

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 juillet 2021

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Durussel, juge, et M. Reinberg, assesseur  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 28 LAI.**

## **E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1984, réfugié iraquien domicilié en Suisse depuis 2010, a entamé un apprentissage de dessinateur en génie civil en 2014.

Le 14 mai 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il invoquait souffrir d'ostéoporose, d'hernie discale, de problèmes chroniques aux articulations, d'hémorroïdes chroniques et de problèmes au nez.

Par communication du 4 juillet 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a annoncé la prise en charge d'une mesure comprenant trois modules au sein de la structure [...] SA. Cette mesure visait, à terme, la préparation de l'intéressé à l'emploi.

L'OAI a également recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Dans un rapport du 16 août 2019, ce médecin a retenu les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'ostéoporose de la hanche droite versus ostéonécrose aseptique, de rachialgies et arthralgies probablement mécaniques et d'hémorroïdes sévères internes et externes. La capacité de travail était nulle dès le 25 juin 2018 dans l'activité habituelle de l'assuré, ce dernier disposant d'une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> août 2019 dans une activité adaptée.

En annexe, le Dr N.\_\_\_\_\_ a transmis deux rapports médicaux établis les 9 décembre 2016 et 7 février 2017 par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie. Ce dernier faisait mention chez l'assuré d'une récurrence d'hémorroïdes à deux ans d'une anopexie selon Longo avec hypertonus sphinctérien de la ligne pectinée. Le 9 décembre 2016, il avait pratiqué une cure radicale de récurrence hémorroïdaire, sphinctérotomie latérale, excision de polypes et rectoscopie rigide. L'évolution était qualifiée de positive, l'intéressé ne ressentant plus de douleurs ni de gêne

à la défécation, les saignements ayant cessé. Le status proctologique étant parfaitement rassurant, il avait mis fin au suivi en février 2017.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ a également produit un rapport établi le 15 mars 2019 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, qui posait les diagnostics d'ostéoporose transitoire de la hanche droite, de rachialgies et gonalgies mécaniques et de douleurs au poignet droit sur probable tendinopathie des extenseurs de la carpe.

Le 2 octobre 2019, B.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, collaborateurs d'[...] SA, ont établi un rapport intermédiaire dans lequel ils indiquaient ne pas avoir de contre-indication à la poursuite d'une mesure de réinsertion professionnelle dans un emploi adapté aux capacités de l'assuré.

Par rapport du 10 décembre 2019, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T.\_\_\_\_\_, psychologue, ont posé le diagnostic - ayant une incidence sur la capacité de travail - de trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel moyen. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était majoritairement préservée, pouvant atteindre 80% environ.

Le 26 novembre 2020, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), par l'intermédiaire du Dr X.\_\_\_\_\_, a conclu à l'absence d'atteinte durablement incapacitante chez l'assuré. Les facteurs psychosociaux, soit la formation de l'assuré, sa mauvaise maîtrise de la langue, ses problèmes familiaux ou financiers, respectivement son âge n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité.

Emboîtant le pas de son service médical, l'OAI, par projet de décision du 3 décembre 2020, a informé l'assuré de son intention de lui refuser toute prestation de l'assurance-invalidité. Ce projet a été confirmé par décision du 2 février 2021.

**B.**           **a)** Par acte du 26 février 2021, W.\_\_\_\_\_ a formé recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation ainsi qu'au réexamen de son dossier, afin de se voir octroyer une rente de l'assurance-invalidité. En raison de son état de santé, il lui était impossible de travailler, respectivement de trouver un travail ou même de convaincre un employeur de l'engager.

**b)** Par réponse du 6 avril 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il retenait qu'aucune pièce médicale postérieure à fin 2019 n'établissait une aggravation durable et significative de l'état de santé du recourant. Il soulignait également que l'intéressé avait démontré courant 2020 être en mesure de réussir sa formation CFC.

**c)** Le 30 avril 2021, l'assuré a produit un rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_ et de T.\_\_\_\_\_, établi le 29 avril 2021. Ils constataient une hypomimie, un ralentissement psychomoteur, un ralentissement du discours, une humeur très dépressive, une perte de confiance en soi et une aboulie. L'ensemble de ces éléments montrait une aggravation de son état dépressif vers une dépression sévère. Compte tenu de ces symptômes et du passé traumatique de l'assuré, on pouvait retenir une modification durable de la personnalité après une expérience catastrophe. Ce diagnostic expliquait la difficulté de l'assuré à parvenir à s'intégrer dans le monde du travail et à construire de nouveaux liens.

**d)** Le 5 mai 2021, l'assuré a produit plusieurs pièces médicales, dont notamment :

- un rapport du 3 mai 2021 du Dr N.\_\_\_\_\_, qui retenait la présence de douleurs chroniques invalidantes qui entravaient la capacité de travail, à raison d'au moins 50%, voire de 100% lors des crises douloureuses, les autres troubles tels que les problèmes défécatoires avec proctalgies ne perturbant pas autrement la capacité de travail ;

- un rapport du 19 avril 2021 du Dr Q.\_\_\_\_\_, qui posait les diagnostics de gonalgies mécaniques et de dorso-lombalgie mécanique ;
- un rapport du 19 mars 2020 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et chirurgie viscérale, qui constatait chez l'assuré des troubles défécatoires avec un certain degré de proctalgie (brûlure et prurit anal) probablement sur hypertonie du sphincter anal avec asynchronisme et possibles troubles de la sensibilité avec un début des symptômes en 2010, anopexie circulaire selon longo en juin 2015, cure d'hémorroïde selon Ferguson, sphincterotomie latérale et excision d'un polype le 9 décembre 2016, et récurrence progressive des symptômes de 2016 à 2019.

**e)** Le 17 mai 2021, l'OAI a réagi aux pièces produites. Après consultation de son service médical (avis du 11 mai 2021), il a retenu que, dans le cadre du présent contentieux courant jusqu'à la décision du 2 février 2021, les conditions cumulatives posées à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité n'étaient pas remplies, quand bien même la situation médicale avait pu évoluer depuis l'automne 2020.

**f)** Le 10 juin 2021, W.\_\_\_\_\_ a conclu en l'octroi d'une pleine rente de l'assurance-invalidité, soutenant que l'OAI n'avait pas pris en compte son état de santé. Il a produit un nouveau rapport médical du 2 juin 2021 du Dr Q.\_\_\_\_\_, lequel faisait état chez l'assuré de gonalgies mécaniques et de dorso-lombalgies d'origine musculo-tensive sur probable spondylarthrose lombaire avec une aggravation de ces dernières depuis une année. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ relevait également des douleurs des péri-hanches dans un contexte d'une tendinopathie des moyen-fessiers. Ces problèmes de type mécaniques étaient favorisés par la présence d'un surpoids et responsables d'une difficulté dans l'accomplissement de certains gestes de la vie quotidienne.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**3. a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

**b)** 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**c)** 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).

**4.** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs

à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 138 V 176 consid. 7.1 ; 136 V 24 consid. 4.3).

**5. a)** En l'occurrence, le recourant présente ou a présenté des problèmes médicaux de nature rhumatologique (ostéoporose transitoire de la hanche droite ; rachialgies et arthralgies d'origine probablement mécanique ; symptomatologie douloureuse du poignet droit), proctologique (hémorroïdes sévères internes et externes) et psychiatrique (trouble dépressif récurrent).

**b)** Sur le plan rhumatologique, à la lecture du rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 16 août 2019, le recourant présente effectivement une ostéoporose transitoire de la hanche droite, ainsi que des rachialgies et arthralgies d'origine probablement mécanique. Malgré ces pathologies, le Dr N. \_\_\_\_\_ a retenu que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> août 2019 dans une activité adaptée. Cette position est partagée par les collaborateurs d'[...] SA qui, en date du 2 octobre 2019, se sont prononcés en faveur de la poursuite d'une mesure de réinsertion professionnelle dans un emploi adapté aux capacités du recourant. Les pathologies rhumatologiques présentées entraînaient en effet plusieurs limitations fonctionnelles, soit l'incapacité de soulever à l'horizontale avec deux mains une charge de plus de 15 kilos, de soulever du sol à la hauteur de la taille une charge de plus de 15 kilos, de soulever du bassin à la hauteur des épaules une charge de plus de 15 kilos, de rester debout plus de deux heures sans pouvoir changer de position et de garder des postures forcées avec les membres supérieurs ou inférieurs ; l'alternance de positions assise et debout s'avérait par ailleurs nécessaire, les déplacements avec un port de charge devaient être limités et le poste de travail adapté (bureau en hauteur, chaise adaptée) ; quant à la position accroupie, elle était possible de manière occasionnelle et rapide, son maintien n'étant cependant pas indiqué. Ainsi, comme le relèvent les collaborateurs d' [...] SA, l'activité habituelle du recourant de dessinateur en génie civil n'apparaissait pas comme adaptée, sauf aménagement complet du poste de travail du recourant dans le respect strict de ses limitations.

**c)** Sur le plan proctologique, le traitement chirurgical a été assuré par le Dr V.\_\_\_\_\_ qui, dans son rapport du 7 février 2017, indique que le suivi du recourant avait effectivement pris fin en février 2017 devant l'amélioration sensible de la situation. Le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 16 août 2019 évoque certes que le recourant aurait présenté de nouveaux problèmes postérieurement à 2017, mais ne fait mention d'aucunes limitations fonctionnelles liées aux problèmes hémorroïdaires. Ce médecin le confirme d'ailleurs dans son rapport du 3 mai 2021, les troubles défécatoires ne perturbant pas autrement la capacité de travail du recourant. La situation est également décrite comme sans particularité par le Dr J.\_\_\_\_\_ le 19 mars 2020.

**d)** Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de raisons de s'écarter des conclusions prises par le Dr F.\_\_\_\_\_ et la psychologue T.\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 10 décembre 2019. Le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, n'empêchait pas le recourant d'exercer, moyennant un taux d'activité de 80%, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (capacité de concentration et d'adaptation limitée ; la difficulté à évoluer dans un espace fermé). Il avait certes fait l'objet d'un suivi psychothérapeutique à raison d'une séance hebdomadaire en raison du trouble présenté ; cette thérapie avait toutefois pris fin au mois de mars 2020.

**e)** Compte tenu de ce qui précède, les différentes pièces versées au dossier durant l'instruction menée par l'intimé mettent en évidence que le recourant disposait objectivement d'une capacité de travail de 80% au moins dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au moment de la décision litigieuse. Cette capacité suffit à exclure tout droit à une rente de l'assurance-invalidité.

**6.** Quant aux pièces médicales produites par le recourant à l'appui de son recours, en particulier les rapports du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 19 avril 2021 et de la psychologue T.\_\_\_\_\_ du 29 avril 2021, elles tendent effectivement à établir une aggravation de l'état de santé depuis

l'automne 2020. Au moment où la décision litigieuse a été rendue, cette aggravation n'avait, quoi qu'il en soit, pas entraîné une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année, de sorte qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de ces nouvelles pièces médicales dans le cadre de l'examen du présent recours. Cela étant, ces nouveaux éléments justifient de transmettre à nouveau le dossier à l'intimé afin qu'il examine si le recourant ne peut pas prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période postérieure à la décision litigieuse. Une reprise de l'instruction, spécialement sur le plan rhumatologique, est également préconisée par le SMR dans un avis médical du 11 mai 2021 produit par l'intimé.

**7. a)** Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée. Le dossier sera cependant transmis à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), la procédure de recours en matière de contestations 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 600 fr. et être mis à la charge de du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 2 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il procède conformément aux considérants.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de W.\_\_\_\_\_.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- W.\_\_\_\_\_,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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).

Le greffier :