

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 avril 2020

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
MM. Neu et Métral, juges  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Gautier Lang, avocat à Neuchâtel,

et

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

---

**Art. 6 ss et 43 LPGA ; art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé, depuis le 18 août 2018, en tant que ferrailleur à raison de 40,5 heures par semaine pour le compte de [...] Sàrl. Dans ce cadre, il bénéficiait d'une assurance perte de gain maladie auprès de [...] Assurance Maladie SA (ci-après : N.\_\_\_\_\_).

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, l'assuré travaillait également comme nettoyeur auprès de la société [...] Sàrl, à raison de 20,67 heures par semaine.

**b)** Le 5 octobre 2018, N.\_\_\_\_\_ a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), une demande de prestations signée par l'assuré, lequel présentait une incapacité de travail totale depuis le 17 avril 2018. Dans ce contexte, l'assureur perte de gain a également produit les pièces médicales en sa possession, soit en particulier les documents suivants :

- un rapport établi le 11 septembre 2018 par le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin praticien, retenant à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome lombovertébral chronique, avec lombosciatalgies S1 gauche irritatives, un syndrome radiculaire L3 gauche et déficitaire sur le plan sensitif et moteur M4 à quadriceps gauche, une hernie discale L3-L4 extraforaminale luxée vers le bas (conflit L3), ainsi qu'une dysfonction facettaire L4-L5, L5-S1. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a en outre noté que l'assuré n'était pas en mesure de porter des charges ni de maintenir une position assise au-delà de vingt minutes et rencontrait des difficultés lors des changements de positions et de la marche à plat, ainsi que sur plan incliné. Pour le surplus, il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans tout type d'activité.

□ un rapport établi le 4 octobre 2018 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin conseil de N.\_\_\_\_\_. Selon ce dernier, l'assuré présentait une incapacité totale et définitive dans son activité de ferrailleur. En revanche, une activité adaptée n'impliquant pas de port de charge de plus de 5 à 10 kg de manière ponctuelle, de travail sur des échelles ou des échafaudages particulièrement instables, de positions en porte-à-faux, même au sol, mais permettant l'alternance des positions assises et debout était théoriquement envisageable. Cela étant, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a relevé que *« l'incapacité de travail actuelle à 100 % [aillait] perdurer jusqu'au 31 octobre prochain, date à laquelle l'assuré terminera[it] une troisième série de physiothérapie en piscine. Passé ce délai, une demande de rapport médical [était] à adresser à son médecin traitant le Docteur S.\_\_\_\_\_, et à réception dudit rapport, la capacité de travail avec limitations fonctionnelles pourra[it] à [s]on avis être fixée sans que [qu'il ait] besoin de revoir l'assuré ».*

Par décision du 20 novembre 2018, N.\_\_\_\_\_ a accordé à l'assuré une indemnité journalière de transition jusqu'au 28 février 2019, considérant, sur la base de l'appréciation de son médecin conseil, qu'il conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans le cadre de son instruction, l'OAI a interpellé le Dr S.\_\_\_\_\_ qui a, dans un rapport du 21 novembre 2018, estimé que l'intéressé était en mesure d'exercer des travaux légers à raison de deux heures par jour. Il convenait par ailleurs selon lui de proscrire les flexions, le levage et le port de charges fréquents, ainsi que la montée d'escalier, d'échelles et de plans inclinés, mais permettre le travail en position assise en alternant les postures.

Par projet de décision du 21 juin 2019, confirmé par décision du 3 septembre 2019, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente

d'invalidité. Il a retenu que l'intéressé conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, si bien que, après comparaison des revenus, son degré d'invalidité était inférieur à 40 %.

**B.** Par acte du 4 octobre 2019, V.\_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision précitée, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 17 avril 2019, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise et, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Faisant valoir une violation du devoir d'instruction, il a allégué que l'OAI s'était fondé sur des éléments médicaux incomplets qui ne permettaient pas d'évaluer correctement sa capacité résiduelle de travail. Il a également critiqué le calcul de son préjudice économique.

Dans sa réponse du 19 novembre 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse.

Par courrier du 3 décembre 2019, l'assuré a renoncé à répliquer.

### **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 de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail et sur le calcul de son préjudice économique.

**3.** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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 (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.

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).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des

assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5.** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une incapacité de travail totale et durable dans son activité habituelle de ferrailleur.

L'intimé a en revanche estimé, en se fondant sur l'appréciation du Dr Z. \_\_\_\_\_ et la décision rendue le 20 novembre 2018 par N. \_\_\_\_\_, que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité prohibant le port de charges de plus de 5 à 10 kg de manière ponctuelle, le travail sur des échelles ou des échafaudages particulièrement en équilibre instable, ainsi que les positions en porte-à-faux même au sol, mais permettant une alternance des positions assises et debout.

Or comme le relève le recourant, il faut constater que le rapport établi le 4 octobre 2018 par le Dr Z. \_\_\_\_\_ est incomplet. En effet, il ressort des termes employés par ce médecin qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée n'était à ce stade que théoriquement envisagée. Si le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'estimait pas nécessaire de revoir le recourant, il convenait selon lui de réinterpeler le médecin traitant avant de pouvoir fixer la capacité de travail résiduelle, ainsi que les limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé, ce qui n'a en l'occurrence pas été fait. On relèvera à cet égard que le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'a pas eu connaissance des conclusions du Dr S. \_\_\_\_\_ telles qu'elles ressortent de son rapport du 21 novembre 2018, celui-ci ayant été transmis à l'intimé et non à N. \_\_\_\_\_. Il s'ensuit que l'intimé ne pouvait

accorder une pleine valeur probante au rapport du 4 octobre 2018 du Dr Z. \_\_\_\_\_ pour apprécier la capacité de travail résiduelle du recourant.

Cela étant dit, le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ ne saurait pallier aux lacunes susmentionnées. En effet, il n'est pas possible de se fonder sur la seule appréciation du médecin traitant dans la mesure où son estimation de la capacité résiduelle de travail à raison de deux heures par jour n'est pas objectivée. Ce médecin n'explique en effet pas pourquoi le recourant ne serait pas en mesure d'exercer une activité à un taux supérieur, moyennant le respect des limitations fonctionnelles retenues. Par ailleurs, le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ a été réalisé au moyen du formulaire de l'OAI destiné aux travailleurs migrants, lequel ne laisse que peu de place à la discussion, l'usage de coches étant privilégié. Or on constate que le médecin traitant ne s'est pas déterminé sur plusieurs questions. Il en va notamment ainsi de celles figurant aux chiffres 11.5 et 11.6 relatives à l'exigibilité d'une activité adaptée. Enfin, à l'instar du Dr Z. \_\_\_\_\_, le Dr S. \_\_\_\_\_ semblait également estimer que la situation médicale du recourant était susceptible d'évoluer au moment de la rédaction de son rapport, puisqu'il a estimé qu'un examen ultérieur était nécessaire au mois de juin 2019.

Les éléments figurant au dossier ne permettent ainsi pas de statuer en toute connaissance de cause sur la capacité résiduelle de travail du recourant.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Un renvoi à l'administration est également 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, la situation médicale du recourant n'a pas été établie de manière satisfaisante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA - pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de réunir les rapports médicaux nécessaires, puis de les soumettre à son Service médical régional (ci-après : SMR), qui déterminera s'il se justifie de mettre en œuvre d'autres mesures (par exemple un examen SMR ou une expertise) afin de déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant, ainsi que ses limitations fonctionnelles. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

**7.** Compte tenu de ce qui précède, il n'y a, en l'état, pas lieu d'examiner les griefs du recourant relatifs au calcul de son préjudice économique.

**8. a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**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. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il

convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 3 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants, puis nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Gautier Lang (pour V. \_\_\_\_\_) ;
- 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 :