

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 août 2024

Composition : M. NEU, président
M. Oulevey et Mme Durussel, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

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

Vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 22 décembre 2016 par J._____ (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), par laquelle celui-ci a exposé souffrir de manière durable aux deux genoux,

vu le rapport du 13 février 2017 du Dr A._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, lequel a diagnostiqué des gonalgies bilatérales existant depuis le mois d'avril 2016 et attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide-ferblantier à compter du 22 août 2016 et pleine dans une activité adaptée évitant le port de charges de plus de 5 kg, les escaliers, le travail à genoux et la marche prolongée,

vu la décision rendue le 16 janvier 2018 par l'OAI, par laquelle ce dernier a nié à l'assuré le droit à une rente, estimant qu'il était à même de travailler à 100 % dans une activité adaptée à son état de santé, telle qu'une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger,

vu le courrier du 10 avril 2019 et le formulaire officiel remis le 7 mai 2019 à l'OAI, par le biais desquels J._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de cette autorité, expliquant ne plus pouvoir travailler depuis trois ans, dès lors que la situation au niveau de ses genoux ne s'améliorait pas,

vu le rapport du 29 avril 2019 du Dr A._____, lequel a retenu les diagnostics de chondropathie fémoro-patellaire bilatérale et d'obésité, tout en évaluant la capacité de travail de son patient à 0 % dans son activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée n'exigeant pas de porter des charges, de monter et de descendre des escaliers ou une échelle et de se tenir en position accroupie ou en position statique prolongée pendant plus d'une heure ainsi que permettant d'alterner les positions,

vu la décision rendue le 1^{er} juillet 2019 par l'OAI refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré, au motif que sa situation sur le plan professionnel ou médical ne s'était pas notablement modifiée depuis la décision du 16 janvier 2018,

vu la troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité formulée le 7 février 2022 par J._____ auprès de l'OAI, indiquant ce qui suit (*sic*) : « *Chevilles droitet, instabilité, opération prévue le 04.02.2021.* »,

vu le dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) constitué à la suite d'un événement traumatique (torsion de la cheville) survenu le 8 septembre 2021, lequel a été communiqué le 28 février 2022 à l'OAI et comportait - entre autres documents - un protocole opératoire du 7 février 2022 portant sur une plastie extra-articulaire au court péronier latéral selon Chrisman Snook réalisée le 4 février 2022 en raison d'entorses à répétition de la cheville droite,

vu le rapport du 13 avril 2022 du Dr A._____, lequel a mis en évidence les diagnostics de chondropathie fémoro-patellaire et d'instabilité à la cheville droite, a relevé des déficiences dans les actes consistant à s'asseoir (du fait du lâchage des genoux), à se tenir debout (limitation de la station verticale à une heure), à marcher (en raison de gonalgies dans les pentes et les escaliers), à s'agenouiller et à s'accroupir (impossibilité d'effectuer ces deux mouvements) de même qu'à travailler le dos courbé (au vu de l'apparition de douleurs au niveau des hanches et du dos dès les premières quinze minutes), a déclaré que l'état des genoux de son patient s'était aggravé, alors que la situation de la cheville droite s'était améliorée après l'opération, avec une meilleure stabilité, et a estimé que la capacité de travail était - dès le mois d'avril 2016 - nulle dans l'activité habituelle et de 25 % dans une activité adaptée,

vu le rapport du 14 octobre 2022 du Dr A._____, lequel a spécifié que l'assuré souffrait de « *[g]onalgies bilatérales avec à présent [des] douleurs aux stations assise et couchée* », tout en précisant que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle et avait diminué dans les autres activités « *supposées adaptées* », du fait de l'augmentation de la douleur à la cheville droite,

vu le rapport du 31 octobre 2022 du Dr A._____, lequel a à nouveau fait état d'une aggravation intervenue au mois de décembre 2021, tout en indiquant que l'assuré avait repris son activité habituelle de ferblantier en juin 2022, avant de se retrouver en arrêt de travail le 1^{er} septembre 2022,

vu le rapport du 18 novembre 2022 du Dr A._____, lequel a posé les diagnostics de gonalgies bilatérales invalidantes (depuis 2016, voire 2013) et de douleurs à la cheville droite (depuis le 9 septembre 2021), tout en attestant une capacité de travail nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée à compter du 1^{er} septembre 2022,

vu le rapport d'expertise établi le 1^{er} février 2023 par la Dre D._____, spécialiste en rhumatologie, à l'attention de l'assureur perte de gain du nouvel employeur de l'assuré, laquelle a mis en évidence les diagnostics de gonalgies mécaniques bilatérales sur troubles dégénératifs de type chondropathie fémoro-patellaire, prédominant à droite (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladies] M17.9), et de douleurs de la cheville droite, d'origine dégénérative à la suite d'une entorse à répétition et d'une plastie du ligament latéral datant de février 2022 (CIM-10 S39.4), tout en certifiant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes (*sic*): « *La position statique et assise prolongée n'est pas possible de façon inchangée au bout de 30 minutes. La marche est à éviter plus d'une heure. La montée et descente des escaliers, échafaudages ou autres structures instables doivent être évitées. Le travail dans la position*

accroupie et sur genoux est également impossible. Le port de charge n'est pas limité. »,

vu le projet de décision du 16 juin 2023, par lequel l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, dès lors que son degré d'invalidité s'élevait à 7 % seulement et qu'il était en mesure de travailler à temps plein à compter du 1^{er} avril 2022 (excepté durant une période courant entre octobre et décembre 2022) dans une activité adaptée, telle qu'un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger,

vu les objections formulées les 23 août et 2 octobre 2023 par l'assuré contre ce projet de décision,

vu la décision rendue le 12 octobre 2023 par l'OAI confirmant son projet de décision et expliquant, dans une prise de position annexe, que l'assuré n'avait pas apporté d'éléments médicaux susceptibles de changer son opinion,

vu le recours déposé le 10 novembre 2023 par J._____ à l'encontre de cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit accordé dès le 1^{er} août 2022 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants,

vu la réponse du 1^{er} février 2024 de l'intimé concluant au rejet du recours et au maintien de sa décision litigieuse,

vu la réplique du 28 mars 2024, par laquelle le recourant a persisté dans ses conclusions ainsi que produit deux rapports établis respectivement les 1^{er} décembre 2023 et 22 mars 2024 par la Dre C._____, spécialiste en anesthésiologie, et le Dr A._____,

vu la duplique du 5 juin 2024, par laquelle l'intimé - se fondant sur un avis du 26 avril 2024 du Dr M._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), - a considéré que les éléments médicaux apportés par le recourant dans sa réplique justifiaient de nouvelles investigations, en particulier la mise en œuvre d'une expertise comportant des volets en médecine physique et réadaptation et en psychiatrie,

vu l'écriture du 24 juin 2024, dans laquelle le recourant s'est rallié à la proposition de l'intimé d'admettre le recours avec renvoi du dossier pour complément d'instruction puis nouvelle décision ;

attendu que 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]),

que 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),

que, 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 présent recours est recevable ;

attendu que le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le droit à une rente d'invalidité, à la suite de sa nouvelle demande du 7 février 2022,

que dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS

831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535) ; qu'en l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3) ; que lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente : si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022,

qu'en l'occurrence, un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité prendrait naissance au plus tôt le 1^{er} août 2022 (soit six mois après le dépôt de sa demande du 7 février 2022 [cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI]), de sorte qu'il convient d'appliquer le droit dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 ;

attendu que 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),

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 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),

que pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1),

qu'en ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4),

qu'une expertise réalisée par un assureur d'indemnités journalières en cas de maladie en dehors de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA dispose de la même valeur probante que celle des rapports médicaux internes à l'assurance social (TF 8C_71/2016 du 1^{er} juillet 2016 consid. 5.3 et la référence citée),

que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, même minimes, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4) ;

attendu qu'en l'espèce, le recourant conteste être capable de travailler à temps plein dans une activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles d'épargne des genoux, estimant à ce titre que le rapport d'expertise du 1^{er} février 2023 de la Dre D. _____ - sur lequel l'intimé s'est principalement appuyé pour motiver sa décision du 12 octobre 2023 de refus de rente - est dénué de toute valeur probante,

qu'il fonde essentiellement sa motivation, d'une part, sur le rapport du 22 mars 2024 du Dr A. _____, lequel a en substance soutenu qu'une activité adaptée supposerait de disposer de certaines capacités dans le temps et dans l'espace, à savoir une mobilité et une tenue de positions statiques (assis et debout), voire une capacité de port de charges, mais que ces capacités étaient absentes dans le cas présent, si bien qu'après plusieurs essais pratiques (notamment des stages d'évaluation de ses aptitudes), son patient n'avait pas pu persister dans des activités supposées adaptées du fait de la survenance de douleurs intenses ne cédant pas suffisamment à la médication, et, d'autre part, sur le rapport du 1^{er} décembre 2023 de la Dre C. _____, laquelle a retenu les diagnostics de gonalgie chronique bilatérale en aggravation, de chondropathie sévère avec gonarthrose bilatérale et de dépression réactive, tout en constatant une importante amyotrophie des membres inférieurs en raison d'un manque de mobilisation de ces derniers,

que le Dr M. _____, du SMR, a considéré, dans son avis du 26 avril 2024, que les éléments médicaux produits par le recourant avec sa réplique du 28 mars 2024 laissaient subsister un doute quant à l'étendue de l'impact des douleurs chroniques - lesquelles étaient réfractaires aux traitements mis en place - sur ses capacités et qu'une baisse de rendement dans une activité adaptée ne pouvait pas être exclue, de sorte qu'une expertise bidisciplinaire en médecine physique et réadaptation et en psychiatrie devait être réalisée afin de clarifier la situation,

que l'intimé a finalement fait siennes les conclusions de son service médical, proposant dans sa duplique du 5 juin 2024 de reprendre l'instruction de la cause,

que le recourant s'est rallié à cette proposition dans son écriture du 24 juin 2024,

qu'au vu de ce qui précède, il sied de reconnaître que la situation sur le plan médical, spécialement en ce qui concerne les conséquences des douleurs chroniques sur la capacité de travail du recourant et sur sa santé psychique, n'a pas été suffisamment élucidée par l'intimé,

qu'on ne saurait à cet égard attribuer une quelconque valeur probante au rapport de la Dre D._____, les avis des Drs A._____ et C._____ remettant en cause la fiabilité et la pertinence de l'appréciation de cette experte ;

attendu qu'en définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 12 octobre 2023 par l'intimé annulée, le dossier lui étant renvoyé pour complément d'instruction dans le sens des considérants - dans la mesure où c'est à cette autorité qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG) - puis pour nouvelle décision,

que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI), qu'il convient de fixer à 600 fr. et de mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige,

que la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 1'800 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 la partie intimée.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 12 octobre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 J._____ une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour J._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :