

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 avril 2018

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Muriel Vautier, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 43 LPGA; 82 LPA-VD**

**Vu** la décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 15 février 2017 allouant à C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2012 au 31 mars 2013,

vu le recours formé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 17 mars 2017 par Me Muriel Vautier, avocate à Lausanne, conseil de C.\_\_\_\_\_, concluant principalement à ce que la décision du 15 février 2017 de l'OAI soit réformée en ce sens que l'OAI reconnaît à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité illimitée dans le temps dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012 (I) et subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision (II),

vu la décision du juge instructeur du 24 mars 2017 accordant à l'assuré le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 février 2017 (exonération d'avances, des frais judiciaires et assistance d'un avocat en la personne de Me Muriel Vautier),

vu la réponse de l'OAI du 6 juin 2017 concluant au rejet du recours,

vu l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) du 1<sup>er</sup> juin 2017, qui nie une aggravation de l'état psychique de l'assuré au mois d'octobre 2016 en raison de l'absence d'hospitalisation malgré des diagnostics graves (trouble dépressif majeur avec caractéristique mélancolique et trouble de l'humeur sévère avec risque de passage à l'acte auto- voire éventuellement hétéro-agressif) posés par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que l'existence d'atteintes somatiques empêchant l'assuré d'exercer à plein temps une activité adaptée (rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ de la CNA du 14 mars 2016), nonobstant le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui fait état de séquelles iatrogènes du nerf saphène interne

droit suite à une intervention sur le genou impliquant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée,

vu la réplique du recourant du 14 septembre 2017 confirmant ses conclusions et sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire,

vu le rapport de la Dresse Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, auprès de la Clinique N.\_\_\_\_\_, du 30 août 2017, dont il ressort ce qui suit :

"nous fondons notre rapport sur la base de l'évaluation psychiatrique et psychothérapeutique et le suivi de M. C.\_\_\_\_\_ depuis le 21 décembre 2016, sur l'expertise pluridisciplinaire du 31 juillet 2017 qui nous est parvenue le 10 août 2017 par le biais de l'assurance K.\_\_\_\_\_, et sur une succincte évaluation neuropsychologique en langue portugaise. (...) En effet, M. C.\_\_\_\_\_ ne maîtrisant pas la langue française, une évaluation neurocognitive en français risquerait fortement d'être biaisée.",

vu l'écriture de l'intimé du 3 octobre 2017, dont la teneur est la suivante :

"Nous avons pris connaissance de l'écriture du conseil du recourant et de son annexe, le rapport médical établi en date du 30 août 2017 par le Centre de psychiatrie et psychothérapie des N.\_\_\_\_\_.  
A la lecture de ce rapport, nous constatons qu'une expertise pluridisciplinaire a eu lieu le 31 juillet 2017, a priori sur mandat de l'assurance K.\_\_\_\_\_, et que le recourant a bénéficié d'une évaluation neuropsychologique succincte en langue portugaise.  
Nous proposons à votre Cour de requérir la production de ces documents ainsi que des éventuelles autres pièces médicales versées au dossier de la K.\_\_\_\_\_.  
Nous nous déterminerons à réception de ces pièces."

vu la liste intermédiaire des opérations effectuées jusqu'au 31 décembre 2017, produite le 5 mars 2018 par le conseil du recourant,

vu les pièces du dossier;

**attendu que** les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS

830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]),

que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - comme c'est le cas 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),

que la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA,

que, dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD),

qu'en l'espèce, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévue par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable,

que l'art. 82 LPA-VD prévoit que l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé,

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

attendu que le litige porte sur le droit du recourant à une pleine rente d'invalidité non limitée dans le temps,

qu'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 (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI),

que les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA,

que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins, un taux d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demi-rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI);

attendu que pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes,

que la tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1),

qu'en outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013

*loc. cit.*, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2),

que l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux;

attendu que le recourant conteste la décision de l'OAI du 15 février 2017 qui retient que sa capacité de travail dans son activité habituelle de maçon est nulle mais qu'il dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de longues marches, pas de fréquentes marches en terrain irrégulier, pas de travaux à genoux, accroupi ou nécessitant de fréquentes gènesflexions, pas de fréquents escaliers ou échelles, pas de ports répétés de charges supérieures à 10-15 kg) depuis le 12 décembre 2012,

que le recourant, se prévalant d'une instruction médicale incomplète, requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire "et notamment au sein d'un Service d'addictologie, afin de faire la lumière sur l'incidence réelle de l'éthylisme du Recourant" (réplique du 14 septembre 2017),

que, dans son écriture du 17 octobre 2017, l'intimé, se référant à l'appréciation médicale du 30 août précédent de la Dresse Y.\_\_\_\_\_, a proposé que la Cour de céans requière la production du rapport d'expertise pluridisciplinaire diligenté par K.\_\_\_\_\_ (mentionné par la psychiatre traitante du recourant dans son rapport), ainsi que des éventuelles autres pièces médicales versées au dossier de l'assureur perte de gains;

attendu qu'en tout état de cause, en ce qui concerne la capacité de travail du recourant sur le plan somatique, il convient d'observer que l'intimé, respectivement le SMR (avis des 18 juin 2014, 2

décembre 2015 et 30 novembre 2016), se sont contentés de se référer au rapport final du médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) du 13 avril 2016 pour rendre la décision entreprise, sans se prononcer sur les avis divergents des spécialistes consultés, notamment celui du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 5 mars 2014 qui - revenant sur son évaluation du 12 décembre 2012, dans laquelle il estimait à 100 % la capacité de travail du recourant dans une activité de type bureau avec alternance de la position assise et debout (ou comme agent de sécurité ou chauffeur de taxi) - indiquait que "pour l'instant", la capacité de travail dans une activité adaptée était rendue impossible en raison des douleurs quotidiennes, ou encore celui du Dr F.\_\_\_\_\_, qui, le 24 novembre 2016, indiquait qu'une activité à temps partiel était théoriquement possible dans un contexte d'absence de travail de force et de nécessité de déplacement,

que, sur le plan psychiatrique, l'intimé, respectivement le SMR, n'a pas instruit plus avant l'état de santé psychique du recourant, quand bien même le psychiatre ayant examiné celui-ci lors de son séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) avait posé comme diagnostic un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2; consilium psychiatrique du 6 décembre 2012),

que la possible persistance de troubles psychiques susceptibles d'influencer la capacité de travail du recourant est confirmée par le rapport du 29 octobre 2016 que le Dr T.\_\_\_\_\_ a établi à la suite de la consultation en urgence du recourant et plus particulièrement par celui établi le 30 août 2017 par la psychiatre traitante du recourant, la Dresse Y.\_\_\_\_\_, laquelle posait comme diagnostics un épisode dépressif moyen (CIM-10 : F32.1) ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (CIM-10 : F10.1), existants depuis 2011, et attestait une incapacité de travail totale à compter de décembre 2016 en raison notamment de troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire et du langage, avec un ralentissement psychomoteur et des difficultés de compréhension, même dans sa langue maternelle,

qu'au vu du rapport de la Dresse Y.\_\_\_\_\_, dont les diagnostics, certes, divergent de celui posé par son confrère le Dr T.\_\_\_\_\_, les avis des 30 novembre 2016 et 1<sup>er</sup> juin 2017 du Dr R.\_\_\_\_\_ du SMR n'apparaissent pas convaincants pour exclure toute atteinte psychique invalidante, ce médecin, au demeurant non psychiatre, se contentant d'indiquer que le diagnostic posé par le Dr T.\_\_\_\_\_ ne saurait être retenu vu l'absence d'hospitalisation de l'intéressé et ses récentes vacances à l'étranger,

qu'on ignore si le rapport d'expertise pluridisciplinaire diligentée par l'assureur perte de gains K.\_\_\_\_\_ mentionne des atteintes à la santé susceptibles de modifier les conclusions de l'intimé sur le sort du recours,

qu'en l'état, l'instruction de la cause apparaît manifestement lacunaire (art. 82 LPA-VD), tant sur le plan somatique que psychiatrique, ce dont l'intimé convient implicitement dans son écriture du 17 octobre 2017 par laquelle il sollicite la production du rapport d'expertise pluridisciplinaire et de toutes autres pièces en mains de K.\_\_\_\_\_ aux fins de pouvoir se déterminer;

attendu que, conformément au principe inquisitoire inscrit à l'art. 43 LPGA régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, il appartient en premier chef à l'administration de se déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas donné,

que l'administration dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation,

que, dans l'hypothèse où elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi ou qu'il existe des doutes

sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5; TF I 906/05 arrêt du 23 janvier 2007 consid. 6),

que 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\_364/2007 arrêt du 19 novembre 2007 consid. 3.2);

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

qu'un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 2010 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5, 122 V 157 consid. 1d),

que, comme rappelé précédemment, il appartient en premier chef à l'OAI d'instruire la cause,

qu'en l'espèce, bien que le dossier renfermait des doutes quant à la capacité résiduelle de travail du recourant sur le plan somatique, l'intimé s'est contenté de se référer à l'appréciation médicale de la CNA, sans interpellier les spécialistes ayant émis des avis divergents (cf. avis divergents des Drs Z.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ notamment) ou entreprendre d'autres investigations,

qu'en présence d'indices indiquant la possible existence d'une atteinte psychiatrique avec influence sur la capacité de travail du recourant, l'intimé s'est abstenu d'instruire cette question,

que les faits ont donc été constatés sommairement par l'intimé, de sorte qu'il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'il mette

en œuvre un complément d'instruction, par la production du dossier médical auprès de K.\_\_\_\_\_, le cas échéant par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, ou par toutes autres mesures jugées utiles, notamment la production actualisée du dossier de la CNA, aux fins de déterminer précisément les atteintes que présente l'assuré, les limitations fonctionnelles qui en résultent ainsi que leur influence sur la capacité de travail du recourant, puis de rendre une nouvelle décision;

attendu que, le recours étant admis, les frais de justice (art. 61 let. a LPGA et 69 al. 1bis LAI), doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé qui succombe,

qu'obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 69 al. 1bis LAI),

que les dépens sont fixés à 2'800 fr. et couvrent intégralement l'indemnité qui pourrait être allouée à Me Vautier au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité le 15 février 2017 est annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, par 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 C. \_\_\_\_\_ la somme de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Muriel Vautier, avocate à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :