

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 août 2018

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
MM. Métral, juge, et Reinberg, assesseur  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

A. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante,

et

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

et

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], tiers intéressé, représenté par Me Karim Hichri, avocat  
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne.

---

**Art. 29 Cst. ; art. 17 al. 1, 43 al. 1 et 49 al. 4 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le tiers intéressé), né en [...], marié et père de deux filles majeures, droitier, a commencé à travailler en Suisse en [...] auprès de diverses entreprises. Il a ensuite œuvré comme indépendant de [...] à [...], année durant laquelle il a aussi travaillé pour le compte de C. \_\_\_\_\_ SA. Le [...], il a été engagé par D. \_\_\_\_\_ SA comme tailleur de pierres et paveur à plein temps. Le [...], l'employeur a demandé l'affiliation de l'assuré auprès de A. \_\_\_\_\_ (initialement : A. \_\_\_\_\_ ; ci-après également : la fondation ou la recourante), en sa qualité de paveur - aide jardinier, au taux de 100 % pour un salaire AVS annuel de 70'200 francs.

A l'automne 2005, l'assuré a commencé à présenter des douleurs au niveau de son épaule et de son bras droits.

Les conclusions du rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite du 28 novembre 2005 du Dr E. \_\_\_\_\_, radiologue, étaient les suivantes :

« Déchirure très distale du tendon sus-épineux significative mais encore partielle, d'orientation transverse, touchant la moitié humérale de ce tendon sur une petite partie de sa section. Légère bursite sous-acromio-deltoïdienne. Acromion de type II avec hypertrophie synoviale potentiellement génératrice d'un conflit. Aspect hyperintense de l'os médullaire de l'omoplate mais correspondant encore à de la moelle rouge. »

La Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté le 9 décembre 2005 que les radiographies ne montraient rien de spécial, l'IRM révélant une petite tendinite chronique du sus-épineux avec une microfissure de la face articulaire non transfixiante. La Dresse F. \_\_\_\_\_ préconisait la reprise d'activité, toutefois pas dans l'activité de paveur, estimant une annonce à l'assurance-invalidité pour un reclassement indispensable.

Le 26 septembre 2006, l'employeur a annoncé un cas d'incapacité de travail dépassant trois mois à A.\_\_\_\_\_, avec un début d'incapacité au 23 novembre 2005.

Dans son rapport à la Dresse F.\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2006, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a indiqué que l'assuré souffrait du membre supérieur droit avec un conflit sous-acromial. Il y avait également des douleurs musculotendineuses distalement.

Le 30 novembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office pour l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une atteinte à l'épaule droite et au membre supérieur droit existant depuis trois à quatre ans.

Dans son rapport à l'OAI du 27 décembre 2006, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité de paveur depuis le 8 juin 2006, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée (surveillance, manipulation de petites pièces, vente), et ce dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Le 28 décembre 2006, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de douleurs du membre supérieur droit avec tendo-myogéloses étagées et conflit sous-acromial de l'épaule droite. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis le 8 juin 2006, des mesures professionnelles étant indiquées.

Dans son rapport à l'OAI du 31 janvier 2007, la Dresse F.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail une polyinsertionite et une tendinopathie du sus-épineux, estimant des mesures professionnelles indiquées, dans la mesure où l'assuré était selon elle apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée, ne comportant pas du martelage à longueur de journée ou des travaux répétitifs en hauteur.

Le 23 février 2007, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant de mars 1997 à juin 2006, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de tendinite distale du tendon sus-épineux droit avec bursite accro-deltaïdienne droite dès novembre 2005.

Dans un courrier du 29 mars 2006 [recte : 2007], le Dr G.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que son patient souffrait de douleurs du membre supérieur droit en relation avec un conflit sous acromial pour lequel l'indication opératoire n'avait pas été retenue. Après une incapacité de travail de huit mois environ comme paveur, il avait repris cette même activité, la situation s'étant lentement améliorée. Dès la reprise du travail toutefois, les douleurs réapparaissaient et la situation risquait de se détériorer, si bien que le Dr G.\_\_\_\_\_ redemandait des mesures professionnelles pour cet assuré.

Dans un rapport final du 11 septembre 2007, l'OAI a relevé que l'assuré l'avait informé qu'il travaillait dans son activité habituelle, soit en tant que paveur, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2007 à 100 % pour le compte de l'entreprise C.\_\_\_\_\_ SA, pour un revenu annuel de 76'700 fr., et ne souhaitait plus bénéficier des prestations de l'AI. L'OAI estimait toutefois que l'activité n'était pas adaptée, se référant à l'avis de la Commission d'examen préliminaire (CEP) du 9 juillet 2007.

Le 26 mai 2008, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il était à nouveau à l'arrêt de travail « pour les mêmes raisons médicales que précédemment », demandant que son dossier soit repris.

Dans son rapport à l'OAI du 27 juin 2008, le Dr G.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des cervicobrachialgies ainsi qu'un conflit sous-acromial et une tendinopathie de l'épaule droite. Pour ce médecin, dans l'activité habituelle de paveur, la capacité de travail était nulle depuis le 15 mai 2005, pour une durée indéterminée. Une activité adaptée était exigible, les travaux avec les bras au-dessus de la tête, les soulèvements loin du corps et le port de charges de plus de 10 kilos devant être évités.

Le 17 novembre 2008, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en angiologie, s'est adressé à l'OAI pour lui indiquer que, constatant les douleurs importantes et bilatérales à la mobilisation des membres supérieurs, il s'inquiétait de savoir quelle activité pourrait être possible et raisonnablement exigible de la part de son patient dans le contexte clinique global.

Le 23 décembre 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il prendrait en charge les frais d'un stage d'observation au centre AC.\_\_\_\_\_, (ci-après : AC.\_\_\_\_\_), à Morges, pour une durée de trois mois.

L'assuré a effectué un stage du 9 novembre 2009 au 23 février 2010, durant lequel il a été présent à 100 %. Selon le rapport AIP (atelier d'intégration professionnelle) du 24 février 2010, son comportement au travail avait été exemplaire. Sur le plan physique, il ne s'était plaint durant ces trois mois que lors de son module en électricité, car les bras en l'air lui provoquaient des douleurs. Dans les autres modules, il avait su gérer les positions de travail.

Le 22 février 2010, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il prendrait en charge les coûts d'une préformation pratique et théorique de mécapratricien auprès du centre AC.\_\_\_\_\_ du 13 février au 9 août 2010, mesure qui a été prolongée avec la prise en charge de son apprentissage de mécanicien de production auprès du centre AC.\_\_\_\_\_, du 9 août 2010 au 31 juillet 2011 (cf. communication du 9 juin 2010). L'assuré a présenté une incapacité, en raison d'un accident, à compter du 28 mars 2010. Selon la déclaration de sinistre du 6 avril 2010 adressée par l'AC.\_\_\_\_\_ à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), il avait glissé dans la rivière en pêchant et avait subi une contusion du genou droit.

Le 7 mai 2010, un collaborateur de l'AC.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI par téléphone que l'assuré allait se faire opérer le 7 mai 2010 de deux hernies inguinales. Le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin assistant à l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_ Q.\_\_\_\_\_, a attesté une incapacité de travail totale du 7 mai au

4 juin 2010. Le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a ensuite attesté une incapacité de travail à 50 % du 5 au 18 juin 2010. L'assuré a à nouveau présenté une incapacité de travail totale du 25 juin au 30 septembre 2010.

Dans un courriel à l'OAI du 1<sup>er</sup> décembre 2010, un répondant de l'AC.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait débuté le 9 août 2010 un apprentissage de mécanicien de production à l'atelier mécanique ; son état de santé s'améliorait et il déclarait moins souffrir qu'au début. Son genou gauche lui occasionnait des douleurs de temps à autre, mais de moins en moins fréquemment. Au niveau technique pratique, l'assuré réussissait les exercices et ses résultats étaient corrects.

Un répondant de l'AC.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI par téléphone du 15 mars 2011 que l'assuré était en incapacité de travail depuis le jour précédent à la suite d'une réaction allergique, dont la cause devrait être déterminée par des examens. L'assuré a été en incapacité de travail totale dès le 14 mars 2011, puis à 50 % dès le 19 mai 2011, et à 0 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2011.

Le 5 avril 2011, l'assuré a subi une arthro-IRM de l'épaule droite. Dans son rapport du même jour, le radiologue L.\_\_\_\_\_ a conclu à la présence d'une tendinopathie du sus-épineux sans franche déchirure et a constaté la présence d'un espace sous-acromial légèrement diminué.

Par avis médical du 13 avril 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a constaté qu'était apparue début 2011 une dermatite de contact, en réservant des investigations complémentaires.

Le 24 mai 2011, à l'occasion d'un entretien téléphonique avec l'OAI, un représentant du centre AC.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré était toujours en incapacité « pour son problème de genou G [gauche] », pour lequel il venait de subir une nouvelle intervention. Il a précisé qu'il n'était pas possible de poursuivre la formation en évitant tout contact avec le produit à l'origine de la réaction cutanée.

Le 17 juin 2011, un représentant de l'AC.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'assuré se ferait opérer du deuxième genou le 22 juillet 2011, et qu'il devait encore subir des examens dermatologiques.

Dans son rapport à l'OAI du 30 juin 2011, le directeur du centre AC.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait été décidé avec le maître principal de l'école professionnelle que l'assuré redouble sa première année d'apprentissage. L'intéressé, même s'il alternait les positions debout/assise, se plaignait toujours de douleurs aux genoux et à l'épaule, ces dernières l'empêchant de se concentrer dans son travail et occasionnant de nombreuses absences. L'assuré demeurait motivé, même si sa progression était lente.

L'assuré a repris sa formation à l'AC.\_\_\_\_\_ le 8 août 2011, mais ne pouvait rester debout en raison de ses douleurs au genou à la suite de l'opération (cf. service de réadaptation de l'AI [ci-après : la REA] proposition/Bilan de mesure du 11 août 2011).

L'assuré a été en arrêt de travail à compter du 8 septembre 2011.

La note de suivi de la REA du 10 octobre 2011, rédigée à la suite de l'entretien téléphonique d'un représentant de l'OAI avec le Dr K.\_\_\_\_\_, a notamment la teneur suivante :

« Je lui explique que M. B.\_\_\_\_\_ semble épuisé tant moralement que physiquement, il est selon ses dires "vraiment au bout du rouleau".

Le Dr K.\_\_\_\_\_ me confirme que plus on insiste dans les mesures de réadaptation plus son état se dégrade. Il sait que M. B.\_\_\_\_\_ est très motivé mais il n'est plus apte à suivre des mesures actuellement étant donné tous les éléments nouveaux survenus depuis une année et la dégradation de son moral.

Le Dr K.\_\_\_\_\_ me dit également qu'il va l'adresser à un collègue psychiatre pour mettre en place un suivi rapidement. »

Le 12 octobre 2011, le Dr K.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'état de son patient semblait s'aggraver depuis quelques mois, avec

notamment le développement d'un état dépressif et l'exacerbation des douleurs articulaires, malgré une prise en charge chirurgicale (il avait subi une arthroscopie des deux genoux, en mai et juillet 2011). Un traitement antidépresseur avait été introduit. Il n'était donc plus à même de poursuivre son stage de reconversion professionnelle, étant en incapacité de travail totale à compter du 8 septembre 2011.

Par avis médical du 24 octobre 2011, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR a constaté que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle de tailleur de pierres. En outre, depuis le 30 août 2011, l'assuré ne disposait plus d'aucune capacité de travail ou de reclassement, et ce probablement jusqu'à la fin de l'année 2011. Le médecin a encore relevé que l'assuré, en processus de reclassement comme mécanicien de production sur la base d'une atteinte de l'épaule, processus qui se passait bien, avait rencontré en début 2011 des problèmes dermatologiques, et subi en mai et juillet 2011 deux arthroscopies. Depuis cette date, il continuait à avoir mal et son moral était atteint. La situation n'étant pas stabilisée selon le Dr M. \_\_\_\_\_, il convenait de réinterroger le Dr K. \_\_\_\_\_ et le psychiatre traitant début 2012.

Le 8 novembre 2011, le Dr N. \_\_\_\_\_ et la Dresse O. \_\_\_\_\_ du Service de dermatologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier P. \_\_\_\_\_), qui avaient examiné l'assuré le 22 août 2011, ont diagnostiqué un syndrome d'hyperréagibilité cutané ainsi qu'un eczéma de contact irritatif sur xérose cutanée dans un contexte atopique.

Selon le rapport final de la REA du 16 novembre 2011, l'assuré avait rencontré dès début 2011 un problème dermatologique, puis avait subi entre mai et juillet 2011 deux arthroscopies des genoux à la suite d'un accident. Son moral était atteint par ses problèmes, si bien que son médecin traitant était d'avis que la mesure ne pouvait pas être poursuivie, une prise en charge psychiatrique ayant été instaurée.

Dans son rapport final du 12 décembre 2011, le directeur du centre AC. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré n'avait pas réalisé de résultats

théoriques durant sa première année de formation atteignant le niveau suffisant, ce qui avait conduit à la décision qu'il redouble la première année. Toutefois, depuis le mois d'août 2011, en raison de ses nombreuses absences, il n'avait pas suffisamment suivi les cours théoriques pour pouvoir être évalué de manière objective. En fin de deuxième semestre 2011, il avait en outre été constaté que l'assuré était allergique au liquide de refroidissement utilisé pour l'usinage des pièces mécaniques. La mauvaise santé de l'assuré l'empêchait de poursuivre la mesure, et il avait quitté le centre AC. \_\_\_\_\_ le 31 octobre 2011.

Le 14 février 2012, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté une déchirure du tendon sus-épineux de l'épaule droite à l'arthro-IRM du 5 avril 2011. Il fallait toutefois refaire cet examen pour s'assurer que le tendon était toujours réparable.

Dans son rapport à l'OAI du 20 février 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité d'épisode dépressif +/- trouble anxieux (à confirmer par psychiatre), de chondropathie rotulienne bilatérale, d'eczéma de contact irritatif sur xérose cutanée dans contexte atopique, de syndrome d'hyper-réagibilité cutané (Angry back), de déchirure intra-tendineuse probablement transfixiante du tendon sus-épineux de l'épaule droite et de cervicalgies et scapulalgies bilatérales prédominant du côté droit sur tendomyosite des membres supérieurs. L'assuré avait subi une arthroscopie du genou droit le 5 mai 2011 avec méniscectomie interne partielle et une arthroscopie du genou gauche le 21 juillet 2011 avec méniscectomie partielle également. Malgré cela, il présentait toujours des gonalgies bilatérales, probablement dans le contexte d'une chondropathie rotulienne. Il avait également toujours d'importantes douleurs au niveau de l'épaule droite, l'empêchant de mobiliser ladite épaule de façon complète. Le Dr R. \_\_\_\_\_ proposait à cet égard une chirurgie réparatrice. Du point de vue psychique, l'évolution avait été marquée par un important épisode dépressif depuis le mois de septembre 2011, avec actuellement une évolution semblant favorable

sous traitement anti-dépresseur. Vu le problème dermatologique, l'activité de mécanicien de production n'était plus envisageable.

L'assuré a subi une nouvelle arthro-IRM de l'épaule droite le 21 février 2012. Dans son rapport du 23 février 2012, la radiologue S. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

« On retrouve un impingement syndrome. Légère omarthrose. Phénomènes inflammatoires acromio-claviculaires. Chondropathie gléno-humérale. Vraisemblables petites calcifications à l'insertion du tendon sus-épineux avec tendinopathie distale. Pas de signe de déchirure transfixiante. »

Par rapport du 28 février 2012 au Dr K. \_\_\_\_\_, le Dr R. \_\_\_\_\_ a constaté que l'arthro-IRM effectuée montrait une déchirure du tendon sus-épineux de l'épaule droite, sans rétractation ou atrophie, qui était tout à fait réparable.

Le frère de l'assuré est décédé le 8 avril 2012.

Le 10 juillet 2012, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assuré depuis le 26 octobre 2011, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un trouble dissociatif sans précision, existant depuis 2005 (F44.9), un trouble de la personnalité dépendante existant depuis l'adolescence (F60.7), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), ainsi qu'un trouble panique (F41.0), les deux dernières atteintes existant depuis 1974 (date du décès accidentel du père de l'assuré). Le psychiatre a estimé que l'incapacité de travail était totale.

L'OAI a confié un mandat d'expertise psychiatrique de l'assuré au Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 20 décembre 2012. Ce spécialiste a retenu comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement utilisation épisodique, s'agissant d'une dépendance éthylique primaire évoluant depuis plusieurs décades (F10.26) ; sans effet sur la capacité de

travail, il a retenu des épisodes dépressifs moyens à légers récurrents, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission, évoluant depuis 2011 (F33.11) (F33.4), des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs évoluant depuis 2005/2006 (F54) et un trouble de la personnalité dépendante, actuellement non décompensé évoluant depuis le début de l'âge adulte (F60.7). L'expert n'a retenu que des limitations fonctionnelles liées aux abus éthyliques épisodiques, ainsi que les limitations présentées en lien avec deux épisodes dépressifs observés en 2011 et 2012 (de six mois chacun). Toutefois, du point de vue médico-théorique purement psychiatrique, une activité à 100 % était exigible dans la dernière activité professionnelle, une baisse de rendement de l'ordre de 20 % pouvant être envisagée durant les prochains mois, en raison d'un important déconditionnement et d'une fragilité psychique de l'assuré, qui n'était pas actuellement au bénéfice de doses sanguines efficaces d'un traitement antidépresseur.

Le 11 janvier 2013, le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de paveur-tailleur de pierres, ainsi que dans celle de mécanicien de précision. Il existait en revanche une pleine exigibilité dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement pendant quelques mois (3-4) de 20 %, depuis août 2012. Les limitations fonctionnelles étaient liées à la pathologie de l'épaule et à l'allergie de contact aux huiles minérales.

Le 20 mars 2013, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR a réinterpellé le Dr K. \_\_\_\_\_ sur l'évolution de la situation depuis son rapport du 20 février 2012.

Le 3 avril 2013, le Dr K. \_\_\_\_\_ a répondu à l'OAI que son patient était toujours en incapacité de travail totale à 100 % pour diverses raisons, mais notamment en raison des douleurs au niveau de son épaule droite liées à une lésion de la coiffe des rotateurs. A l'examen du 28 janvier 2013, l'épaule droite était fortement limitée ; il existait également une asymétrie de la musculature des trapèzes avec une amyotrophie du

côté droit. Le patient semblait actuellement ne plus se plaindre de ses genoux. Pour le Dr K.\_\_\_\_\_, la seule affection pouvant influencer négativement la capacité de travail était le problème lié à l'épaule droite. La capacité de travail restait nulle dans l'activité habituelle. En revanche, la capacité à suivre des mesures de reclassement était de 100 % dans une activité adaptée, pour autant que l'assuré ne soit pas en contact avec certains produits susceptibles de déclencher une allergie cutanée.

Le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre hospitalier P.\_\_\_\_\_, a examiné l'assuré le 4 octobre 2013. Dans son rapport du 9 octobre 2013, il a relevé que les problèmes de l'assuré à l'épaule droite remontaient à 2005, lorsque la Dresse F.\_\_\_\_\_ mettait déjà en évidence une petite tendinite du sus-épineux avec début de déconditionnement de l'épaule droite sous la forme de cervico-brachialgies droites. Depuis cette date, les choses étaient allées « de mal en pis. » La situation au niveau de l'épaule n'avait fait qu'empirer. Lors de son examen, le Dr W.\_\_\_\_\_ avait été frappé par le fait que l'assuré ne mobilisait pas du tout son épaule droite, le bras restant ballant le long du corps. Constatant une ptose de l'ensemble de la ceinture scapulaire droite avec un déconditionnement global du membre supérieur, il a adressé le patient à la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation au Centre hospitalier P.\_\_\_\_\_, pour bilan, en relevant qu'il était « évident » qu'aucune indication chirurgicale n'était pour l'heure retenue.

Le 15 octobre 2013, le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que l'atteinte de l'épaule droite s'était aggravée, avec une rupture tendineuse, qui constituait une indication opératoire, en maintenant que, depuis le 8 juin 2006, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (toute activité qui sollicitait l'épaule droite autrement que légèrement ; travail avec les membres supérieurs plus haut que les épaules, port de charges lourdes avec le membre supérieur droit, contact avec les huiles de perçage, travaux avec les mains souvent dans l'eau).

Le 11 novembre 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que depuis le mois d'avril 2013, la situation de son patient se dégradait progressivement, tant du point de vue somatique que psychologique. Il présentait d'importantes cervico-brachialgies droites associées à un déconditionnement complet du membre supérieur droit, pour lesquels aucune intervention chirurgicale n'était envisageable, selon une récente évaluation par le Prof. AB.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le traitement psychiatrique avait dû être intensifié.

Le 13 novembre 2013, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a adressé au Dr K.\_\_\_\_\_ un rapport dans lequel elle a notamment relevé que l'assuré avait dû arrêter sa formation à l'AC.\_\_\_\_\_ en raison de douleurs importantes au niveau de l'épaule et des limitations fonctionnelles l'empêchant d'effectuer des activités même minimales (sic). Depuis 2011, l'assuré avait revu les orthopédistes du Centre hospitalier P.\_\_\_\_\_ qui pensaient initialement procéder à une suture chirurgicale du tendon déchiré, geste qui n'avait pas été retenu. Elle a estimé que l'assuré présentait une omarthrose, un impingement syndrome avec arthrose acromio-claviculaire, ostéophytose acromiale et épanchement intra-articulaire, une chondropathie gléno-humérale ainsi qu'une tendinopathie du tendon sus-épineux avec notion de déchirure transfixiante sur les IRM de 2005 et 2006. Pour la Dresse X.\_\_\_\_\_, le cas du demandeur était un échec thérapeutique. Vu son état psychologique et les multiples lésions au niveau de l'épaule, il était illusoire de penser qu'une chirurgie pourrait améliorer sa qualité de vie ou sa capacité de travail. Après plusieurs années d'inactivité et une souffrance physique et psychique encore présente, il était inapte selon elle à toute reprise de travail, même dans une activité légère, voire sédentaire (patient droitier avec pathologie ostéo-articulaire et tendineuse au niveau du membre supérieur droit).

Le 20 novembre 2013, le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR a relevé ce qui suit :

« Depuis le rapport d'examen SMR du 15.10.2013, le SRP [spécialiste en réinsertion professionnelle] a été confronté à un

assuré qui s'estime totalement incapable de travailler et qui a l'air atteint dans sa santé.

Par courrier du 11.11.2013 le Dr K. \_\_\_\_\_ atteste une dégradation de la situation depuis avril 2013, tant sur le plan psychique que physique.

Des rapports rhumatologiques du 09.10 et du 13.11.2013 démontrent une atteinte actuellement importante de l'épaule D [droit], avec hypotrophie musculaire et non-utilisation du membre supérieur D. La Dresse X. \_\_\_\_\_ affirme que cette situation est claire et ne nécessite plus aucune investigation. A son avis, compte tenu du contexte, une chirurgie n'est pas envisageable. Néanmoins l'assuré semble décidé à demander un 2ème avis orthopédique au Dr Y. \_\_\_\_\_ à Montreux.

Appréciation :

Les conclusions contenues dans mon rapport d'examen SMR du 15.10.2013, basées sur le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 03.04.2013, sont valables en avril 2013. Depuis il y a eu une aggravation notable, et actuellement l'incapacité de travail est totale dans toute activité chez cet assuré droitier sans formation, souffrant en plus sur le plan psychique.

Je propose de conclure à une incapacité de travail totale dans toute activité et de procéder à une révision fin 2014/début 2015. »

Le 12 février 2014, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR a rédigé un nouvel avis médical, en précisant que l'aggravation de l'état psychique avait été signalée en avril 2012 à la suite du décès du frère de l'assuré le 8 avril 2012. Il était ainsi d'avis qu'il y avait eu aggravation à partir du 8 septembre 2011, jusqu'à l'expertise rendue le 6 décembre 2012. Depuis cette date, la capacité de travail dans une activité adaptée était de nouveau entière.

Une collaboratrice de l'OAI a procédé le 21 mars 2014 à l'examen du droit à la rente. Dans ce contexte, elle a en particulier relevé que depuis le 8 septembre 2011, il y avait un arrêt de travail à 100 %. Se référant à l'avis du SMR du 12 février 2014, elle a estimé que l'incapacité de travail était totale dès le 8 septembre 2011, jusqu'au 6 décembre 2012, date de l'expertise [psychiatrique]. A la suite de l'avis du SMR du 20 novembre 2013, la personne en charge de l'examen du droit à la rente avait estimé que l'on pouvait admettre que l'incapacité de travail était à nouveau totale depuis le mois d'avril 2013. Elle a ajouté qu'au vu du rapport du Centre hospitalier P. \_\_\_\_\_ du 9 octobre 2013 (indexé le 11

novembre 2013) et du 13 novembre 2013, « force [était] de constater que le problème de l'épaule droite ne permettait pas de mettre en place des mesures de réadaptation professionnelle au moment où la capacité de travail du point de vue psychiatrique pouvait à nouveau être considérée comme totale ». Selon le formulaire d'examen du droit à la rente, l'atteinte à la santé était celle de l'épaule droite, portant le code 738/02. L'examen du droit à la rente se terminait comme suit :

« Le droit à une rente entière étant ouvert au 1<sup>er</sup> septembre 2012, l'amélioration étant le 6 décembre 2012 date de l'expertise, cette rente devrait être limitée au 31 mars 2013. Vu que depuis avril 2013 on peut admettre une aggravation de l'état de santé, poursuite de l'octroi de la rente.

Au vu de toutes les explications ci-dessus, rente entière depuis septembre 2012. »

Par projet de décision du 21 mars 2014, dont une copie a notamment été adressée à A.\_\_\_\_\_, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui accorder une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2012. L'OAI a rendu une décision conforme à son projet le 16 juin 2014, laquelle a été notamment adressée en copie à A.\_\_\_\_\_.

**B.** Par jugement du 15 mars 2017 (cause PP 29/15), la Cour de céans a partiellement admis la demande déposée par l'assuré à l'encontre de A.\_\_\_\_\_, et reconnu qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part de cette dernière à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2012. Selon le consid. 5 de ce jugement, A.\_\_\_\_\_ ne pouvait nier la relation de connexité matérielle, dans la mesure où l'affection à l'origine de l'invalidité était bien celle de l'épaule, laquelle s'était déjà manifestée durant le rapport de prévoyance, et que cette atteinte était allée en s'aggravant, jusqu'à conduire à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Pour le surplus, la Cour de céans a estimé que le rapport de connexité temporelle n'avait pas été interrompu, l'assuré n'ayant jamais été apte, à tout le moins depuis le mois de mai 2008, à reprendre une activité en dehors des mesures entreprises dans le cadre de l'AI, ni à mettre en valeur sa capacité de travail sur le marché du travail.

Ce jugement n'a pas été contesté et est entré en force.

**C.** Le 29 janvier 2015, l'OAI a initié une procédure de révision d'office de la rente.

Le 13 avril 2015, le Dr K.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail de son patient demeurait nulle dans toute activité. Il n'y avait aucune amélioration, mais plutôt même une aggravation de l'impotence fonctionnelle de l'épaule droite.

Quant au Dr T.\_\_\_\_\_, il a également fait état d'une incapacité de travail demeurant totale dans son rapport du 25 mai 2015, en indiquant « suivi aux trois mois » à la question relative à la nature et à la portée du traitement actuel.

Par communication du 4 juin 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il continuerait de bénéficier de la même rente que jusqu'à présent (100 %).

**D.** Le 5 juillet 2017, le Service de lutte contre la fraude de l'OAI (LFA) a relevé que diverses informations en sa possession le poussaient à penser que l'état de l'assuré avait évolué depuis la révision de février 2015. Une nouvelle procédure de révision a ensuite été initiée.

Dans son rapport à l'OAI du 15 septembre 2017, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient « ne pouvait rien faire », l'incapacité de travail demeurant totale dans toute activité. Les diagnostics étaient ceux de trouble dissociatif sans précision (F44.9), de trouble de la personnalité dépendant (F60.7) et de trouble dépressif récurrent au décours (F33.0).

Le 29 septembre 2017, le Dr K.\_\_\_\_\_ a aussi fait savoir à l'OAI que l'incapacité de travail était entière dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, la situation allant en se dégradant. Il a

précisé que le patient présentait d'importantes douleurs au niveau inguinal droit à la suite de la mise en place d'une prothèse totale de hanche en juin 2016 ; il souffrait également de scapulalgies bilatérales et de coxalgie gauche, les genoux étant encore douloureux. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a notamment joint à son envoi un rapport du 22 mars 2016 du Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui estimait qu'il convenait d'envisager l'implantation d'une prothèse thérapeutique des deux côtés, compte tenu d'une nécrose de la tête fémorale bilatérale à l'IRM, ainsi qu'un protocole opératoire du 3 juin 2016 relatif à la prothèse thérapeutique droite.

Par avis médical du 2 novembre 2017, la Dresse AA. \_\_\_\_\_ du SMR a en particulier relevé ce qui suit :

« Bien que certains éléments laissent penser que l'assuré est un peu plus actif que ce qui est décrit par le Dr K. \_\_\_\_\_, à la lecture des derniers rapports médicaux, il ne fait cependant aucun doute que son état de santé s'aggrave sur le plan ostéo-articulaire ; cette aggravation est objectivée au dossier par le rapport médical du Dr K. \_\_\_\_\_ et les rapports annexés. L'augmentation du traitement antalgique parle également en faveur d'une aggravation. Compte tenu de la nature dégénérative des atteintes, une péjoration de l'état de santé de l'assuré n'est pas exclue, motivant peut-être de nouvelles interventions chirurgicales. Dans ces conditions, des mesures de réadaptation ne sont pas envisageables, et l'IT reste stationnaire. »

L'assuré a été reçu le 6 décembre 2017 dans les locaux de l'OAI. A cette occasion, il s'est expliqué sur ses activités quotidiennes, et en particulier sur le fait que son numéro de téléphone était relié à la location d'un caveau à la même adresse que la sienne, et qu'il avait l'usufruit d'un petit jardin à proximité de chez lui, qu'il pensait arrêter d'entretenir, dans la mesure où il était de plus en plus fatigué.

Selon communication du 14 décembre 2017 du Service LFA, au vu de la teneur de l'entretien du 6 décembre 2017 et du rapport SMR du 2 novembre 2017, le mandat de ce service était clôturé et son intervention ne se justifiait pas davantage.

Par communication du 16 janvier 2018, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il continuait à bénéficier de la même rente (100 %) que jusqu'à ce jour.

Le 12 février 2018, A.\_\_\_\_\_ a demandé à l'OAI de compléter l'instruction du dossier, de détailler les pathologies invalidantes de l'assuré, et de « mentionner le taux que chacune représente dans l'invalidité globale », en se prévalant de la probable diminution des troubles psychiatriques de 2011/2012 et des soupçons de l'OAI quant au véritable degré d'invalidité de l'assuré.

Le 16 février 2018, A.\_\_\_\_\_ a réitéré sa demande d'instruction complémentaire et a subsidiairement sollicité qu'une décision sujette à recours soit rendue.

Par décision du 22 février 2018, l'OAI a confirmé sa communication du 16 janvier 2018, et informé A.\_\_\_\_\_ qu'aucun élément n'était susceptible de modifier sa position.

**E.** Par acte du 26 mars 2018, A.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, la recourante a fait valoir que l'OAI avait violé son devoir d'instruction, estimant que le dossier comprenait des éléments qui laissaient penser que l'assuré pouvait travailler. Elle a ainsi relevé qu'alors que lors de l'octroi de la rente AI, les pathologies étaient des problèmes de genoux, psychiatriques et d'épaule, l'assuré présentait désormais des problèmes de hanches et de genoux. Elle a en outre estimé que la symptomatologie psychiatrique n'était pas grave, dans la mesure où l'assuré ne consultait qu'une fois tous les 3 mois son psychiatre et compte tenu des plaintes alléguées. A ses yeux, la situation de l'assuré s'était dès lors « diamétralement modifiée ». Dans ce cadre, elle a déploré que le SMR n'ait émis son avis que sur la base du dossier, sans examen de l'assuré, ledit service semblant au demeurant ne pas partager l'avis du Dr

K.\_\_\_\_\_ concernant « la véritable incapacité de travail ». Elle a ajouté que l'assuré n'avait été soumis ni à une expertise psychiatrique, ni à une expertise orthopédique, depuis plusieurs années, et a estimé la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire nécessaire. Dans un autre moyen, la recourante a déploré le caractère très succinct de la décision attaquée, estimant que l'intimé ne pouvait pas se contenter d'une motivation aussi lapidaire (sic) compte tenu des arguments qu'elle avait soulevés. Dans un dernier grief, la recourante s'est plainte d'une violation du « droit à la consultation d'un dossier complet », en relevant que le rapport d'entretien qui avait eu lieu le 6 décembre 2017 manquait au dossier. La recourante a requis la production du dossier en mains de l'OAI, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 22 mai 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 6 juillet 2018, l'assuré, représenté par Me Hichri d'Inclusion Handicap, a également conclu au rejet du recours.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances instituée 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. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise 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 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations. Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est ainsi tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (voir également l'art. 57a al. 2 LAI). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur, lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 132 V 74 consid. 3.1).

Ainsi que cela ressort des art. 23, 24 al. 1 et 26 al. 1 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), il existe un lien fonctionnel étroit entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) de la prévoyance invalidité. Ce lien tend, d'une part, à assurer une coordination matérielle étendue entre les premier et deuxième piliers et, d'autre part, à libérer autant que possible les organes de la prévoyance professionnelle d'importantes et coûteuses démarches portant sur les conditions, l'étendue et le début du droit aux prestations d'invalidité du deuxième pilier (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 132 V 1 consid. 3.2). Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de

dispositions réglementaires contraires, force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle ; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait. C'est pourquoi il convient d'accorder aux organes de la prévoyance professionnelle aussi bien la qualité pour s'exprimer dans le cadre de la procédure de préavis (art. 57a al. 2 LAI) que pour former un recours contre une décision des organes de l'assurance-invalidité (art. 49 al. 4 et 59 LPGGA) qui statue sur le droit à la rente ou fixe le degré d'invalidité de la personne assurée (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 132 V 1 consid. 3.3.1). Toutefois, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente ; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (TF 9C\_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.3).

En l'occurrence, il y a lieu de reconnaître à A. \_\_\_\_\_ la qualité pour agir, dès lors qu'B. \_\_\_\_\_ était valablement assuré auprès d'elle lors de la survenance de son incapacité de travail, et dans la mesure où les constatations et appréciations de l'OAI sont susceptibles d'être contraignantes à l'égard de la recourante s'agissant du droit à la rente.

**d)** En définitive, le présent recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment) est recevable, de sorte qu'il y a lieu de se prononcer sur le fond.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son

ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Est litigieux en l'espèce la poursuite du droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

**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 et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. 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 ; 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.

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 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)** Selon 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.

Pour déterminer s'il y a motif à réviser une rente, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité peut donner lieu à une révision de la rente. 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 (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de l'augmentation ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 3065 p. 833).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré

trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

**c)** 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 nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGA). 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\_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

**e)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique s'agissant de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, à savoir que la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris aux troubles dépressifs (ATF 143 V 409 et 418 ; 141 V 281).

**4.** Dans des griefs de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une part de s'être vu adresser un dossier incomplet de l'OAI et déplore d'autre part le caractère très succinct de la décision attaquée, estimant que l'intimé ne pouvait pas se contenter d'une motivation aussi brève compte tenu des arguments qu'elle a soulevés. Elle déplore en outre le caractère incomplet de l'instruction menée par l'intimé.

**a)** Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. A lui seul, l'art. 29 al. 2 Cst. ne confère pas le droit d'être entendu oralement, ni celui d'obtenir

l'audition de témoins. La jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références).

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu celui d'obtenir une décision motivée. Le destinataire de la décision et toute personne intéressée doit pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 129 I 232 consid. 3.2, 126 I 15 consid. 2a/aa ; TF 9C\_193/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1.1).

L'autorité administrative 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 griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références citées). 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 (TF 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, in : RDAF 2009 II p. 434).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 ; 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être

entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les références citées).

**b)** En l'occurrence, la motivation de la décision litigieuse est suffisamment étayée pour permettre la compréhension des éléments ayant conduit l'OAI à maintenir le droit à la rente de l'assuré. Au vu de la teneur du recours, il y a en outre lieu de constater que la recourante a été en mesure de saisir les fondements essentiels de la décision attaquée. Quoi qu'il en soit, même à admettre une éventuelle violation, celle-ci devrait être considérée comme guérie devant la juridiction de céans, la recourante comme l'intimé - et l'assuré - ayant eu l'occasion de faire valoir leurs points de vue respectifs au cours de la présente procédure judiciaire, ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer. En conséquence, l'argument tiré d'un défaut de motivation, et donc d'une violation du droit d'être entendu, doit être écarté.

Quant au fait que la recourante ne se serait pas vu remettre un dossier complet, on relèvera en premier lieu que dès qu'elle l'a signalé à l'OAI, ce dernier lui a immédiatement fait parvenir le rapport du 6 décembre 2017. Pour le surplus, la recourante a été avertie dans le cadre de la présente procédure, par courrier du greffe du 23 mai 2018 faisant suite au dépôt de la réponse de l'OAI, qu'il lui était loisible de prendre connaissance du dossier de l'intimé au greffe de la Cour des assurances sociales. Ainsi, à supposer qu'une pièce autre que le rapport du 6 décembre 2017 - dont la recourante a eu demeurant eu connaissance avant le dépôt du recours - ait manqué au dossier qui lui a été communiqué par l'OAI, celle-ci conservait la possibilité de venir consulter le dossier auprès de la Cour de céans.

Pour le surplus, l'intimé a estimé que les rapports produits en procédure, respectivement l'avis SMR de la Dresse AA.\_\_\_\_\_, permettaient de maintenir le droit à la rente entière. Ce faisant, il a procédé à une appréciation anticipée des preuves et jugé superflu de

donner suite aux réquisitions formulées par la recourante. En réalité, le grief soulevé par la recourante relève ici de l'appréciation des preuves plutôt que de la violation du droit d'être entendu et doit être examiné avec le fond du litige.

**5.** Sur le fond, la recourante est d'avis que des éléments du dossier tendraient à démontrer que l'état de santé de l'assuré s'est modifié, estimant qu'il convient dès lors de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Il est constant que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de tailleurs de pierres et paveur. Aucun médecin ne le remet en question.

Reste à savoir si, entre la décision du 16 juin 2014, à savoir la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2).

Sur le plan psychiatrique, le Dr T. \_\_\_\_\_ n'a fait état d'aucune amélioration. Son rapport du 15 septembre 2017 est totalement superposable à celui adressé le 25 mai 2015 à l'OAI, respectivement le 10 juillet 2012. Du reste, le 25 mai 2015, l'assuré voyait déjà son psychiatre à une fréquence d'une fois tous les trois mois, sans que la recourante ne remette en question la poursuite du versement de la rente entière ressortant de la communication du 4 juin 2015 relative à la première procédure de révision initiée au début de l'année 2015.

Sur le plan somatique, les atteintes du recourant ne se sont non seulement pas amendées, mais se sont péjorées, avec en particulier l'apparition d'une nécrose de la tête fémorale bilatérale, qui a débouché sur la pose d'une prothèse thérapeutique. Pour le surplus, le Dr K. \_\_\_\_\_

a bien posé dans son rapport du 29 septembre 2017 les diagnostics de gonarthrose interne et fémoro-patellaire bilatérale, confirmant la problématique se situant au niveau des genoux, lesquels demeurent douloureux. Il a en outre fait état d'un déconditionnement global du membre supérieur droit et d'une déchirure intra-tendineuse du tendon sus-épineux de l'épaule droite, étant constant, comme l'a relevé la Dresse X.\_\_\_\_\_, que le cas de l'assuré est un échec thérapeutique et qu'il est illusoire, vu les multiples lésions au niveau de l'épaule, de penser qu'une chirurgie pourrait améliorer sa qualité de vie ou sa capacité de travail (cf. rapport du 13 novembre 2013). En pareilles circonstances, il est établi que si l'état de l'assuré a connu une modification, celle-ci tend à établir une péjoration, et en aucun cas une amélioration. Il est pour le surplus constant, ainsi qu'on l'a vu, que les atteintes de l'assuré au niveau des genoux et de l'épaule, respectivement au plan psychiatrique, ne se sont pas amendées.

Il résulte de ce qui précède que l'intimé ne peut se voir reprocher une violation de son devoir d'instruction : les rapports médicaux produits sont clairs et concordants. Ils établissent une péjoration de l'état de santé de l'assuré sur le plan ostéo-articulaire, que la Dresse AA.\_\_\_\_\_ du SMR a constatée dans son rapport du 2 novembre 2017, en précisant que l'aggravation est objectivée par les rapports médicaux produits dans le cadre de la procédure de révision, relevant encore que l'augmentation du traitement antalgique parle également en faveur d'une péjoration. Celle-ci est au demeurant liée à la nature dégénérative des atteintes de l'assuré, lesquelles sont susceptibles de motiver de nouvelles interventions chirurgicales. Sur le plan psychiatrique, l'état est en outre inchangé.

S'il est exact que le Service LFA a été à l'origine de la procédure de révision initiée en 2017, il n'en demeure pas moins que les rapports médicaux produits, respectivement les informations obtenues de la part de l'assuré lors de l'entrevue du 6 décembre 2017, ont permis de lever les doutes du service précité, lequel a du reste admis qu'il y avait lieu de clôturer le cas (cf. communication du 14 décembre 2017). Dans ces

circonstances, la recourante ne peut se prévaloir du fait que des éléments du dossier laisseraient penser que l'assuré peut travailler.

L'ensemble de ces éléments démontrent que l'OAI a mis en œuvre toutes les mesures d'instruction requises, sans qu'il ne puisse lui être fait grief d'avoir renoncé à ordonner une expertise pluridisciplinaire. C'est le lieu de relever que l'OAI n'a pas l'obligation de prévoir que les assurés soient vus par les médecins du SMR : si les avis médicaux sont bien étayés et permettent au médecin du SMR d'apprécier la situation, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction du dossier par une évaluation médicale SMR, respectivement par une expertise externe.

**6.** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'expertise pluridisciplinaire de la recourante.

**7. a)** Il suit de là que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**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 (cf. 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 la recourante qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante qui succombe (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimé qui n'y a

pas droit comme assureur social (ATF 128 V 323). Quant à l'assuré, intéressé à la procédure qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, il a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). Le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; également 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, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'000 fr. à la charge de la recourante, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 22 février 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de A. \_\_\_\_\_ Fondation de prévoyance.
  
- IV. A. \_\_\_\_\_ Fondation de prévoyance versera à B. \_\_\_\_\_ le montant 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 :

- A. \_\_\_\_\_ Fondation de prévoyance,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Me Karim Hichri (pour B. \_\_\_\_\_),
- 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 :