

## VD\_GERICHTE ZD19.027729 vom 11. März 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-03-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD19.027729](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.027729)

FR: VD\_GERICHTE ZD19.027729 du 11 mars 2021

IT: VD\_GERICHTE ZD19.027729 del 11 marzo 2021

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 240/19 - 84/2021 ZD19.027729 CO UR DE S  
ASSURANCES S OCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 11 mars 2021 \_\_\_\_\_ Composition : M. PIGUET, président M. Métral, juge et Mme Gabellon, assesseure Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre : Q. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Procap, Service juridique, à Bienne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, a travaillé comme restaurateur indépendant. Il a présenté une incapacité totale de travail dès le 1er avril 2013. N'ayant pas repris d'activité professionnelle, il émarge aux services sociaux. Souffrant d'une polyarthrite rhumatoïde, Q. \_\_\_\_\_ a déposé, en date du 1er avril 2014, une demande de prestations de l'assurance- invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré. Dans un rapport du 19 juin 2014, les Drs W. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, respectivement médecin chef et médecin assistante au service de rhumatologie de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic – avec effet sur la capacité de travail – de polyarthrite rhumatoïde érosive séropositive depuis 2011. Ils ont estimé que la capacité de travail dans la profession de restaurateur indépendant était nulle, dans la mesure où l'assuré ne pouvait plus porter de poids faute de force dans les mains. Il avait en outre du mal à faire le service dans le restaurant, porter les plats ou préparer la nourriture dans la cuisine. Était joint à ce document le rapport du 11 novembre 2013 rédigé par le Prof. M. \_\_\_\_\_, chef de service, et le Dr S. \_\_\_\_\_, alors médecin assistant, quelques mois après le suivi mis en place à la consultation de rhumatologie de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_. Réinterpellés par l'office AI, les Drs W. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ lui ont fait parvenir un nouveau rapport en date du 23 mars 2015. Ils y constataient que, l'assuré ayant mal supporté le traitement introduit en août 2013 au niveau digestif, il avait cessé de le prendre sans toutefois en informer ses médecins. Ces derniers ont dès lors décidé de débiter un nouveau traitement dès le 9 décembre 2014. Pour le reste, il n'y avait pas de poussée de la polyarthrite, mais toujours des douleurs inflammatoires au niveau de la cheville et des polyarthralgies des mains sans signe

- 3 - d'arthrite. Lors de la consultation du 27 janvier 2015, les médecins prénommés ont noté une absence de synovite au niveau des mains ainsi que des orteils, tout en relevant que la mobilisation de la malléole externe gauche était douloureuse. Sans se prononcer sur la capacité de travail, ils ont indiqué que le port des charges au niveau des mains était limité de même que la station debout et la marche en raison des douleurs à la cheville gauche. Dans le cadre du suivi à la consultation de rhumatologie de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, l'assuré a été vu le 22 janvier 2016 par les Drs W. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, médecin assistante. Le tableau

clinique était celui d'une polyarthrite rhumatoïde active. Malgré les explications fournies, l'intéressé s'en est tenu à sa décision d'arrêter tout traitement pour des raisons personnelles religieuses. Les médecins prénommés ont cependant insisté sur l'importance d'un traitement de fond pour diminuer l'évolution de la maladie (rapport du 15 février 2016 rédigé à l'intention du Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant). Dans un rapport du 22 février 2016, les Drs W. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ ont informé l'office AI que l'assuré avait arrêté depuis fin octobre 2015 le traitement introduit le 9 décembre 2014. Au jour du rapport, la polyarthrite ne faisait ainsi l'objet d'aucun traitement médicamenteux. La situation de sa maladie n'était dès lors pas encore stable. Pour mieux évaluer une capacité fonctionnelle adaptée à la maladie, les auteurs du rapport ont indiqué qu'ils auraient d'abord besoin d'adapter un traitement de fond de la polyarthrite rhumatoïde. Dans un rapport du 26 octobre 2016 faisant suite à deux consultations pratiquées la veille et l'avant-veille au service de rhumatologie de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, le Dr S. \_\_\_\_\_, désormais chef de clinique, a posé le diagnostic de polyarthrite séropositive érosive. Si la capacité de travail était nulle dans la profession de restaurateur, il a indiqué être en attente d'une réponse de l'assurance-maladie pour tenter l'introduction d'un nouveau traitement de fond de la maladie, dont il était escompté une diminution des douleurs.

- 4 - Sollicité pour détermination, le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a recommandé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) afin de préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans l'activité de restauration et dans une activité adaptée, quel que soit le traitement accepté (avis médical du 4 novembre 2016). L'office AI a versé au dossier les rapports médicaux (datés des 26 avril, 27 juillet et 6 septembre 2017 ainsi que 26 février et 28 mai 2018) adressés au médecin traitant après chaque consultation pratiquée dans le cadre du suivi ambulatoire au service de rhumatologie de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_. Il en résultait une évolution fluctuante au fil du temps de la polyarthrite rhumatoïde en fonction des traitements administrés. Pour le reste, la symptomatologie se caractérisait essentiellement par des douleurs aux mains, aux coudes, aux poignets ainsi qu'aux genoux de même que par une raideur matinale d'une durée d'une à deux heures. Le rapport du 28 mai 2018 faisait mention d'une polyarthrite séropositive érosive toujours insuffisamment contrôlée d'où une nouvelle adaptation du traitement prescrit. Conformément à l'avis du Dr N. \_\_\_\_\_, l'office AI a confié au Centre d'expertises H. \_\_\_\_\_ de V. \_\_\_\_\_ la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet rhumatologique (Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie), un volet de médecine interne (Dr L. \_\_\_\_\_, médecin praticien) ainsi qu'un volet psychiatrique (Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport de synthèse du 20 septembre 2018 (évaluation consensuelle), les experts ont posé pour seul diagnostic – ayant ou non une incidence sur la capacité de travail – celui de polyarthrite rhumatoïde séropositive, avec score DAS à 3,56 (activité modérée). Ils se sont exprimés en ces termes sous l'intitulé « Evaluation médicale interdisciplinaire » :

- 5 - Monsieur Q. \_\_\_\_\_ est un assuré âgé de 49 ans, originaire de l'Ile Maurice, en Suisse depuis 1985, sans activité depuis 2013. Il n'a pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers. Monsieur Q. \_\_\_\_\_ a commencé à ressentir des douleurs articulaires des extrémités en 2011. Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde a été posé en mars 2012.

L'expertisé a bénéficié d'un traitement adéquat avec successivement du méthotrexate, de la Prednisone, puis une biothérapie sous forme d'Humira (Adalimumab). Il a arrêté la médication en raison d'effets digestifs pour le méthotrexate, pour des raisons peu claires et en tout cas pas médicales pour d'autres médicaments. L'expertisé a alterné des périodes d'accalmie de la maladie avec d'autres périodes où la polyarthrite était plus active. Il décrit en effet plus de douleurs mais aussi cela a été objectivé en février 2016 avec le score DAS 28 à 3,51 (activité modérée), alors qu'il était à 2,38 en novembre 2013 témoignant d'une rémission. Ensuite Monsieur Q.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'un traitement d'Arava et Enbrel. Pour des raisons peu claires (inefficacité ? Arrêt spontané de la part de l'expertisé ?) ces médicaments ont été remplacés par du Xeljanz (Tofacitinib) depuis plus d'une année. Au plan professionnel, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ a travaillé durant de nombreuses années dans la restauration. Il n'a pas de formation certifiée, mais a travaillé dans plusieurs établissements. De 2000 à 2010 environ, il a travaillé comme animateur et surveillant d'un skatepark. Il a ensuite ouvert un restaurant en tant qu'indépendant dont il était le cuisinier mais où il devait un peu tout faire. Malheureusement en raison de l'atteinte à la santé survenue en 2011 avec le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde peu après, il n'a pas pu travailler normalement et son affaire a fait faillite. Depuis le 01.04.2013, il n'a plus exercé d'activité professionnelle. Lors de la présente évaluation, l'expertisé décrit des douleurs articulaires touchant les mains et les pieds principalement. Cela s'accompagne d'une raideur matinale d'environ 2 heures. Il ne décrit pas clairement des signes inflammatoires. A l'examen objectif, il n'est pas constaté non plus de signe inflammatoire et la mobilité est conservée. Plusieurs articulations sont douloureuses à la palpation. Le bilan sanguin du 22.06.2018 montre une discrète inflammation avec une élévation de la vitesse de sédimentation. Cela permet de calculer un score de DAS à 3,56 témoignant d'une activité modérée de la polyarthrite rhumatoïde. Il n'y a pas d'antécédent psychiatrique. L'expertisé n'a jamais bénéficié d'une évaluation psychiatrique, ni d'un traitement psychiatrique psychothérapeutique. Il n'y a pas eu de prescription de psychotrope. S'agissant de la capacité de travail, les experts ont estimé qu'elle était nulle en tant que restaurateur en raison de la polyarthrite rhumatoïde. En revanche, elle était entière dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, ne nécessitant pas de montée et de descente fréquente

- 6 - d'escaliers ou déplacement en terrain instable. Elle ne devait pas non plus impliquer de dextérité fine avec les mains ou de force de préhension importante. A la demande du SMR, les experts ont complété leur rapport le 7 janvier 2019. Sous la plume du Dr C.\_\_\_\_\_, le SMR a pris acte des conclusions des experts du Centre d'expertises H.\_\_\_\_\_ (rapport d'examen du 15 janvier 2019). Par projet de décision du 4 février 2019, l'office AI a informé Q.\_\_\_\_\_ qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité, motif pris que le taux d'invalidité fixé à 10 % était insuffisant pour ouvrir le droit à cette prestation. Sur le plan médical, il a retenu qu'il présentait une incapacité de travail et de gain totale en toute activité depuis le 1er avril 2013. Par contre, sa capacité de travail dans une profession compatible avec les limitations fonctionnelles décrites était entière dès le 25 octobre 2013. Le 28 février 2019, l'assuré a exprimé son désaccord avec ce projet de décision en faisant valoir que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre l'exercice d'une activité lucrative. A l'appui de sa contestation, l'assuré a transmis, le 29 avril 2019, le dossier constitué dans le cadre de son suivi à l'Hôpital X.\_\_\_\_\_ comprenant les comptes-rendus des consultations effectuées jusqu'au 8 janvier 2019 (rapport du 11 mars 2019) ainsi que les résultats des analyses de laboratoires et des examens radiologiques. Le rapport précité mentionnait une bonne tolérance au traitement par Xeljanz (Tofacitinib), depuis le mois de

juin 2017, augmenté à la posologie de 10 mg 2 fois par jour depuis avril 2018 en raison d'un contrôle insuffisant de la maladie. La tolérance au traitement était bonne. Depuis lors, l'évolution était favorable même s'il persistait des douleurs fluctuantes au niveau de la main gauche. La raideur matinale était toujours estimée de l'ordre de 2 à 3 heures bien

- 7 - qu'en nette amélioration aux dires de l'assuré. Il existait encore 1 à 2 réveils nocturnes par semaine. Il n'y avait pas de synovite. En conclusion, les auteurs du rapport ont estimé que le contrôle de la polyarthrite rhumatoïde était satisfaisant avec une rémission clinique et ultrasonographique. Une diminution de la posologie du Xeljanz, soit le retour à une posologie de 5 mg deux par jour, était envisagée. Par décision du 20 mai 2019, l'office AI a entériné son refus d'octroyer une rente d'invalidité, conformément à son projet de décision du 4 février 2019. Une lettre d'accompagnement du même jour prenait position sur les objections formulées. B. a) Par acte du 20 juin 2019, Q. \_\_\_\_\_, désormais représenté par le service juridique de Procap, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 20 mai 2019 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement au versement des prestations légales, le cas échéant à la mise en œuvre de toute mesure d'instruction utile et subsidiairement au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Contestant la capacité de travail retenue, l'assuré a fait valoir que son état de santé ne lui permettait pas d'exercer une activité à plein temps, fût-elle adaptée. Il a en outre reproché à l'office AI de ne pas s'être fondé sur les avis de ses médecins traitants pour déterminer sa capacité de travail antérieurement au 1er avril 2018, contrairement à ce qu'avaient recommandé les experts dans leur rapport du 7 janvier 2019. Il a annoncé le dépôt d'une prise de position de ses médecins traitants quant aux conclusions des experts. b) Dans sa réponse du 22 août 2019, l'office AI a conclu au rejet du recours en l'absence d'éléments de nature à jeter un doute sur ses conclusions. c) Le 6 novembre 2019, Q. \_\_\_\_\_ a produit un certificat médical daté du 2 juillet 2019, dans lequel la Dre R. \_\_\_\_\_, médecin assistante au service de rhumatologie de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, a attesté

- 8 - d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à sa condition physique, soit une profession ne nécessitant pas le port de charges lourdes et la station debout ou assise prolongée pendant plus de deux heures. d) S'exprimant par pli du 9 janvier 2020, l'office AI a constaté que les éléments amenés n'étaient pas propres à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 7 janvier 2019, si bien qu'il a derechef conclu au rejet du recours. e) Par ordonnance du 3 février 2020, le Juge instructeur a invité le service de rhumatologie de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ à établir un rapport médical en répondant aux questions posées. f) Le 28 avril 2020, la Dre G. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe auprès du service précité, a répondu en ces termes aux questions contenues dans le courrier du 3 février 2020 : 1. Quand Monsieur Q. \_\_\_\_\_ vous a-t-il consulté pour la première fois ? Selon la documentation disponible à l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, le patient a été évalué pour la première fois en juin 2013 dans le service de rhumatologie de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_. 2. Pour quels motifs ? Patient déclarant depuis l'été 2011 des polyarthralgies d'allure inflammatoire avec un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive érosive retenue lors d'une consultation rhumatologique chez le Dr F. \_\_\_\_\_ en mars 2012. 3. Quel diagnostic avez-vous posé ? Nous avons confirmé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive. 4. Quels traitements avez-vous prescrit ? • Anciens traitements • Méthotrexate 20 mg 1 x/sem. de 10/2011 à 12/2011. • Prednisone 10 mg/jour de 2011 à 2013. • Humira 40 mg s.c. 1x/2 sem. de 08/2013 à 09/2014. • Enbrel 50 mg 1x/sem. de

12/2014 à 03/2015 (intolérance digestive). • Arava 20 mg 3x/sem. de 12/2014 à 10/2015, Arava repris à 20 mg/j depuis 04/2016, stoppé en 09/2017, puis repris de février à avril 2018 (stoppé pour intolérance digestive).

- 9 - • Traitement actuel • Xeljanz 5 mg 2x/j depuis juin 2017, majoré à 10 mg 2x/j depuis avril 2018, puis 5 mg 2x/j dès mars 2019. 5. Comment la situation a-t-elle évolué du point de vue médical depuis le début de la prise en charge au sein de votre service ? Depuis le début de la prise en charge au sein du service de rhumatologie de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, le patient a présenté une évolution fluctuante avec un contrôle intermittent de la polyarthrite rhumatoïde et un échec secondaire et une intolérance digestive à plusieurs traitements (cf. supra). Ceci a motivé au cours des années plusieurs changements thérapeutiques. Depuis 2017, le patient est au bénéfice d'un traitement par Xeljanz (tofacitinib) qui a permis une mise en rémission de la maladie depuis à peu près janvier 2019. 6. Le ou les diagnostics posés ont-ils une répercussion sur la capacité de travail de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ à exercer, en faisant preuve d'un effort raisonnablement exigible, une activité adaptée à son état de santé ? Actuellement, compte tenu d'une maladie jugée en rémission, associée toutefois à la persistance d'une raideur matinale de l'ordre de 1 à 2 heures le matin, compte tenu de la sévérité de la maladie avec une atteinte déjà érosive et de la durée de l'évolution, il a été estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée est à l'heure actuelle de l'ordre de 50 %. 7. Dans l'affirmative, pour quelles raisons Monsieur Q. \_\_\_\_\_ est-il limité dans sa capacité à exercer une activité adaptée à son état de santé (taux d'incapacité en pourcent) ? Persistance de limitations fonctionnelles dans le port de charges lourdes, la position statique debout ou assise prolongée pendant plus de 2 heures. 8. Dans quelle mesure Monsieur Q. \_\_\_\_\_ est-il limité dans sa capacité à exercer une activité adaptée à son état de santé (taux en pourcent) ? Environ 50 %. 9. De quelle manière la capacité de travail de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ à exercer une activité adaptée a-t-elle évolué depuis le début de la prise en charge au sein de votre service ? La maladie ayant été mal contrôlée pendant plusieurs années, l'évolution de la capacité de travail a donc été variable. 10. Quel est votre pronostic quant à l'évolution de l'état de santé au cours des prochaines années ? Actuellement, la polyarthrite rhumatoïde est considérée comme en rémission depuis janvier 2019, soit plus de 1 an. Sur le plan théorique, le patient peut présenter à nouveau un échec secondaire au traitement actuel, ainsi qu'une poussée de la maladie non prévisible, pouvant à nouveau avoir des répercussions sur sa capacité de travail.

- 10 - 11. Avez-vous d'autres observations à formuler ? Je précise que je n'ai pas vu personnellement le patient lors des dernières évaluations en rhumatologie qui ont été réalisées par ma consœur, la Dre R. \_\_\_\_\_. Je souligne également qu'en réponse à un courrier que j'ai adressé à PROCAP en date du 4.11.2019, une erreur s'est introduite dans le rapport où je mentionnais une rémission sous traitement par baricitinib ; il s'agissait en fait de tofacitinib, soit le Xeljanz. Je vous prie de bien prendre note de ce rectificatif. A ses déterminations du 18 juin 2020, l'office AI a joint un rapport du SMR établi le 27 mai 2020 sous la plume du Dr C. \_\_\_\_\_, dont il ressortait que le rapport du 28 avril 2020 ne faisait état d'aucun élément objectif nouveau qui aurait été ignoré par les experts du Centre d'expertises H. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, il n'était pas clairement expliqué pour quelles raisons la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % et non de 100 %, ce d'autant que les limitations fonctionnelles décrites par les rhumatologues traitants depuis 2013 étaient similaires à celles retenues par les experts. Dans ces conditions, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours. Le 30 juin 2020, Q. \_\_\_\_\_ a fait savoir qu'il

souscrivait à l'évaluation de la Dre G. \_\_\_\_\_ quant à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. 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'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise

- 11 - du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il 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. 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 (art. 8 al. 1 LPGA ; 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 (art. 7 al. 1 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. b) 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). c) Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-

- 12 - quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2). 5. a) En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'examens complets sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie et de la

- 13 - psychiatrie auprès du Centre d'expertises H. \_\_\_\_\_, dont les conclusions ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, il disposait, malgré les atteintes à la santé qu'il présentait, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dans le domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, opérateur sur machines conventionnelles). Les griefs du recourant portent essentiellement sur l'appréciation de son cas sous l'angle somatique. b) Sur le plan rhumatologique, les experts du Centre d'expertises H. \_\_\_\_\_ ont retenu pour seul diagnostic – non contesté – celui de polyarthrite rhumatoïde séropositive, avec score DAS à 3,56 (activité modérée). aa) Dans son rapport du 20 septembre 2018, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a constaté une activité modérée de la polyarthrite rhumatoïde compte tenu d'une évolution depuis 2013 entre une activité faible, voire éteinte, et des phases plus actives ayant toujours pu être résolues par des modifications thérapeutiques. Au demeurant, il n'y avait pas eu d'évolution de déformations articulaires, ni de destruction radiologique depuis 2013. Au plan général, hormis une élévation isolée des gamma-GT, le rhumatisme n'avait pas eu de répercussion systémique. Les différents traitements avaient par ailleurs permis de « contrôler » ce rhumatisme en dépit de difficultés de compliance, de croyance ayant momentanément fait renoncer le recourant aux médicaments, et d'effets digestifs subjectifs intermittents. Plus généralement, tous les experts ont décrit une mobilité spontanée, fluide, l'absence de limitations ou d'élément de fatigue ou de comportement douloureux. Il n'y avait pas de déformation articulaire et aucun expert ne décrivait d'amyotrophie, toutes les articulations bougeant librement. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a résumé la situation en expliquant que la pathologie dont souffre le recourant est une maladie modérée, peu active, sans évolution déformante et sans décompensation majeure durable sur la période d'observation (2013 à 2018).

- 14 - bb) En présence d'une polyarthrite modérée sans autre atteinte de l'état général, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a retenu que la capacité de travail du recourant était préservée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles entraînées par son état de santé, à savoir une profession essentiellement sédentaire et n'impliquant pas de travaux lourds quand bien même la maladie n'avait jamais été complètement éteinte durablement, qu'il y avait toujours une raideur matinale d'une à deux heures et qu'une fatigue était décrite dans le dossier de manière récurrente avec des réveils nocturnes. cc) aaa) A la lumière du dossier, force est de constater qu'il n'y a pas de divergence d'observation entre les médecins traitants et les experts. Le recourant a fait l'objet d'un suivi à la consultation de rhumatologie de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ à compter du 11 juin 2013. A ce moment précis, le

recourant présentait des douleurs à caractère inflammatoire au niveau de la cheville gauche, du genou droit et du poignet droit avec un dérouillage matinal d'une heure ; les articulations du coude droit, de l'épaule droite et de l'interphalangienne distale droite étaient également ressenties comme douloureuses. Lors de la consultation du 25 octobre 2013, plus aucune douleur n'avait été constatée ; il n'y avait pas non plus de synovite ; le score DAS à 2,38 témoignait d'une rémission clinique. Dans leur rapport du 23 mars 2015, les Drs W. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ ont indiqué qu'il n'y avait pas eu de poussée de la polyarthrite même s'il y avait toujours des douleurs inflammatoires au niveau de la cheville et des polyarthralgies des mains, toutefois sans signe d'arthrite. Le 22 février 2016, les médecins de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ ont signalé une raideur matinale d'une heure avec des douleurs inflammatoires au niveau des mains et des pieds. Il y avait également une fatigue généralisée ; le score DAS 28 était de 3,51. A la suite d'une récurrence sévère de la maladie, un traitement par Xeljanz a été administré dès le 26 juin 2017 ce qui a fait passer le score DAS de 6,54 à 4,57 (cf. rapports des 26 avril et 27 juillet 2017). Au bénéfice d'une posologie de 5 mg de Xeljanz deux fois par jour, le recourant a décrit une évolution

- 15 - globalement favorable même s'il subsistait sur le plan articulaire une raideur matinale d'une à deux heures ainsi que des tuméfactions au niveau métacarpo-phalangien de la main gauche (cf. rapport du 26 février 2018). La polyarthrite étant toujours insuffisamment contrôlée, la posologie de Xeljanz a été augmentée à 10 mg deux fois par jour (cf. rapport du 28 mai 2018) avant d'être ramenée à 5 mg deux fois par jour en raison de l'évolution favorable de la maladie (cf. rapport du 11 mars 2019). bbb) A lire les rapports émanant du service de rhumatologie de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, on constate que la symptomatologie se caractérisait essentiellement par des douleurs aux mains, aux coudes, aux poignets ainsi qu'aux genoux de même que par une raideur matinale d'une durée d'une à deux heures. Pour le reste, hormis une récurrence sévère au début de l'année 2017 caractérisée par une polyarthralgie d'allure inflammatoire, axiale et périphérique, des grandes et des petites articulations, touchant les mains, les épaules et la nuque, aucun des médecins chargé du suivi du recourant n'a fait état d'une péjoration significative de la symptomatologie durant la période d'observation. Celle-ci a globalement peu varié et il n'y a pas eu de décompensation majeure durable. Au demeurant, les fluctuations relevées par le corps médical au fil du temps constituent une des caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde. Ainsi, la situation décrite par les médecins de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ apparaît relativement stable et compatible avec une polyarthrite d'évolution bénigne modérée entre 2013 et 2019. ccc) Sur le vu de ce qui précède, il convient d'admettre que l'analyse opérée par les médecins du Centre d'expertises H. \_\_\_\_\_ apparaît pertinente à la lumière des informations transmises par le service de rhumatologie de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_. dd) L'appréciation de la capacité de travail faite par l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 avril 2020 ne permet pas de remettre en cause les conclusions du Centre d'expertises H. \_\_\_\_\_ sur le plan rhumatologique. Bref et peu étayé, le rapport précité ne fait pas état

- 16 - d'éléments qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée que celles mises en évidence par le Centre d'expertises H. \_\_\_\_\_. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'évaluation de la capacité de travail faite par les experts du Centre d'expertises H. \_\_\_\_\_, qui apparaît compatible avec le status clinique, biologique et radiologique du recourant. c) Sur le plan psychiatrique, le Dr J. \_\_\_\_\_ n'a retenu la présence d'aucune pathologie de ce registre. Le tableau clinique n'était pas associé à une comorbidité psychiatrique particulière ; l'anamnèse était entièrement négative ; sans

antécédent psychiatrique, le recourant ne faisait l'objet d'aucun traitement psychotrope et d'aucun suivi psychiatrique. Résumant son évaluation, l'expert a retenu qu'il n'y avait pas de notion de comportement impulsif ni de comportement auto ou hétéro dommageable ; il n'y avait pas non plus de notion de débordement émotionnel ; la recherche de traits de personnalité pathologique était négative ; le recourant avait une bonne perception de soi et des autres ; l'examen clinique n'avait pas apporté d'élément de comportement particulier en lien avec le fonctionnement de la personnalité ; l'expert a dès lors conclu à l'absence d'organisation pathologique de la personnalité. S'agissant des ressources, il a relevé que le recourant disposait d'un réseau social personnel et qu'il possédait des capacités relationnelles ; il avait en outre des aptitudes à communiquer et s'exprimait bien en français ; capable de respecter un cadre, il pouvait s'adapter avec de la flexibilité psychique ; rationnel et autonome, il savait aussi s'organiser même s'il était peu endurant. d) En conclusion, il convient de tenir pour établi que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 6. Le recourant allègue ne pas être en mesure de travailler à 100 % dans une activité adaptée.

- 17 - a) En ce qu'elle prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable, la seconde phrase de l'art. 7 al. 2 LPGA inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à sa santé. En d'autres termes, pour établir si l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si l'on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 ; TF 9C\_793/2008 du 18 mai 2009 consid. 2.4). b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC

- 18 - 1991 p. 329 ; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des

circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). c) Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée apparaît exigible. Si l'âge du recourant (50 ans lorsque la décision attaquée a été rendue), les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles et son éloignement prolongé du marché du travail peuvent limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. Le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle. 7. Dans la mesure où, pour le reste, les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'intimé ne sont pas contestés, la décision attaquée doit être confirmée. 8. Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. a) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire

- 19 - (décision du 15 juillet 2019). A ce titre, il a été exonéré du paiement d'avances ainsi que du versement des frais judiciaires, si bien que ceux-ci sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il est tenu à remboursement dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il appartient au Service juridique et législatif de fixer les conditions de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). b) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 20 mai 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 laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. 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,

- 20 - tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat. Le président :  
Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Procap, Service juridique (pour Q. \_\_\_\_\_), - 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). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.