

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 octobre 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffière : Mme Laurency

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, au [...], recourant, représenté par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, a travaillé comme acrobate et artiste de cirque. A partir du 1^{er} septembre 2005, il a été engagé en qualité d'enseignant auprès de l'Association Cirque R. _____.

b) L'assuré a déposé une première demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 8 août 2007, invoquant une lésion ligamentaire du poignet droit associée à un état maladif d'hyperlaxité et à des sollicitations mécaniques répétées.

Par décision du 9 novembre 2009, l'OAI a nié le droit aux prestations, l'assuré disposant d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

c) L'assuré a repris le travail comme enseignant à l'école de cirque R. _____ à partir du 1^{er} septembre 2012 jusqu'au 31 août 2014. Il émerge depuis lors à l'aide sociale.

d) L'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI le 9 octobre 2014, faisant état de douleurs chroniques au dos depuis environ deux ans. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements notamment auprès du Dr F. _____, médecin praticien, qui a posé les diagnostics incapacitants d'état anxio-dépressif réactionnel et de lombo-pygalgies dans le contexte d'une hypermobilité articulaire et d'une discrète atteinte facettaire (rapport du 24 octobre 2014).

Eu égard aux atteintes à la santé présentées par l'assuré et aux limitations qui en résultaient dans un métier dans le domaine de l'acrobatie (avis du 25 août 2015 du Service médical régional de l'OAI [ci-après : le SMR]), l'OAI a mis en œuvre une mesure de réinsertion, sous

forme d'un entraînement à l'endurance, mesure qui s'est déroulée du 7 décembre 2015 au 4 mars 2016.

Aux termes d'un rapport du 3 juin 2016, la Dre Q._____ a indiqué que les douleurs de l'assuré avaient augmenté à la suite de la mesure. Ce médecin a noté une fatigue généralisée et une déception par rapport à l'échec du projet de réinsertion. Une nouvelle mesure aurait empiré l'état clinique de l'assuré.

Un examen clinique rhumatologique a été mis en œuvre auprès du SMR. Il ressort du rapport du 19 juillet 2017 du Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, que l'assuré présentait comme diagnostic principal incapacitant un syndrome d'hypermobilité articulaire dans le cadre d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. La capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée depuis le 10 mars 2014.

Par projet de décision du 25 juin 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui allouer un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2015.

L'assuré s'est opposé à ce projet et a produit différents rapports médicaux, dont celui du 11 octobre 2018 du Dr G._____, médecin traitant et praticien, estimant à 20 % la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, et celui du 20 novembre 2018 de la Dre N._____, spécialiste en médecine interne générale, retenant le diagnostic incapacitant d'état anxio-dépressif, avec peine à initier des activités, anhédonie, rumination, biais négatifs d'interprétation ainsi que dans la mémoire et la pensée prospective.

Après avoir soumis le dossier au SMR (avis du 21 janvier 2019), l'OAI a, par décision du 20 février 2019, confirmé l'octroi d'un quart de rente à l'assuré.

B. Par acte du 25 mars 2019, B._____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur le plan psychiatrique et nouvelle décision. En substance, l'assuré a contesté le degré d'invalidité, reprochant à l'OAI de ne pas avoir instruit la cause sur le plan psychiatrique.

Dans sa réponse du 27 mai 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a expliqué ne pas voir quels indices au dossier auraient rendu fondamentale la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, qui n'était pas légitime au vu des circonstances.

Répliquant le 18 juin 2019, l'assuré a réitéré ses arguments.

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 le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation. A la lumière du contenu du mémoire de recours, le litige porte plus

précisément sur la question de savoir si le recourant présente également une incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

3. 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). 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) 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) En l'espèce, la Cour de céans constate que plusieurs médecins ont mentionné au cours de la procédure administrative la présence de symptômes de la lignée anxio-dépressive. En effet, le Dr T._____ relève que le Dr F._____ suspectait à juste titre un état dépressif du fait de la non-réponse au traitement usuel du trouble somatique (rapport du 14 mai 2014). Le Dr T._____ pose ensuite notamment le diagnostic incapacitant d'état dépressif probable depuis juin 2012, proposant un bilan psychiatrique (rapport du 27 octobre 2014). Le Dr F._____ retient un état anxio-dépressif réactionnel. Ce médecin mentionne l'installation d'un état de tristesse et l'apparition de problèmes sur le plan psychique ; un traitement de Cymbalta avait été proposé, mais non pris, et le recourant avait été adressé à un psychiatre par le médecin traitant. Une activité adaptée était exigible selon le Dr F._____ si la situation sur le plan psychique était stabilisée (rapport du 24 octobre 2014). Le Dr X._____, médecin praticien, met en évidence un état général et psychologique fatigué ; le passé médical pathologique de la colonne vertébrale dans son ensemble, ainsi que la résistance aux différents traitements nombreux et complexes, avaient eu un effet négatif évident sur le moral du recourant (rapport du 24 juillet 2015). Les Drs L._____, spécialiste en rhumatologie, et H._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, retiennent pour leur part, à titre de diagnostic secondaire, un état dépressif ; ils décrivent une fatigue

chronique, un sommeil non réparateur depuis environ deux ans, des difficultés de concentration et une baisse significative du moral pour laquelle le recourant n'avait pas de suivi psychiatrique (rapport du 26 octobre 2016). Quant à la Dre N._____, elle mentionne le diagnostic incapacitant d'état anxio-dépressif, sans quantifier toutefois l'incapacité de travail qui en résulte (rapport du 20 novembre 2018). Selon ce médecin, le recourant estimait durant son suivi (interrompu depuis le 4 octobre 2017) qu'il n'était pas en position de recevoir un soutien ou une prise en charge spécifique. Elle n'avait cependant pas d'information sur l'état de santé actuel du recourant. Lors du dernier entretien, la capacité de travail lui paraissait toutefois nulle au vu d'un état général diminué et des pathologies présentées (syndrome d'Ehlers-Danlos et état anxio-dépressif).

b) Cela étant, le Dr G._____, médecin traitant actuel du recourant, indique, dans son rapport du 11 octobre 2018, qu'il n'avait volontairement pas retenu de syndrome psychologique dans la capacité de travail du recourant. En dépit du fait qu'aucune expertise psychiatrique n'avait été effectuée, les éléments anamnestiques passés et actuels montraient des éléments anxieux dans la personnalité du recourant, sans toutefois rentrer dans le cadre d'une névrose limitante, et encore moins d'un trouble de l'humeur. De même, le Dr D._____, s'il a fait état de hauts et de bas dans le moral du recourant, n'a pas jugé nécessaire de faire investiguer plus avant la sphère psychique. Ce médecin retient que les problèmes de santé du recourant impactaient sur sa vie et sur son moral. Il était parfois triste et il pouvait lui arriver de pleurer tout seul en cas de douleurs intenses, ainsi qu'en raison de ses problèmes sociaux (perte d'emploi, de domicile et de sa relation amoureuse). Il avait eu auparavant des idées noires, mais il n'en présentait plus. Il n'avait jamais eu d'idées suicidaires (p. 11 de l'examen clinique rhumatologique du 19 juillet 2017). Le recourant disposait de ressources mobilisables. Il était bien soutenu par sa famille et ses amis qui l'avaient hébergé lorsqu'il n'avait pas d'appartement. Sa mère lui faisait par ailleurs sa lessive. Il avait une bonne aptitude à la communication (p. 12). De façon plus générale, le recourant n'a, tout au long des années qu'a duré l'instruction

de sa demande de prestations, jamais pris de médication spécifique ni fait l'objet d'un suivi psychiatrique spécialisé (rapports du 24 octobre 2014 du Dr F. _____ ; du 26 octobre 2016 des Drs L. _____ et H. _____). Au surplus, il ne ressort pas des différentes notes d'entretien établies dans le cadre de la mesure de réinsertion allouée au recourant sous la forme d'un entraînement à l'endurance qu'il avait été gêné dans le cadre de la mesure par des limitations de nature psychiatrique. En effet, le recourant disait apprécier la mesure proposée, mise à part l'aspect négatif concernant son état de santé (note d'entretien du 8 janvier 2016). Il a ajouté lors de l'entretien du 5 février 2016 que l'atelier lui faisait du bien au moral.

c) Forts de ces éléments, l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en renonçant à investiguer plus avant la question de savoir si le recourant présentait une incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

5. Dans la mesure où le recourant ne conteste pas, sur le plan somatique, la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, ni l'abattement de 10 %, ni les montants retenus pour la comparaison des revenus, il n'y a pas lieu de s'écarter du jugement entrepris. Il s'ensuit qu'en présence d'un préjudice économique de 39,69 %, le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité.

6. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 20 février 2019 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code

fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Par décision du juge instructeur du 29 avril 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 mars 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Karim Hichri. Ce dernier n'ayant pas déposé de liste des opérations dans le délai imparti, l'indemnité sera arrêtée à 8 heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit 1'440 fr., débours par 100 fr. (art. 3 al. 3 RAJ) et TVA au taux de 7,7 % en sus, soit un montant total arrondi de 1'800 fr. pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** décision rendue le 20 février 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Karim Hichri, conseil du recourant, est arrêtée à 1'800 fr. (mille huit cents francs), débours et TVA inclus.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (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).

La greffière :