

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 juin 2015

Composition : M. NEU, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

X._____, à Vevey, recourant, représenté par Me Jean Orso, avocat à Genève,

et

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

Art. 43 et 44 LPGA ; art. 82 et 98 al. 1 let. b LPA-VD

En fait et en droit :

Vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, ferrailleur, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 25 juillet 2012, en raison d'atteintes à la colonne vertébrale,

vu le rapport du 22 août 2012 du Dr J._____, médecin traitant de l'assuré, dans lequel il a retenu les diagnostics de discopathies étagées, de sciatalgies et d'autres névralgies étagées, ce qui entraînait une incapacité de travail de l'ordre de 75 % dans l'activité habituelle,

vu le rapport du 3 décembre 2012 de ce même médecin, dans lequel il a précisé que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans une activité adaptée,

vu le rapport du Dr P._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 11 décembre 2012, reprenant les conclusions du Dr J._____ et mentionnant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 7.5 kg, pas de position statique assise au-delà de 30 min sans possibilité de varier les positions assise/debout, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur et pas de position statique debout immobile au-delà de 10 à 15 minutes,

vu la décision rendue le 19 février 2013, aux termes de laquelle l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures de reclassement, en raison d'un degré d'invalidité de 12.99 %, résultat de la comparaison entre le revenu de l'activité habituelle et celui d'une activité simple dans le secteur privé (production et services),

respectueuse des limitations fonctionnelles de l'assuré ; une aide au placement était par ailleurs octroyée,

vu le courrier envoyé par l'assuré à l'OAI le 24 juin 2013, dans lequel il a indiqué que son état de santé s'était aggravé et qu'il demandait à nouveau une rente d'invalidité,

vu la lettre de l'OAI du 27 juin 2013, informant l'assuré que son courrier du 24 juin 2013 était considéré comme une nouvelle demande,

vu le rapport du Dr J._____ du 8 juillet 2013, posant le diagnostic de polyarthrose évolutive avec évolution récente (apparition de fissurations méniscales internes grade 3 bilatérales, péjoration des coxalgies bilatérales et péjoration de l'omalgie droite) et concluant à une incapacité de travail totale dans l'activité de ferrailleur et de 50 % dans une activité adaptée,

vu le courrier de l'OAI du 24 juillet 2013, informant l'assuré du terme mis à la mesure d'aide au placement, l'intéressé n'ayant pas pu être réintégré sur le marché du travail dans un délai convenable,

vu le rapport du Dr J._____ du 23 décembre 2013, dans lequel il a indiqué qu'ensuite d'une arthroscopie bilatérale des genoux et d'une infiltration de l'épaule droite, le cas était stabilisé, avec cependant des douleurs alléguées par le patient au niveau du rachis et des ceintures, essentiellement liées à une polyinsertionite entrant dans le cadre d'une fibromyalgie, pour laquelle les conditions psychologiques et socio-économiques jouaient un rôle non négligeable, ces douleurs n'empêchant cependant aucunement la reprise d'une activité professionnelle adaptée ; une évaluation des capacités professionnelles et de l'employabilité de l'assuré était indispensable selon lui,

vu le rapport du 5 mars 2014 du Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a

retenu le diagnostic de dysplasie bilatérale de hanches avec lésion du bourrelet et conflit acétabulaire supérieur, l'évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles étant à voir avec le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel avait pris en charge l'assuré depuis le 16 janvier 2014 en vue d'une éventuelle opération,

vu l'avis médical du Dr F._____ du SMR du 21 mars 2014 constatant, sur la base des avis médicaux des médecins traitants, que la capacité de travail dans l'activité habituelle pouvait désormais être considérée comme nulle au vu des limitations fonctionnelles se rajoutant (épaule, hanche), mais qu'elle était entière dans une activité adaptée,

vu le projet de décision rendu par l'OAI le 25 mars 2014, rejetant la demande de prestations de l'assuré au motif que sa capacité de travail dans une activité adaptée était inchangée depuis la décision du 19 février 2013,

vu les observations adressées à l'OAI le 8 avril 2014 par l'assuré, lequel a mentionné une forte péjoration de son état de santé et annoncé deux opérations des hanches à venir les 12 juin et 16 juillet 2014,

vu le rapport du même jour du Dr J._____, dans lequel ce médecin a indiqué que l'état de son patient s'était péjoré depuis son rapport du 23 décembre 2013, précisant que l'indication chirurgicale d'une arthroscopie de hanche avait été posée par le Dr H._____, qui envisageait aussi la pose d'une prothèse de hanche bilatérale en cas d'échec de cette intervention ; une activité professionnelle à 100 % n'était plus envisageable et l'exercice d'une activité professionnelle adaptée à 50 % maximum, éventuellement une requalification professionnelle, ainsi qu'un complément de revenu par une rente d'invalidité lui semblaient justifiés,

vu l'avis médical du Dr F._____ du 25 avril 2014, dans lequel il a observé que le Dr J._____ n'argumentait pas la baisse de capacité de

travail dans une activité adaptée et que le SMR avait déjà pris en compte le fait qu'une intervention sur les hanches était programmée, le Dr F._____ constatant dès lors l'absence de nouveaux éléments permettant de s'écarter des conclusions de l'avis du 21 mars 2014,

vu la décision rendue le 8 mai 2014 par l'OAI, aux termes de laquelle il a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré, conformément à son projet du 25 mars 2014,

vu le recours formé le 11 juin 2014 contre cette décision par X._____, représenté par Me Jean Orso, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de ladite décision et, principalement, à la reconnaissance d'un degré d'invalidité minimum de 56.49 % (correspondant à la perte de gain entraînée par une activité à 50 % dans une activité simple dans le secteur privé) et à l'octroi d'une rente correspondante dès le 8 juillet 2013, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision,

vu également la requête du recourant d'un délai complémentaire afin de produire les pièces médicales liées aux opérations de ses hanches, ainsi qu'une expertise de la Dresse T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consultée pour différents maux d'ordre psychologique,

vu les protocoles opératoires des 12 juin et 24 juillet 2014 concernant les hanches du recourant, produits par ce dernier le 17 septembre 2014, ainsi que le courriel du Dr J._____ adressé au mandataire du recourant le 4 septembre 2014, dans lequel ce médecin a indiqué que la capacité de travail du recourant était diminuée depuis ces interventions et qu'une nouvelle évaluation par un chirurgien orthopédiste serait utile,

vu la réponse de l'intimé du 23 septembre 2014, proposant le rejet du recours et le maintien de la décision querellée,

vu la réplique du recourant du 17 octobre 2014, requérant qu'une expertise soit demandée à la Dresse T._____, ainsi que l'audition de divers médecins,

vu les pièces produites par le recourant le 14 novembre 2014, parmi lesquelles figure un rapport du 16 octobre 2014 de la Dresse T._____, laquelle suivait le recourant depuis le 9 mai 2014 et avait retenu un trouble anxieux et dépressif, qui s'était aggravé après la deuxième intervention sur les hanches, le diagnostic correspondant à la symptomatologie étant alors un état dépressif, moyen versus sévère, avec des éléments psychotiques,

vu le rapport du Dr J._____ du 17 novembre 2014 contre-indiquant toute activité professionnelle jusqu'à nouvel ordre, en raison de troubles graves et multiples de l'appareil locomoteur,

vu la duplique de l'intimé du 27 novembre 2014, formulée après consultation du Dr F._____, par laquelle l'intimé a déclaré confirmer ses conclusions,

vu l'écriture du recourant du 26 février 2015, par laquelle il a déclaré prendre « les conclusions alternatives suivantes :

1. Enjoindre l'Office AI de mettre sur pied une expertise indépendante pluridisciplinaire afin d'évaluer [s]a capacité [...] et les traitements thérapeutiques nécessaires.
2. Le Tribunal ordonne la mise sur pied d'une expertise indépendante pluridisciplinaire afin d'évaluer [s]a capacité [...] et les traitements thérapeutiques nécessaires. »

vu les pièces produites par le recourant en annexe à cette écriture, dont deux rapports médicaux de la Fondation L._____ faisant suite à des hospitalisations, le premier établi le 24 novembre 2014 et posant les diagnostics d'état dépressif sévère avec symptômes

psychotiques et de trouble somatoforme sans précision, le second établi 27 février 2015 et décrivant une symptomatologie psychique présente probablement depuis trois ans, avec une tendance à la chronicisation,

vu l'écriture du recourant du 2 mars 2015, par laquelle il a confirmé sa requête d'expertise et produit un rapport d'ergothérapie du 16 février 2015,

vu l'avis médical rendu le 20 mars 2015 par le Dr F._____, dans lequel il a retenu que, bien que peu ou pas mentionnée jusqu'alors, la problématique psychiatrique avait pu réduire la capacité de travail du recourant avant que la décision attaquée ne soit rendue,

vu l'écriture du 1^{er} avril 2015, par laquelle l'intimé se rallie en substance à l'avis précité du SMR et reconnaît ainsi la nécessité de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique,

vu l'écriture du 1^{er} mai 2015, dans laquelle le recourant prend acte du fait que l'intimé convient désormais de la nécessité de mettre en œuvre une expertise indépendante pluridisciplinaire, et déclare persister dans ses allégués en fait et en droit et renouveler les conclusions prises dans son recours, ainsi que dans le complément du 26 février 2015, en particulier la demande de mise sur pied de l'expertise indépendante pluridisciplinaire,

vu les pièces au dossier ;

attendu que le recours, formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), est pour le surplus recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA) ;

attendu qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), 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 (al. 1) et que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2) ;

attendu que, selon l'art. 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur - en l'occurrence l'OAI - examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin,

qu'il peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (art. 44 LPGA),

que, dans son écriture du 1^{er} avril 2015, l'intimé, se ralliant en cela à l'avis de son SMR, convient de la nécessité de diligenter une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique,

qu'il rejoint dans ce sens le point de vue émis par le recourant,

qu'il s'agit, par cette mesure, le cas échéant par toute autre mesure idoine, de reprendre l'instruction de la demande, dès lors que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète sur le plan médical (art. 98 al. 1 let. b LPA-VD),

que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 43 al. 1 et 2 LPGA, 57 al. 1 let. f LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20] et 69 [RAI règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201] ; cf. aussi TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et les références citées),

que, selon la jurisprudence, il appartient à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal qui constate qu'une instruction

est nécessaire, de mettre en principe en œuvre elle-même une expertise (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence),

qu'un renvoi à l'administration est néanmoins possible 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 (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence),

que tel est le cas en l'espèce,

que le recours se révèle ainsi bien fondé,

que la décision entreprise du 8 mai 2014 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il statue à nouveau, après avoir complété l'instruction sur le plan médical, par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique, conformément à la procédure prévue par l'art. 44 LPGA ;

attendu que le recourant obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire autorisé, de sorte qu'il peut prétendre à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA),

que, vu l'ampleur du litige et de l'échange d'écritures, celle-ci doit être arrêtée à 2'000 fr. (art. 7 TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]) et mise à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD),

qu'au surplus, débouté, l'intimé supportera les frais de la cause fixés 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 8 mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. _____ une équitable indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV. Les frais de justice à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean Orso, avocat (pour X. _____),
- 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).

La greffière :