

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mars 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat, juge et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

B._____, à **W.**_____, recourant, représenté par M. Claude Paschoud,
conseiller juridique à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, est marié et père de deux enfants adultes. Au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de maçon obtenu en 2001, il a travaillé en qualité de peintre en bâtiment indépendant à compter du 1^{er} novembre 2010.

Souffrant principalement d'une gonarthrose bilatérale, B._____ a déposé en date du 31 décembre 2015 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de B._____. Dans un rapport du 5 novembre 2016, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics suivants : tunnel carpien droit, scapulalgie droite, gonalgie bilatérale, status post méniscectomie gauche et droite, hypertension artérielle, diabète de type 2, obésité, syndrome métabolique et syndrome d'apnées du sommeil de degré très sévère. Tout en estimant que l'incapacité de travail était entière dans la profession de plâtrier indépendant, il a considéré que l'assuré était en mesure, moyennant des traitements médicaux appropriés, de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle adaptée à son état de santé. Le Dr N._____ a joint à son rapport divers documents médicaux, dont le compte-rendu d'une IRM du genou droit pratiquée le 8 octobre 2015 ainsi qu'un rapport du 11 août 2016 du Dr Q._____, spécialiste en neurologie, dans lequel celui-ci posait les diagnostics de persistance d'une atteinte moyennement importante du nerf médian droit au niveau du canal carpien sans changement significatif par rapport à la situation de février 2016 et d'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf ulnaire droit au poignet.

L'office AI a également fait verser le dossier de X. _____ SA, assureur perte de gain en cas de maladie. Celui-ci contenait notamment un compte-rendu du 21 décembre 2016 d'une échographie de l'épaule droite réalisée l'avant-veille ainsi qu'un rapport d'expertise de l'appareil locomoteur établi par la Clinique F. _____ en date du 29 juillet 2016, qui concluait à une capacité de travail totale dans l'activité de plâtrier indépendant sans baisse de rendement. Y figurait également un rapport du 2 juillet 2016 du Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel posait les diagnostics de gonarthrose bilatérale, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite, d'épicondylite droite, de syndrome du tunnel carpien bilatéral, d'annulaire gauche à ressaut et de cure de syndrome du tunnel carpien droit le 1^{er} avril 2016.

Ensuite de l'opposition formée par B. _____ contre la décision de X. _____ SA du 4 août 2016 mettant fin au versement des indemnités journalières à compter du 9 août 2016, X. _____ SA a une nouvelle fois mandaté la Clinique F. _____ en vue d'une nouvelle expertise de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 19 janvier 2017, elle a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 9 août 2016, alors qu'elle était totale sans baisse de rendement depuis la même date dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées. Par décision sur opposition du 27 janvier 2017, X. _____ SA a accepté la prolongation de la prise en charge de l'incapacité de travail postérieurement au 9 août 2016.

En réponse aux questions de l'office AI, le Dr N. _____ a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de gonalgies bilatérales, de douleurs au bras et à la main droite, de syndrome d'apnée du sommeil et de diabète de type 2 sévère. Si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, il a en revanche estimé qu'elle pouvait atteindre 50% dans une activité adaptée aux limitations physiques (rapport du 27 octobre 2017). Le Dr N. _____ a notamment joint à son rapport les documents médicaux suivants :

- un rapport du 30 avril 2017 émanant du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consécutif à une consultation du 25 avril précédent. Après avoir constaté que la marche s'effectuait sans réelle boiterie et qu'il n'y avait pas de trouble neurovasculaire grossier des membres inférieurs, il avait procédé à l'examen de chacun des genoux. Il retenait les diagnostics de gonarthrose bilatérale à prédominance fémoro-tibiale interne et de status après méniscectomie interne des deux genoux plus de dix ans auparavant ;

- un rapport du 7 novembre 2016 de la Dre K._____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique et reconstructive, qui faisait état des multiples plaintes de l'assuré après cure chirurgicale d'un syndrome du tunnel carpien en date du 1^{er} avril 2016. Traduisant les propos de l'intéressé en termes médicaux, elle a retenu des paresthésies touchant tous les doigts y compris l'auriculaire ainsi que des douleurs à la palpation des bourrelets digito-palmaires des doigts longs. A cela s'ajoutaient des douleurs à la palpation de la cicatrice ainsi que du thénar et de l'hypothéнар. Quant aux plaintes du patient concernant des paresthésies sur le dos de la main irradiant sur le dos de l'avant-bras jusqu'au coude, elle a estimé qu'elles étaient difficiles à prouver ;

- un rapport du 9 février 2017 de la Dre K._____, laquelle constatait qu'à l'examen clinique, le poing était complet, l'opposition du pouce était complète et qu'il existait un très discret déclic à la fermeture du médius et de l'annulaire à droite. Il n'y avait pas de Tinel à la percussion du nerf médian. Selon elle, il ne s'agissait pas d'une récurrence du tunnel carpien, même s'il existait très certainement une ténosynovite des fléchisseurs. Elle indiquait par ailleurs qu'elle n'avait aucune explication pour les paresthésies touchant le dos de la main et qui paraissaient, aux dires de l'assuré, être le symptôme le plus désagréable.

Se référant au rapport de la Clinique F. _____ du 19 janvier 2017, le Dr L. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que la principale atteinte à la santé était une atteinte de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite existant depuis 2002. Au titre des pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, il a fait mention d'une gonarthrose des deux côtés prédominante à droite et d'une aponévrosite plantaire gauche. Quant aux facteurs/diagnostics associés qui n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité, il a énuméré les troubles suivants : status post cure de tunnel carpien à droite, non opéré à gauche ; épicondylalgies droites ; hypertension artérielle ; diabète de type II ; obésité ; syndrome métabolique ; syndrome d'apnée du sommeil. A l'instar des experts de la Clinique F. _____, il a considéré que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais qu'elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites (rapport du 6 novembre 2017).

Le 17 avril 2018, l'office AI a rendu un projet de décision refusant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Il a relevé que l'intéressé ne pouvait plus exercer son activité de peintre en bâtiment indépendant depuis le 3 février 2016, mais présentait depuis le 9 août 2016 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à sa situation qui respectait ses limitations fonctionnelles, soit : pas de port de charges de plus de 50 kg autre qu'occasionnel, de plus de 12-25 kg souvent, de plus de 5-10 kg régulièrement, pas de travail les mains au-dessus de la ligne des épaules, pas d'usage de force des bras lors d'utilisation d'escaliers ou d'échafaudages, pas de position accroupie, pas de marche prolongée en terrain accidenté, pas de marche ni de station debout prolongées. Compte tenu de ces limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré, l'office AI retenait un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité et arrivait ainsi, après comparaison des revenus avec et sans atteinte à la santé, à un degré d'invalidité de 8,40 %.

Le 28 mai 2018, par l'intermédiaire de son conseil, M. Claude Paschoud, B. _____ a présenté des objections à ce projet de décision. A l'appui de ses allégations, il a transmis le rapport établi le 28 mai 2018 par

la Dre D._____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique reconstructive et esthétique. Elle y relevait que, depuis l'opération du tunnel carpien réalisée le 9 [recte : 1^{er}] avril 2016, la symptomatologie ne s'était pas améliorée et que l'assuré présentait depuis lors de plus en plus de douleurs ainsi qu'une sensation de chaleur dans la main droite qui l'empêchait de dormir. Etaient jointes à son rapport diverses pièces dont le compte-rendu de l'opération chirurgicale pratiquée le 26 juin 2017 en raison d'une récurrence du tunnel carpien droit. Ce document faisait état d'une « synovite très très importante », susceptible, selon l'assuré, d'entraîner une polyarthrite rhumatoïde. Or, l'assuré a noté que le rapport du 28 mai 2018 n'évoquait nulle intervention d'un rhumatologue. Quant au rapport du 2 juin 2017 du Dr Q._____, il mentionnait les diagnostics de persistance d'une atteinte modérée à moyennement importante du nerf médian droit au niveau du canal carpien, à nouveau sans changement significatif par rapport à la situation de février et d'août 2016, toujours sans menace fonctionnelle et de discrète atteinte persistante du nerf médian gauche au niveau du canal carpien, sans menace fonctionnelle. L'assuré a dès lors demandé à l'office AI qu'il procède à des investigations supplémentaires, notamment au plan rhumatologique.

Après avoir analysé les pièces médicales au dossier, la Dre T._____, médecin au SMR, a conclu son rapport du 26 octobre 2018 en ces termes :

« Appréciation actuelle du SMR : les pièces médicales nouvellement apportées ne permettent pas de retenir une perte de l'usage de la main D assimilable à une personne ne disposant plus [que] d'une main. La persistance de douleurs et paresthésies de la main D est reconnue, sans que cela génère des limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été retenues lors du rapport SMR du 06.11.2017, au vu que les deux médecins attestent une fonction complète de la main D. Par ailleurs, la limitation fonctionnelle réclamée par le juriste (l'assuré ne pouvant plus monter sur une échelle) est bien retenue dans le rapport SMR du 06.11.2017 en lien avec l'atteinte de l'épaule droite (pas d'utilisation des bras en force subite pour la pratique d'escaliers ou d'échafaudages). Pour ce qui concerne une éventuelle atteinte inflammatoire qui n'aurait pas été prise en compte et au manque d'intervention d'un rhumatologue, le SMR relève que l'assuré avait passé une expertise rhumatologique (...) qui n'a pas retenu de maladie inflammatoire. La description d'une

synovite au protocole opératoire au niveau du poignet droit n'entraîne pas directement une polyarthrite rhumatoïde. Une synovite est une inflammation de la membrane synoviale qui tapisse la face interne d'une articulation et peut être secondaire à une infection, à un traumatisme, ou être la manifestation d'une maladie systémique inflammatoire ou métabolique (définition du dictionnaire de l'académie de médecine 2018). Dans le cas de l'assuré, il n'y a aucun élément médical pouvant attester la présence d'une maladie inflammatoire comme évoqué par le conseiller juridique.

En conclusion, le SMR ne trouve aucune raison sur le plan médical de se distancier des conclusions du rapport SMR du 06.11.2017. »

Par décision du 14 mai 2019, l'office AI a confirmé son projet de décision du 17 avril 2018.

B. Par acte du 19 juin 2019, B._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant sous suite de frais et dépens à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI afin qu'il procède à des investigations supplémentaires au plan rhumatologique puis calcule à nouveau le taux d'invalidité en tenant compte de toutes les limitations fonctionnelles admises. Il a plus particulièrement relevé que, compte tenu de son état de santé, il n'était pas réaliste de prétendre qu'il pouvait exercer une activité à plein temps en percevant un salaire annuel de 67'485 fr. 18. S'agissant d'une activité non qualifiée du domaine de la production et des services, il était notoire qu'elle impliquait le port régulier de charges lourdes, le chargement et le déchargement de caisses avec les mains au-dessus des épaules, l'usage de la force de ses bras lorsqu'il s'agissait de monter une échelle ou un échafaudage ainsi que des marches et des stations debout prolongées. Or, une telle activité contrevenait aux limitations fonctionnelles décrites, de sorte qu'aucun employeur en Suisse n'offrirait plus de 5'000 fr. par mois à un ouvrier aussi atteint dans sa santé que l'est l'assuré.

Dans sa réponse du 12 septembre 2019, l'office AI a indiqué que son appréciation médicale se fondait tant sur les rapports d'expertise de la Clinique F._____ que sur les rapports des Drs D._____ et Q._____. Selon ces deux spécialistes, la fonction de la main droite était conservée, ce qui permettait l'exercice d'activités adaptées. Sur le plan

économique, l'office AI a contesté le point de vue de l'assuré selon lequel une activité non qualifiée supposait le port de charges lourdes et que les données salariales de l'Office fédéral de la statistique manquaient de pertinence pour l'évaluation du salaire possible d'un ouvrier dont les limitations fonctionnelles étaient si importantes. Il a renvoyé aux exemples - non exhaustifs - d'activités adaptées à l'état de santé de l'assuré tels que figurant dans le document « calcul du salaire exigible » du 17 avril 2018. Il a enfin rappelé qu'un degré d'invalidité de 8,40 % n'ouvrait pas droit aux mesures de reclassement. L'office AI a en conséquence conclu au rejet du recours.

En réplique du 17 octobre 2019, B._____ a indiqué qu'il n'était pas possible de se fonder sur les expertises de la Clinique F._____ en raison des nombreux manquements ayant entaché la réalisation des expertises qui lui avaient été confiées. En ce qui concerne les Drs D._____ et Q._____, il a relevé que leurs rapports n'avaient pas l'objectivité d'une expertise et que, en tout état de cause, ils ne répondaient pas à la question de savoir s'il subissait des limitations dans toutes les activités professionnelles et lesquelles. Outre les mains, il souffrait également des genoux et des épaules ainsi que de différentes pathologies tels qu'un diabète, des problèmes cardiaques et des dyspnées du sommeil. L'assuré a enfin fait remarquer que les professions mentionnées dans le document du 17 avril 2018 n'étaient illustrées par aucun cahier des charges, de sorte qu'il n'était pas possible de savoir si le poste en question exigerait de son titulaire des gestes exclus par les limitations médicales découlant de son état de santé. Il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

C. Par décision du 14 août 2019, la magistrate instructrice a mis B._____ au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 19 juin 2019. Il était exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que de toute franchise mensuelle.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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. 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 (cf. art. 6 LPGGA).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre 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).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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 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).

4. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un

rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux déterminants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

5. Dans le cas d'espèce, l'intimé s'est fondé tant sur le rapport d'expertise de la Clinique F._____ du 19 janvier 2017 que sur les rapports des Drs D._____ et Q._____ pour retenir que, en dépit des limitations fonctionnelles décrites, le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé à compter du 9 août 2016.

En substance, le recourant conteste bénéficier d'une capacité de travail dans une activité adaptée et le fait qu'une activité soit exigible compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles. Il estime en outre que le revenu d'invalidé retenu est trop élevé.

6. Dans un premier moyen, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise de la Clinique F._____.

a) Le Tribunal fédéral a considéré que les expertises réalisées au sein de la Clinique F._____ ne pouvaient servir de fondement à

l'examen d'un droit à des prestations en raison de graves manquements aux devoirs professionnels constatés dans la gestion de l'institution, notamment de la part d'un médecin responsable du département d'expertises, qui avait modifié illicitement le contenu de rapports d'expertise. Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient en effet être suffisamment garanties, de sorte qu'il n'était pas possible d'accorder pleine confiance à une expertise rendue par un expert œuvrant au sein de la Clinique F._____. Le Tribunal fédéral a précisé que cette conclusion s'imposait indépendamment de savoir si, dans un cas particulier, le responsable médical à l'origine des manquements constatés était concrètement intervenu dans la rédaction du rapport d'expertise ou non (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 ; TF 8F_8/2018 du 7 janvier 2019 consid. 2.3 ; 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 consid. 7.3). Le Tribunal fédéral a également constaté que les organes de l'assurance-invalidité avaient renoncé à confier des mandats d'expertise à la Clinique F._____ depuis 2015 (cf. réponse du Conseil fédéral à la question de Madame la Conseillère nationale Rebecca Ruiz 18.5054 "La Clinique F._____ a-t-elle encore la confiance de l'OFAS?" ; consultable sur le lien <[https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb / suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20185054](https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20185054)> [consulté le 14 février 2020] ; TF 8F_8/2018 consid. 2.3.3).

b) En l'espèce, les expertises confiées à la Clinique F._____ ont été effectuées sur mandat de l'assurance maladie perte de gain et ont été versées au dossier au même titre que le dossier de cette assurance. Compte tenu de la jurisprudence précitée, les rapports d'expertise des 29 juillet 2016 et 19 janvier 2017 ne pouvaient servir de fondement à la décision relative au droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

7. A ce stade, il s'agit d'examiner si les pièces médicales au dossier permettent à l'intimé d'apprécier de manière circonstanciée l'état de santé du recourant ainsi que les éventuelles répercussions négatives de celui-ci sur sa capacité de travail.

a) Sous la plume du Dr L._____, le SMR a établi un rapport en date du 6 novembre 2017 dans lequel il a retenu comme atteinte principale invalidante une atteinte de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ainsi qu'une gonarthrose des deux côtés prédominante à droite et une aponévrosite plantaire gauche. A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a retenu un status post cure du tunnel carpien à droite, non opéré à gauche, des épicondylalgies droites, une hypertension artérielle, un diabète de type II, une obésité, un syndrome métabolique ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil. Compte tenu des limitations fonctionnelles présentées par le recourant, il a estimé que sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment indépendant mais qu'elle était en revanche entière dans une activité adaptée à son état de santé. Le 26 octobre 2018, le SMR a rendu un nouvel avis médical, dans lequel il a déclaré que les nouveaux rapports médicaux versés au dossier ne modifiaient pas son appréciation de novembre 2017.

b) Dans la mesure où le rapport du SMR du 6 novembre 2017 se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise de la Clinique F._____ du 19 janvier 2017 et que celui-ci a été écarté, il convient de se demander si d'autres rapports médicaux au dossier permettent de confirmer les conclusions du SMR.

aa) En ce qui concerne les genoux et les épaules, le Dr H._____ a souligné, dans son rapport du 30 avril 2017, que la marche du recourant s'effectuait sans réelle boiterie. Il a en outre relevé l'absence de trouble neurovasculaire grossier des membres inférieurs. Au terme de son examen du genou droit, il a constaté que les cicatrices d'arthroscopie étaient calmes sans signe inflammatoire. Le genou était légèrement tuméfié mais sans érythème ni chaleur et il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire. La palpation de l'interligne fémoro-tibial interne était sensible mais les tests méniscaux étaient négatifs. Il y avait également une sensibilité du compartiment externe, les tests méniscaux étant également négatifs. Si le signe du rabet était légèrement positif, il n'y avait toutefois pas d'appréhension rotulienne et l'appareil extenseur était

compétent. Quant au genou gauche, sa mobilité était symétrique et il n'y avait pas de problème cicatriciel ni d'épanchement intra-articulaire. Si une sensibilité à la palpation des interlignes interne et externe était retrouvée, les tests méniscaux étaient cependant négatifs. Le signe du rabot était légèrement positif mais l'appareil extenseur était compétent. Sur la base de son examen, il a posé le diagnostic de gonarthrose bilatérale à prédominance fémoro-tibiale interne. De son côté, le Dr N._____ a indiqué en date du 27 octobre 2017 que si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, elle pouvait en revanche atteindre 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles induites par les troubles présentés par le recourant aux genoux et à la main droite sans qu'il ne précise davantage en quoi elles consistent. S'agissant des documents d'imagerie, le compte-rendu de l'IRM du genou droit pratiquée le 8 octobre 2015 a conclu notamment à l'existence d'une gonarthrose du compartiment interne avec chondropathie fémoro-tibiale de stade III à IV tandis que l'échographie de l'épaule droite réalisée le 19 décembre 2016 a mis en évidence une déchirure transfixiante de la partie antérieure du tendon du supra-épineux sur tendinose chronique avec un clivage intra-tendineux du tendon du sub-scapulaire et un signe de bursite chronique. Aucun de ces deux documents ne se prononçait sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles.

On constate que ces avis médicaux sont peu étayés, ne posent pas de diagnostic relatif aux atteintes aux épaules, n'examinent pas de manière approfondie la capacité de travail dans une activité adaptée et ne se prononcent pas sur les limitations fonctionnelles. Les atteintes relatives aux genoux et aux épaules sont celles qui, selon l'office AI, ont une répercussion sur la capacité de travail (cf. rapport du SMR du 6 novembre 2017). Or, aucun document médical ne permet d'établir ces points. Le rapport du 6 novembre 2017 n'est pas étayé et n'est pas fondé sur un examen clinique. Il reprend simplement les conclusions du rapport d'expertise de la Clinique F._____ du 19 janvier 2017. On observe dès lors que les atteintes aux genoux et aux épaules n'ont pas fait l'objet de réelles mesures d'instruction, lesquelles se révèlent insuffisantes après mise à l'écart des rapports d'expertise de la Clinique F._____. Les

constatations de l'intimé sur ces atteintes ne trouvent donc pas de fondement médical dans le dossier. L'évaluation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail ne peut par conséquent être faite sur la base du dossier tel que constitué qui ne comporte pas d'élément probant à ce sujet.

bb) En ce qui concerne le tunnel carpien, il convient de rappeler que le recourant a fait l'objet, en date du 1^{er} avril 2016, d'une intervention chirurgicale en raison d'un syndrome du tunnel carpien droit.

Dans son rapport du 11 août 2016, le Dr Q. _____ a constaté la persistance d'une atteinte moyennement importante du nerf médian droit au niveau du canal carpien, sans changement significatif par rapport à la situation ayant donné lieu à son rapport du 3 février 2016 et l'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf ulnaire droit au poignet. Il a ajouté que, dès lors que le patient se plaignait de douleurs et de troubles sensitifs situés plutôt dans le territoire du nerf ulnaire, il avait encore pratiqué une étude du nerf ulnaire droit, laquelle avait révélé une bonne préservation de la latence et de l'amplitude des potentiels moteurs et sensitifs distaux, une bonne préservation également de la vitesse de conduction sensitive cinquième doigt/poignet et l'absence de dénervation dans le premier interosseux dorsal, le tout n'apportant pas d'arguments en direction d'une atteinte du nerf ulnaire au passage du Guyon et plus distalement au niveau de la main. Il a conclu que, compte tenu du caractère des plaintes ainsi que des constatations cliniques et électrophysiologiques, il restait difficile de dire quelle était la cause exacte des troubles présentés par le recourant.

Le 2 juillet 2016, le Dr A. _____ a constaté notamment que les suites opératoires étaient simples et apyrétiques. A l'ablation de l'attelle rigide et des fils ainsi qu'au remplacement par une attelle amovible le 18 avril 2016, le recourant n'avait eu aucune plainte. Au contrôle du 17 mai 2016, il s'était toutefois plaint de rougeur et de douleurs à la paume de la main droite ; l'examen clinique retrouvait une cicatrice calme, une main légèrement tuméfiée sans signes d'infection ni

signes neurologiques ; le recourant lui avait signalé qu'il s'était servi de sa main droite pour quelques travaux ménagers.

En date du 7 novembre 2016, la Dre K._____ a relevé les plaintes du recourant et indiqué qu'elle ne remettait pas en cause ses dires mais qu'elle pensait qu'il y avait plusieurs problèmes différents ; outre le fait qu'il se disait très gêné par son épaule droite, il se trouvait dans une situation socio-économique extrêmement précaire. Pour ce qui concerne la main, elle a souligné qu'il était possible qu'il y ait eu une libération incomplète du nerf médian, tout en faisant remarquer que ces douleurs diffuses pouvaient être mises en évidence avec une atteinte de type sudeckoïde ; les paresthésies décrites sur le dos de la main ne correspondaient pas au territoire du nerf médian, ni du nerf cubital. Le 9 février 2017, ce médecin a observé à l'examen clinique que le poing était complet, que l'opposition du pouce était complète et qu'il existait un très discret déclic à la fermeture du médius et de l'annulaire à droite ; il n'y avait pas de Tinel à la percussion du nerf médian. Elle a confirmé que les électromyogrammes du Dr Q._____ ne mentionnaient à aucun moment d'atteinte au nerf cubital, ajoutant qu'elle ne pensait donc pas qu'il s'agissait d'une récurrence du tunnel carpien. Elle n'a trouvé aucune explication pour les paresthésies qui touchaient le dos de la main et qui étaient avancées comme le symptôme le plus désagréable. Elle a proposé une infiltration et conseillé la reprise du travail à temps partiel, ce qui lui paraissait réalisable au vu du statut d'indépendant.

Le 22 mai 2017, la Dre D._____ n'a constaté aucun trouble au niveau moteur sur la main droite, l'enroulement des doigts étant sans particularité et complet ; la distance pulpe-paume était nulle et l'opposition du pouce selon Kapandji à 10 des deux côtés. Le Tinel était positif sur la cicatrice à droite avec une sensibilité diminuée sur la pulpe du troisième doigt et une sensation bizarre sur le quatrième et le premier doigt de la main droite. La cicatrice était calme et souple hormis ce signe de Tinel en regard. La force de préhension mesurée au dynamomètre de Jamar était de 19 kg à droite par rapport à 37 kg à gauche.

Dans son rapport du 2 juin 2017, le Dr Q._____ a relevé que, pour le nerf médian droit, les valeurs neurographiques étaient pratiquement superposables à celles constatées préalablement. Quant au nerf médian gauche, la comparaison du bilan électrophysiologique pratiqué le 2 juin 2017 ne révélait pas de modification significative des paramètres électrophysiologiques par rapport au bilan effectué au mois de février 2016. Il n'a au surplus observé aucune anomalie significative sur le nerf médian gauche. Il a également constaté qu'il n'y avait pas de menace fonctionnelle, ni pour le nerf médian droit, ni pour le gauche.

Le 28 mai 2018, la Dre D._____ a notamment indiqué qu'elle pensait qu'avec ses troubles sensitifs et de la force, le recourant pouvait être « embêté » dans sa profession qu'il avait par ailleurs abandonnée depuis plusieurs mois.

L'intimé n'a pas retenu d'atteinte invalidante au niveau du tunnel carpien. Les rapports médicaux au dossier examinent la possibilité d'éventuelles atteintes fonctionnelles au niveau du tunnel carpien et aucun ne constate de limitation fonctionnelle post cure du tunnel. Les conclusions du SMR sur ce point pourraient être confirmées, les constatations dans les différents rapports médicaux étant convergentes. La vague déclaration non étayée de la Dre D._____, selon laquelle le recourant pourrait être « embêté » dans sa profession, ne suffit pas à considérer que l'atteinte pourrait avoir une incidence sur la capacité de travail, même dans l'activité habituelle. Les conclusions des médecins, y compris de la Dre D._____, vont dans le sens de l'absence de trouble moteur à la main.

8. a) A la lecture de l'ensemble des rapports médicaux au dossier, on constate que le recourant présente une situation relativement complexe avec plusieurs atteintes dont certaines ont été reconnues comme ayant une incidence sur la capacité de travail. L'intimé retient comme principale atteinte à la santé une atteinte à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et a fixé des limitations fonctionnelles en lien avec ce trouble. Cependant, les rapports médicaux au dossier ne permettent pas

de confirmer ces conclusions, qui ne sont fondées que sur le rapport d'expertise de la Clinique F._____ du 19 janvier 2017. Une gonarthrose bilatérale est également considérée comme invalidante et les limitations fonctionnelles ont été établies sur la base du rapport d'expertise précité ; or les avis médicaux recueillis ne permettent pas de les confirmer. En réalité, aucun rapport médical ne se prononce sur la capacité de travail du recourant ni sur ses limitations fonctionnelles, alors qu'il soutient que l'étendue de ces dernières a été sous-estimée.

b) Les rapports médicaux versés au dossier permettent de confirmer que certaines atteintes invoquées, notamment celles liées aux mains, ne sont pas significatives et n'induisent pas de limitations fonctionnelles. Cependant, ils ne se prononcent pas sur les atteintes principales retenues par le SMR qui a fondé ses propres conclusions sans véritable examen en reprenant uniquement celles du rapport d'expertise de la Clinique F._____, déclaré invalide. Il subsiste donc de sérieux doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations effectuées par le service précité.

c) Sur le vu de ce qui précède, on ne voit pas quels éléments probants ont pu amener l'office AI à retenir que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont été établies de manière probante. Il apparaît plus particulièrement que l'instruction doit être complétée afin que les diagnostics à poser et l'étendue de leur caractère invalidant éventuel puissent être examinés. Partant, il convient de constater que l'instruction s'avère lacunaire dans la mesure où les faits pertinents n'ont pas été établis de manière convaincante. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'office AI - à qui il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) - afin qu'il procède à un complément d'instruction sur le plan médical en vue de déterminer la capacité de

travail et les limitations fonctionnelles compte tenu des atteintes à la santé rendues vraisemblables.

d) Au vu du sort du recours, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs soulevés par le recourant qui deviennent sans objet.

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

10. Ayant procédé par l'intermédiaire d'un conseiller juridique, qui peut se voir accorder des dépens (cf. TF 8C_546/2018 du 9 octobre 2018 consid. 5), le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD, 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 14 mai 2019 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 au 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 B._____ une indemnité de 500 fr. (cinq cents 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 :

- M. Claude Paschoud, conseiller juridique (pour B._____),
- 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).

Le greffier :