

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 juin 2019

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
MM. Berthoud et Bonard, assesseurs  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Syndicat **B.**\_\_\_\_\_, à [...],

et

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

---

**Art. 43 al. 1 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, a travaillé en qualité d'étancheur pour H.\_\_\_\_\_ SA depuis le 29 novembre 2004. A la suite d'un accident le 24 septembre 2008 (amputation de la dernière phalange du médius droit), il a déposé le 8 décembre 2009 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Par décision du 20 mai 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a refusé à l'assuré le droit à une rente, considérant que l'assuré n'avait pas présenté une incapacité de travail de plus de six mois entre le moment du dépôt de la demande de prestation le 8 décembre 2009 et le moment où il a recouvré une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle le 22 février 2010. Cette décision est entrée en force.

**B. a)** En incapacité de travail à 100 % depuis le 16 avril 2014, A.\_\_\_\_\_ a déposé le 31 octobre 2014, par l'intermédiaire de K.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : K.\_\_\_\_\_ SA ; assureur perte de gain maladie de H.\_\_\_\_\_ SA), une nouvelle demande auprès de l'OAI en raison d'un carcinome urothélial de la vessie superficiel de stade (Ta G2 haut grade). Le Service d'urologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_) a aussi posé le diagnostic d'hémangiomes hépathiques asymptomatiques des segments VV et VI.

Le carcinome a nécessité une intervention chirurgicale au Service d'urologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ le 27 juin 2014 sous la forme d'une résection transurétrale de la vessie (cf. rapports du Service d'urologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ des 28 juillet et 15 août 2014). L'assuré a ensuite présenté une complication sous la forme d'une tamponnade vésicale postopératoire (cf. rapport du Service d'urologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ du 28 juillet 2014).

**b)** L'assuré a été à nouveau hospitalisé au Service d'urologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ du 10 au 13 novembre 2014 en raison d'une récurrence du carcinome urothélial, auquel s'ajoutait une prostatite aiguë à germes indéterminés (rapport du 10 novembre 2014), y bénéficiant d'une deuxième résection transurétrale de la vessie (cf. rapport des 11 et 13 novembre 2014 et ses annexes).

Le 8 janvier 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il entrerait en matière sur la nouvelle demande et procéderait à son instruction. Il a requis des rapports médicaux auprès du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale (rapport du 14 janvier 2015) et du Service d'urologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ (rapport du 6 février 2015).

L'assuré a été soumis à un examen clinique auprès du médecin-conseil de K.\_\_\_\_\_ SA. Son état était revenu dans la « normalité » (cf. rapport du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du 20 avril 2015). Ce médecin a préconisé une reprise à 50 % au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Par avis médical du 29 avril 2015, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a requis de plus amples renseignements auprès du médecin traitant et du Service d'urologie du Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, indiquant que le cancer de la vessie devait être considéré comme une maladie professionnelle du fait du métier et des hydrocarbures polycycliques présents dans cette activité, de sorte qu'une déclaration impérative devait être faite à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Par courrier du 6 mai 2015, K.\_\_\_\_\_ SA a informé l'intéressé que son médecin-conseil l'avait considéré apte au travail à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> juin 2015 et à 100 % à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015. Dit courrier a été confirmé par l'assureur précité par décision du 25 septembre 2015 puis décision sur opposition du 6 novembre 2015.

A la suite de la demande du Dr C.\_\_\_\_\_, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr E.\_\_\_\_\_ (rapport du 8 mai 2015) et du Service d'urologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ (rapport médical du 1<sup>er</sup> juin 2015). Dans le rapport précité du 8 mai 2015, le Dr E.\_\_\_\_\_ a évoqué la persistance de douleurs au niveau des fosses iliaques qui contre-indiquaient l'activité habituelle de l'assuré.

Le 21 mai 2015, K.\_\_\_\_\_ SA a notamment transmis à l'OAI un rapport du Dr E.\_\_\_\_\_ du 4 mars 2015 et des rapports du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ des 24 et 29 décembre 2014.

Par avis médical SMR du 8 juin 2015, le Dr C.\_\_\_\_\_ a fait le point sur la situation, considérant qu'il convenait de réinterroger les médecins traitants au mois de juillet 2015. Un rapport du Service d'urologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ du 24 août 2015 a ainsi été versé au dossier.

**c)** L'assuré a repris son activité le 1<sup>er</sup> juillet 2015, subissant plusieurs rechutes à partir du 3 août 2015 (cf. courrier adressé par K.\_\_\_\_\_ SA à l'OAI le 26 septembre 2016).

Par rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2015 adressé à K.\_\_\_\_\_ SA, le Dr E.\_\_\_\_\_ a exposé que son patient souffrait de douleurs au niveau des fosses iliaques et d'un épisode dépressif. Il a en outre produit des rapports du Service d'urologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ datés des 2 avril, 16 juin et 10 août 2015 montrant l'absence d'argument en faveur d'une récivide.

Par rapport du 9 octobre 2015 adressé au médecin-conseil de K.\_\_\_\_\_ SA, le Dr E.\_\_\_\_\_ a exposé que son patient souffrait d'une nouvelle récivide du carcinome urothélial (cf. aussi rapports du Service d'urologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ des 10, 21 août, 7 et 18 septembre), qu'il présentait un état anxio-dépressif caractérisé par

des épisodes d'anxiété sous la forme de dyspnées paroxystiques nocturnes ainsi que des douleurs rétrosternales et qu'il était suivi pour des douleurs suspubiennes invalidantes persistantes et chroniques qui l'obligeaient à interrompre son activité professionnelle.

A la suite de la récurrence précitée, l'assuré a bénéficié d'une troisième résection transurétrale de la vessie au Service d'urologie du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_ le 21 octobre 2015 (rapports des 10, 21 août, 7, 18 septembre, 23, 30 octobre, 23 et 30 novembre 2015). Le Dr M. \_\_\_\_\_ a préconisé une reprise du travail à 100 % dès le 2 novembre 2015 (rapport du 23 novembre 2015).

Par avis médical SMR du 9 avril 2016, le Dr C. \_\_\_\_\_ a considéré que l'incapacité de travail durable et entière avait débuté le 16 avril 2014, que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2015 et d'une entière capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015, sans limitations fonctionnelles.

**d)** L'assuré a bénéficié d'une quatrième résection transurétrale de la vessie sans tumeur au Service d'urologie du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_ en janvier 2016 (rapports des 21 juin et 15 septembre 2016).

**e)** Le 26 septembre 2016, K. \_\_\_\_\_ SA a informé l'OAI des rechutes à partir du 3 août 2015, soit en particulier de la troisième récurrence du carcinome urothélial ayant fait l'objet de l'intervention chirurgicale du 21 octobre 2015.

L'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr E. \_\_\_\_\_ (rapport du 3 octobre 2016 auquel était notamment joint un rapport du 4 juillet 2016) et du Service d'urologie du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_ (rapports médicaux des 20 octobre 2016).

Dans un rapport du 13 avril 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie auprès de ce même service, a attesté d'une bonne évolution et d'une capacité de travail à 100 % du point de vue urologique.

Il ressort d'une note d'entretien téléphonique du 17 juillet 2017 entre l'OAI et l'assuré que ce dernier n'avait pas repris son activité professionnelle ni aucune autre activité.

Par avis médical SMR du 15 août 2017, le Dr C.\_\_\_\_\_ s'est référé à son précédent avis du 9 avril 2016 précisant que l'assuré s'était retrouvé en incapacité de travail du 25 janvier au 1<sup>er</sup> mars 2016 et que l'assuré disposait d'une entière capacité de travail dès lors, sans limitations fonctionnelles.

**f)** Par projet d'acceptation de rente du 17 août 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui reconnaissait un droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 août 2015 et à une demi-rente du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 30 septembre 2015 compte tenu du délai de carence d'une année et du dépôt de la demande en date du 3 novembre 2014.

**g)** L'assuré, assisté par Syndicat B.\_\_\_\_\_, a contesté ce projet le 16 octobre 2017, motifs pris que dans ses avis SMR, le Dr C.\_\_\_\_\_ avait omis de prendre en compte la deuxième récurrence du carcinome urothélial ayant donné lieu à l'hospitalisation et à l'intervention chirurgicale du mois d'octobre 2015 et que les pièces au dossier permettaient d'établir une période d'incapacité de travail totale en tout cas du 21 octobre au 2 novembre 2015 ou, à suivre l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2015, du 1<sup>er</sup> octobre au 1<sup>er</sup> mars 2016. Se prévalant du principe inquisitoire, l'assuré a requis de nouvelles investigations médicales auprès du Service d'urologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, du Dr N.\_\_\_\_\_ et du Dr E.\_\_\_\_\_, dont les rapports manqueraient de précision à ses yeux. L'assuré fait aussi grief au SMR d'avoir écarté sans explication les rapports avançant un état anxiodépressif et des douleurs pubiennes chroniques émanant du Dr E.\_\_\_\_\_ et retenant une incapacité de travail entière pour ces motifs. Subsidiairement, l'assuré a

requis que le droit à la rente soit arrêté en tenant compte d'une incapacité de travail entière du 16 avril 2014 au 31 mai 2015, d'une incapacité de travail de 50 % du 1<sup>er</sup> juin au 30 juin 2015 et d'une incapacité de travail entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015.

Invité à prendre position sur la contestation, le Dr C. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit dans un avis SMR du 21 novembre 2017 :

« 3/ [...] Le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin traitant, rapporta le 03.10.16 diverses atteintes non incapacitantes, traitables et transitoires. Il fut avancé par ailleurs un état anxio-dépressif sans suivi spécialisé, et des douleurs pubiennes. [...].

4/ [...]

Il est mentionné dans leur courrier une IT datant d'oct.15 du fait des indications lacunaires du service d'urologie, et que lors de la 2<sup>ème</sup> récurrence l'IT s'étendrait du 01.10.15 au 01.03.16. Nous répondons que si nous n'avons pas pris en compte certaines IT inconnues, nous sommes d'accord pour les accepter, mais elles ne changent pas la CT finale de 100 % dès fèv.17. En p2, il est demandé de faire un récapitulatif de toutes les dates d'IT depuis 2014 sur le plan urologique. Nous sommes donc d'accord sur ce point et demandons au gestionnaire de faire un récapitulatif des IT auprès de l'APG pour faire le point.

En ce qui concerne les pubalgies (pathologie non incapacitante) et l'état anxio-dépressif (non démontré), nous nous sommes déjà exprimés en 3/ : « état anxio-dépressif sans suivi spécialisé, et des douleurs pubiennes ». Nous rejetons donc cette argumentation psychiatrique non étayée : il n'y a pas de RM spé., aucun symptôme de trouble dépressif au dossier, aucune LF psy., pas de médication anti-dépressive et aucune description de symptômes de trouble dépressif. Finalement sur le fond, il n'existe pas d'éléments probants qui permettraient de conclure à la présence de troubles psychiatriques incapacitants et ceci à un degré suffisant de force probatoire, la vraisemblance prépondérante étant atteinte. Au final, nous en restons à ce qui était énoncé sur le plan somatique, d'autant que ce courrier n'est pas une pièce médicale.

Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. [...] »

Le 22 novembre 2017, l'OAI a requis de K. \_\_\_\_\_ SA un récapitulatif des périodes et taux d'incapacité de travail et du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_ les dates et les taux d'arrêts de travail dès le 16 avril 2014.

Le 12 décembre 2017, le Service d'urologie du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_ s'est référé à son précédent rapport d'avril 2017, renvoyant l'office auprès du médecin traitant.

Dans un rapport du 23 mai 2018 adressé à Syndicat B. \_\_\_\_\_, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a exposé qu'il avait reçu son patient en consultation six fois entre le 22 janvier et le 14 mai 2018. Il a évoqué un trouble de l'humeur, sans précision (F 39), précisant toutefois ne pas pouvoir écarter une dépression récurrente. Il a relevé que son l'assuré présentait une humeur morose constante, une vision pessimiste de l'avenir, un trouble du sommeil persistant. A son avis, la symptomatologie dépressive se traduisait au quotidien par une perte d'initiative et par un retrait social, associé à des manifestations d'agressivité, ponctuelles, face à des événements stressants. Il a mentionné deux essais de traitement par médicaments antidépresseurs en 2015 et en 2016, dénués de succès, et a interrompu le traitement par Escitalopram® prescrit par son généraliste pour le remplacer par un traitement avec de la Mirtazapine® à des doses progressivement croissantes. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a précisé que son patient présentait une réponse clinique insatisfaisante aux traitements et qu'il conviendrait de vérifier sur le plan biologique l'adhésion au traitement. Il a relevé le contexte de comorbidité oncologique. Il a relevé que l'assuré présentait des traits de la personnalité de type psychorigide assez évidents, sans que l'on puisse poser un diagnostic formel de trouble de la personnalité. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a décrit des relations familiales souvent tendues et un réseau social relativement appauvri. A son avis, l'incapacité de travail totale était justifiée.

Invité à prendre position sur le rapport précité, le Dr C. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit dans un avis SMR du 28 juin 2018 :

« 4/ suite au projet de décision du 17.08.17 (rente limitée), Syndicat B. \_\_\_\_\_ contesta : cf. notre avis très détaillé SMR du 21.11.17 [...] 5/ nous revoyons le dossier à 7 mois : le 28.12.17, le service d'urologie atteste une CT de 100 % alors qu'il y avait juste eu une IT transitoire du 25.01 au 01.03.16. Le 23.05.18, une courte lettre du Dr D. \_\_\_\_\_, psychiatre, rapporterait un trouble de l'humeur sans précision, dont la description en 2 lignes fait plutôt penser à une dysthymie (humeur morose, pessimisme). L'assuré aurait eu des antidépresseurs, mais un trouble du sommeil persisterait, ce qui n'a rien à voir. Il est fait état de traits de personnalité aussi. Il dit que pour ses raisons l'IT serait de 100 %. Notre réponse : c'est léger ;

des traits ne sont pas incapacitants, et le F39 n'est pas suffisamment convainquant face à une dysthymie ou autre. Un traitement léger par Quétiapine n'est pas suffisant pour nous faire croire à une éventuelle atteinte, d'autant que ce serait pour sa psychorigidité, donc rien à voir avec une dépression, qui apparaît finalement sans traitement véritable et lege artis. Ce RM ne nous permet donc pas de revoir nos conclusions en l'état.

Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. »

**h)** Par décision du 24 août 2018 et motivation séparée des 2 juillet et 24 août 2018, l'OAI a confirmé son projet d'acceptation de rente du 17 août 2017.

**C.** Le cas a été annoncé à la CNA par l'OAI le 21 avril 2016. Le dossier demeure en cours d'instruction auprès de cette autorité (cf. courrier adressé par la CNA à l'OAI le 17 juillet 2018).

**D. a)** Par acte du 28 septembre 2018, A.\_\_\_\_\_, assisté du syndicat Syndicat B.\_\_\_\_\_, a déféré la décision du 24 août 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant incidemment à ce que l'OAI motive suffisamment sa décision et à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée, principalement à l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2015 et dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015 et d'une demi-rente du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2015, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'office intimé. En substance, il a contesté la motivation de la décision litigieuse au motif que l'OAI ne se serait pas du tout prononcé sur les éléments avancés par le recourant dans ses objections et que le SMR ne se serait pas prononcé dans son avis du 28 juin 2018 sur tous les éléments que le recourant avait fait valoir. Il a fait grief à l'OAI de n'avoir pas respecté le principe inquisitoire en omettant d'instruire une incapacité de travail totale à partir du mois d'octobre 2015 et jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2016 au moins, celle-ci ressortant à son avis des pièces du dossier. L'assuré a aussi critiqué l'absence d'instruction concernant les douleurs chroniques et l'état anxio-dépressif avancés par le Dr E.\_\_\_\_\_ ainsi que les troubles évoqués par le Dr D.\_\_\_\_\_.

**b)** Dans sa réponse du 6 décembre 2018 et se référant à un nouvel avis SMR du 5 décembre 2018 reconnaissant les lacunes du dossier,

l'OAI a considéré que le dossier ne permettait pas de se déterminer au sujet de la capacité de travail sur le plan urologique pour la période allant du mois d'octobre 2015 au mois de janvier 2016. Il a exposé qu'il conviendrait d'investiguer à ce propos auprès de l'assurance-maladie perte de gain. Pour le surplus, l'OAI a maintenu qu'il n'existait pas d'éléments probants qui permettaient de conclure à des troubles psychiques incapacitants.

### **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 porte sur l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2015 et dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015, ainsi que d'une demi-rente du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2015.

**3. a)** 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).

**b)** En l'occurrence, la décision entreprise expose de manière sommaire les faits déterminants et le raisonnement juridique. S'agissant de la durée de l'incapacité de travail d'origine oncologique, on déduit implicitement de la décision du 24 août 2018 qu'aucune incapacité en la matière n'a été retenue au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2015. Cela ressort également des avis SMR des 9 avril 2016, 15 août et 21 novembre 2017 dans lequel le Dr C.\_\_\_\_\_ postulait pour une entière capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015. En ce qui concerne l'état de santé psychique, l'intimé a exposé dans un courrier du 2 juillet 2018 adressé au représentant du recourant que la décision à intervenir serait identique au projet d'acceptation de rente du 17 août 2017, ceci en s'appuyant sur l'avis SMR du 28 juin 2018, joint en annexe. Or, cet avis s'exprime sur l'atteinte psychique en ce sens que le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 23 mai 2018 ne permettait pas au Dr C.\_\_\_\_\_ de revoir ses conclusions. S'il aurait certes été opportun que la décision attaquée discute expressément de l'atteinte

psychique, force est de constater que le recourant, représenté par un syndicat qui disposait du dossier, pouvait comprendre les motifs ayant conduit l'intimé à ne pas prendre en compte les troubles psychiques. Il en va de même s'agissant des douleurs pubiennes chroniques dans la mesure où l'avis SMR du 28 juin 2018 renvoie à celui du 21 novembre 2017 qui discute ce point. Au vu des informations communiquées le 2 juillet 2018 et sans préjudice des arguments relatifs au respect du principe inquisitoire (cf. consid. 7 ci-dessous), la violation du droit d'être entendu est tout au plus mineure. En tous les cas, une éventuelle violation du droit d'être entendu devrait être considérée comme réparée devant la juridiction de céans, le dossier ayant été produit et l'intimé ayant eu l'occasion de faire valoir son point de vue et d'explicitier la décision litigieuse au cours de la présente procédure judiciaire, ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit pour statuer (art. 56 ss LPGA ; TF 9C\_99/2018 du 17 mai 2018 consid. 3 ; 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 1.3).

En conséquence, l'argument tiré d'un défaut de motivation et donc, d'une violation du droit d'être entendu, doit être écarté.

**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)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**c)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (1<sup>re</sup> phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (2<sup>e</sup> phrase).

**5. a)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple

appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

**b)** 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.

**c)** Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

**6. a)** 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 citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA), selon lequel les faits déterminants pour la solution du litige doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGA). En principe, l'assuré ne supporte ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves (TF 9C\_91/2017 du 8 septembre 2017 consid. 3.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_398/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3.1 ; 9C\_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1 ; 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

**c)** Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne suffisent pas pour justifier une diminution de la capacité de travail. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit ainsi être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 9C\_7 2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2).

**d)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les

ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). En outre, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre et s'appuyant *de lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1).

**7. a) aa)** S'agissant de l'atteinte somatique, l'intimé a admis dans sa réponse du 6 décembre 2018 que l'instruction menée se révélait lacunaire s'agissant de la durée et de l'ampleur de l'incapacité de travail, en relation avec la récurrence du carcinome urothélial. Tel est effectivement le cas à tout le moins jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2017, période à partir de laquelle le Service d'urologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ a considéré que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail sur le plan urologique (cf. rapport du 28 décembre 2017). On constate par surabondance que dans son avis SMR du 21 novembre 2017, le Dr C.\_\_\_\_\_ avait requis la production par K.\_\_\_\_\_ SA d'un récapitulatif des périodes et taux d'incapacité de travail par courrier du 22 novembre 2017. Si l'intimé a bien fait suivre cette requête à l'assureur perte de gain maladie, il s'avère que ce dernier n'a pas répondu à cette sollicitation et que la décision litigieuse a été rendue quand bien même cette mesure d'instruction demeurait ouverte.

A l'instar de l'intimé, la Cour de céans considère que l'instruction doit être complétée pour déterminer les périodes d'incapacité de travail sur le plan onco-urologique.

**bb)** S'agissant des douleurs chroniques, alléguées invalidantes, les plaintes subjectives telles que relayées par le Dr E.\_\_\_\_\_ sont insuffisantes pour justifier à elles seules une limitation de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles. Contrairement à l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ exprimé dans ses avis SMR des 15 août et 21 novembre 2017, les douleurs ne peuvent toutefois pas être qualifiées

de « non incapacitantes, traitables et transitoires » dans la mesure où cela ne ressort en aucun cas des rapports du Dr E. \_\_\_\_\_ des 8 mai et 9 octobre 2015, 4 juillet et 3 octobre 2016. Conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 6c ci-dessus), l'allégation de douleurs chroniques incapacitantes aurait dû être confirmée ou infirmée par des observations médicales, ce qui n'est pas le cas en l'espèce dans la mesure où l'autorité intimée n'a pas fait procéder à un examen clinique du recourant et que le dossier produit par l'intimée ne contient aucune trace d'investigations qui auraient été menées pour déterminer la cause et l'ampleur des douleurs persistantes. Or, pour que l'on puisse valablement tirer la conclusion que des douleurs ne justifient pas d'incapacité de travail ou de limitations fonctionnelles, comme l'a fait l'intimé en l'espèce, encore faut-il que les investigations médicales menées pour déterminer la cause desdites douleurs aient abouti à la constatation d'une situation dans les limites de la norme ou à l'absence de tout substrat organique. Force est de constater que tel n'est pas le cas en l'espèce. Ainsi, l'instruction doit aussi être complétée s'agissant de la possible influence sur la capacité de travail des douleurs alléguées.

**b)** S'agissant de l'atteinte psychique, laquelle devrait en principe être traitée comme une nouvelle atteinte avec un nouveau délai de carence, elle est portée à la connaissance de l'OAI pour la première fois le 26 septembre 2016 lorsque K. \_\_\_\_\_ SA a communiqué à l'OAI son dossier relatant notamment les événements postérieurs au 3 août 2015, date des premières rechutes. Ce dossier contenait notamment le rapport du 9 octobre 2015 dans lequel le Dr E. \_\_\_\_\_ indiquait au médecin-conseil de K. \_\_\_\_\_ SA que son patient présentait un état anxio-dépressif. D'autres renseignements ont été obtenus par l'OAI à ce sujet à réception du rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 3 octobre 2016, auquel était notamment joint un rapport du 4 juillet 2016. L'éventuelle atteinte psychiatrique, bien que justifiant une incapacité de travail aux yeux des médecins traitants, n'a toutefois fait l'objet d'aucune instruction médicale de la part de l'OAI. Il a fallu attendre le rapport du 23 mai 2018 requis par le recourant auprès du Dr D. \_\_\_\_\_ pour avoir quelques informations, lesquelles sont trop succinctes pour permettre une appréciation de la capacité de travail du

recourant au niveau psychique. Le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ ne permet en particulier pas de se prononcer sur les ressources du recourant, sur la manière dont elles seraient entamées ou sur d'éventuels motifs d'exclusion. Or, il est notoire que les patients ayant été atteints d'un cancer peuvent développer une détresse psychologique, situation dans laquelle on peut retrouver les traits distinctifs de pathologies telles que la dépression, l'anxiété, la peur de la récurrence ou encore le trouble de stress post-traumatique (cf. FRANCESCO SCIOTTO, CÉLINE PY et PETROS TSANTOULIS, *Suivi à long terme du patient oncologique : enjeux et défis* in Rev Med Suisse 2017 ; volume 13, p. 1045). Le Dr D.\_\_\_\_\_ évoque d'ailleurs la comorbidité psychiatrique sous la forme d'une interrogation dans son rapport. Par conséquent, l'évaluation de l'état de santé psychique n'est pas établie à satisfaction de droit. Si dans son avis SMR du 28 juin 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_ pose une appréciation différente de celles des médecins traitants, il convient de rappeler que dite appréciation ne repose pas sur un examen clinique du recourant, qu'elle ne se fonde pas sur une anamnèse complète et que l'évaluation d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic posé *de lege artis* par un psychiatre, spécialisation dont ne dispose pas le praticien en question (cf. consid. 6d ci-dessus). Cet avis est également erroné lorsque le Dr C.\_\_\_\_\_ affirme qu'il y aurait eu un traitement antidépresseur, mais sans traitement véritable et *de lege artis*. En effet, dans son rapport du 23 mai 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_ décrit un traitement de mirtazapine® à des doses progressivement croissantes, en remplacement du traitement d'escitalopram® prescrit par le médecin interniste traitant. Or, une telle adaptation de la médication n'apparaît pas compatible avec l'absence de « véritable » traitement psychiatrique. Cette question aurait aussi mérité de plus amples investigations. Le médecin du SMR ne justifie pas non plus l'appréciation de l'état de santé psychique du recourant et de sa capacité de travail à l'aune des indicateurs déterminants exigés par le Tribunal fédéral (*Ibid.*), de sorte qu'il n'est pas possible d'en vérifier le bien-fondé.

L'état de santé du recourant sur le plan psychique et ses conséquences sur sa capacité de travail ne sont pas suffisamment

élucidés. En conséquence, l'instruction doit aussi être complétée sur ce point.

**8. a)** 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. Un renvoi à l'administration est en principe justifié 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. *A contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé, lacunaire, laisse subsister des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation opérée dans la décision du 24 août 2018 tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Le dossier ne permet pas à la Cour de céans de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction médicale sur le plan somatique et psychique, à charge pour l'intimé d'apprécier ensuite la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise puis de rendre une nouvelle décision, dès lors que c'est à lui 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 LPGA). La cause étant renvoyée à l'intimé, il est prématuré de se prononcer sur la rente réclamée.

**8. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**b)** 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<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un syndicat (ATF 126 V 11 consid. 2 ; TF 8C\_465/2017 du 12 janvier 2018 consid. 5 [non publié à l'ATF 144 V 42] ; TFA C 207/94 du 3 février 1995 consid. 3), a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 1'000 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 24 août 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- 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 A. \_\_\_\_\_ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Syndicat B.\_\_\_\_\_ (pour A.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :