Dr T. _____ produit en cours de procédure, l'évaluation de ce médecin est sujette à caution dans la mesure notamment où il relève des tentatives de suicide médicamenteuses en 2015, 2016, 2017 et 2018, dont il n'a été fait nulle mention jusqu'ici, en particulier dans l'expertise étayée et convaincante du Dr S. _____ du 31 juillet 2017. Les diagnostics posés par le Dr T. _____, en particulier le syndrome de trouble post traumatique, sont également sujets à caution. Le Dr S. _____ n'a en effet évoqué aucun élément de nature à laisser entendre que le recourant présenterait un tel syndrome. Or, à suivre le psychiatre traitant, ce serait de son infarctus, respectivement de l'accident de voiture d'août 2015, qu'il garderait des séquelles importantes. Ces deux événements étaient

cependant déjà survenus lorsqu'il a été examiné à trois reprises par l'expert psychiatre en 2017 (30 juin, 6 et 14 juillet). A cela s'ajoute encore que le Dr T. _____ ne suit le recourant que depuis le 27 août 2019, soit postérieurement à la décision attaquée (cf. consid. 2 let. c). Cela étant, et dès lors que le dossier doit faire l'objet d'un complément d'instruction pluridisciplinaire, l'aspect psychiatrique sera également examiné.

e) Enfin, il est constant que le calcul du degré d'invalidité en matière d'assurance-invalidité ne se fonde pas sur une addition des pourcentages ressortant des tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents, si bien que l'entier de l'argumentation du recourant à cet égard tombe à faux. En effet, conformément à l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

Il n'en demeure pas moins qu'en l'absence d'un examen pluridisciplinaire de l'effet des différentes atteintes à la santé sur la capacité résiduelle de travail de l'intéressé, respectivement sur la baisse de rendement en résultant, le dossier ne permet pas à la Cour de céans de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, leur incidence, tant au plan somatique que psychiatrique. L'instruction doit en conséquence être complétée.

f) Au vu de ce qui précède, il se justifie 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 en particulier de mettre en place un examen pluridisciplinaire - comportant à tout le moins un volet orthopédique, rhumatologique et psychiatrique - auprès du SMR ou d'un centre d'expertise, en vue de définir précisément les diagnostics et les limitations fonctionnelles affectant le recourant, ainsi que de déterminer à

quel taux, à partir de quelle date et dans quel type d'activité celui-ci est en mesure de travailler. Ce faisant, l'intimé veillera à ce que les médecins spécialistes adoptent une approche et une analyse pluridisciplinaire du cas, qui tiennent compte de l'ensemble des pathologies que présente le recourant. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

g) Il n'y a pour le reste pas lieu de traiter les autres griefs du recourant ni les mesures d'instruction requises, l'OAI devant revoir la situation sur le plan médical et les conséquences qui en résultent.

6. a) Le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'OAI, la cause lui étant renvoyée pour mise en œuvre d'un examen pluridisciplinaire auprès du SMR ou d'un centre d'expertise, 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.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, 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 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 26 mars 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 X. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents 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 Martin Ahlström (pour 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 :