

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 octobre 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par S. _____, à [...],

et

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

Art. 28 al. 1 LAI ; 43 LPGA

E n f a i t e t e n d r o i t :

Vu la demande de prestations déposée le 23 octobre 2012 par E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif qu'il était en incapacité de travail totale dans son activité de maçon depuis le 20 août 2012 en raison de douleurs au niveau du dos,

vu le rapport du 31 décembre 2012 du Dr K._____, médecin praticien spécialiste en médecine interne générale, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lyse isthmique L5 sans compression radiculaire, d'épisode dépressif moyen chronique depuis plusieurs années et de probable trouble de la personnalité de type dépendante, ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré modéré, de bronchite chronique sur tabagisme actif, d'ancienne consommation abusive d'alcool et de dyslipidémie traitée, atteintes qui permettraient d'envisager la reprise d'une activité adaptée dès que possible, de 50 à 100 %,

vu l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 11 septembre 2013 qui, sur la base d'un nouveau rapport du Dr K._____ du 12 juin 2013, a conclu à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis juin 2013, sans positions statiques immobiles prolongées, sans postures en porte-à-faux statique répétées du tronc, sans port de charges de plus de 10 kg, sans travaux sur des échelles et échafaudages, et sans travail à genoux autre qu'occasionnel,

vu la mesure de reclassement mise en place auprès de l'Orif à partir du 3 mars 2014, interrompue le 9 mai 2014,

vu le rapport du Dr E._____ du 4 juin 2014, indiquant que l'assuré souffrait également de cervicalgies importantes et proposant qu'une expertise orthopédique et psychiatrique soit organisée,

vu le projet de décision du 18 novembre 2014, suivi de la décision du 8 décembre 2014 par laquelle l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré,

vu le recours déposé le 12 janvier 2015 par E. _____ auprès de la Cour de céans, se plaignant d'une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où l'OAI n'avait pas attendu l'échéance du délai de 30 jours imparti dans son projet de décision avant de notifier sa décision,

vu le rapport du 29 avril 2016 de la Dre Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique (F10.2), de trouble de la personnalité de type sensitive (F60.0) et d'intellect limité, qui justifiaient une totale incapacité de travail, rapport auquel était jointe une évaluation neurocognitive réalisée le 14 avril 2016 par le Dr J. _____, spécialiste en neurologie, qui évoquait une éventuelle polyinsertionnisme,

vu l'arrêt de la Cour de céans du 2 mai 2016 (AI 8/15 - 117/2016), admettant le recours de l'assuré, annulant la décision de l'OAI du 8 décembre 2014 et renvoyant la cause à cet office pour nouvelle décision au sens des considérants, à savoir en vue de la reprise de l'instruction et du respect de la procédure d'audition préalable avant de statuer à nouveau,

vu la décision de l'OAI du 21 juin 2016, rejetant la demande de prestations de l'assuré,

vu les objections présentées par l'assuré le 23 juillet 2016,

vu le courrier de l'OAI du 5 août 2016 informant l'assuré de l'annulation de la décision du 21 juin 2016 et de la reprise de l'instruction,

vu l'avis du SMR du 7 septembre 2016 recommandant la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, rhumato-psychiatrique,

vu l'expertise réalisée par L._____ et le rapport établi le 18 mai 2018 par les Drs U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et V._____, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de lombalgies et de cervicarthrose étagée, et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'obésité modérée, d'hypercholestérolémie, d'hyperuricémie et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance avec utilisation actuelle d'éthyle, en cours de stabilisation, consommation qualifiée de primaire par les experts, qui ont conclu à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans port de charges de plus de 10 kg, en évitant les mouvements de flexion et de rotation, sans position agenouillée ni accroupie, étant précisé que la conduite de véhicules et d'engins industriels était à proscrire, et le travail en poste isolé à éviter,

vu l'avis du SMR du 29 mai 2018, concluant à l'existence d'une capacité de travail d'au moins 75 % dans une activité adaptée,

vu le rapport de la Dre Z._____ du 16 janvier 2019, qui estimait que la capacité de travail de l'assuré était nulle et faisait état d'une péjoration de son état depuis l'automne 2018,

vu l'avis du SMR du 24 mai 2019, considérant que la capacité de travail dans une activité adaptée était toujours de 100 %,

vu le projet de refus de rente d'invalidité établi par l'OAI le 8 octobre 2019,

vu les objections présentées par l'assuré les 25 octobre et 18 novembre 2019, accompagnées d'un certificat du Dr K._____ du 16 novembre 2019, qui mentionnait que la consommation d'alcool était

secondaire à sa dépression et ses angoisses, et que sa capacité de travail actuelle était nulle,

vu la décision de l'OAI du 12 mai 2020, refusant de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité au motif que son degré d'invalidité n'était que de 21,29 %,

vu le recours interjeté par E. _____ contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte de son mandataire du 6 juin 2020, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité,

vu la réponse de l'OAI du 10 août 2020, concluant à ce que le dossier lui soit renvoyé pour complément d'instruction sur le plan médical, conformément à l'avis du SMR du 22 juillet 2020, compte tenu de la problématique éthylique du recourant, qualifiée de « primaire », et de l'absence d'éléments médicaux suffisants au dossier pour répondre aux indicateurs jurisprudentiels en matière d'appréciation du droit à des prestations de l'AI en cas de syndrome de dépendance,

vu l'absence de détermination de la part du recourant dans le délai de réplique qui lui a été imparti,

vu les pièces au dossier ;

attendu que le recours a été formé en temps utile auprès de l'autorité compétente et remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] ; art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou,

après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2) ;

attendu que 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),

que 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 (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),

que 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5),

que le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215), qu'il a notamment abandonné la présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (consid. 5.3.3) et a étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndromes de dépendance,

qu'il s'agit dorénavant de déterminer si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail de la personne concernée (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2) 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 145 V 215 consid. 4.1 et les références citées ; 143 V 409 consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4),

que le fait qu'une expertise n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante, mais qu'en pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral,

qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants, étant précisé que selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1) ;

attendu qu'en l'occurrence, il est avéré que le recourant souffre notamment d'un problème de dépendance à l'alcool,

que l'expertise de L._____ a été établie alors que la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'évaluation du caractère incapacitant des syndromes de dépendance par le biais d'une procédure probatoire structurée n'avait pas encore été rendue,

que dans le rapport d'expertise, les experts excluent tout caractère incapacitant au syndrome de dépendance à l'alcool au motif que celui-ci est primaire (expertise p. 10), faisant application de la jurisprudence antérieure,

que l'OAI, par le biais du SMR, estime que les éléments médicaux au dossier ne suffisent pas à répondre aux indicateurs jurisprudentiels désormais applicables, de sorte qu'un complément d'instruction s'avère nécessaire,

qu'il faut en effet constater, sur la base du dossier, qu'il n'est pas possible, en l'état, de déterminer l'influence du syndrome de dépendance sur la capacité de travail du recourant,

que le volet psychiatrique de l'expertise de L. _____ apparaît en outre manifestement insuffisant au vu de la pauvreté des observations cliniques, de l'absence de discussion diagnostique et du caractère non étayé des motifs pour lesquels l'expert s'écarte de l'avis du médecin traitant,

que l'expertise ne permet dès lors pas d'établir de manière probante les atteintes présentées par le recourant et leur influence sur sa capacité de travail,

que les faits pertinents n'ont ainsi manifestement pas été constatés de manière complète (cf. art. 98 let. b LPA-VD) ;

attendu que le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire,

qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun

éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5),

que tel est le cas en l'occurrence,

qu'en outre, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 43 al. 1 LPGA, art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]),

qu'il convient par conséquent d'annuler la décision querellée et de renvoyer la cause à l'OAI, afin qu'il en complète l'instruction et statue à nouveau,

que le complément d'instruction devra porter sur l'ensemble de la problématique psychiatrique et son évolution depuis le dépôt de la demande de prestations, à savoir depuis octobre 2012 ;

attendu qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI),

qu'en l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe,

qu'il n'y a pas lieu d'allouer au recourant une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA),

qu'en effet, le recourant n'a, d'une part, pas agi par l'intermédiaire d'un mandataire qualifié, mais d'un ami à qui il a donné procuration pour ses démarches administratives (cf. le courriel qu'il a adressé à l'OAI le 12 novembre 2018),

que d'autre part, l'octroi d'une indemnité de dépens ne se justifie pas non plus au vu du contenu du recours déposé (TF 8C_546/2018 du 9 octobre 2018 consid. 5.1).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 12 mai 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision dans le 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.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière:

Du

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

- M. S. _____ (pour M. E. _____),
- 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 :