

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juillet 2018

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; art. 43 al. 1 et 44 LPGA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant italien né en [...], travaillait en tant qu'agent d'entretien auprès de [...] depuis 2004, pour un salaire annuel de 52'412 fr. en 2014 (cf. rapport employeur du 10 mars 2016). Depuis le 20 octobre 2015, il se trouve en incapacité totale de travailler en raison notamment de douleurs dorsales et de lésions arthrosiques.

Le 11 février 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans son rapport à l'OAI du 11 avril 2016, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques avec lombosciatalgies aiguës (dernier épisode hyperalgique et résistant aux traitements usuels : fin septembre 2015), de lésions arthrosiques étagées au niveau dorsal et lombosacré, de discarthrose sévère L3-L4/L4-L5, de lombalgies, de cervico-brachialgies chroniques et de maladie coronarienne. Ce praticien a précisé que l'assuré avait des capacités de résistance limitées, ne pouvait ni travailler longtemps debout, ni accroupi, penché en avant ou les bras en-dessus de la tête et qu'il ne pouvait ni soulever, ni porter. Il a également indiqué « travail adapté éventuellement pour un reclassement professionnel ».

Dans un rapport du 28 avril 2016, le Dr S._____, spécialiste en neurochirurgie, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies aspécifiques depuis septembre 2015, soulignant au nombre des limitations le port de charge. Il a également indiqué que la reprise du travail à partir du 4 février 2016 était possible dans un travail adapté selon évolution.

Dans un rapport du 25 mai 2016, le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a, en se basant sur le rapport médical du Dr S._____, retenu comme atteinte principale à la santé des lombalgies aspécifiques et une capacité de travail entière dans toute activité, mentionnant au nombre des limitations fonctionnelles l'absence de charges lourdes de façon itérative.

Dans le cadre de mesures d'intervention précoce, l'assuré a bénéficié d'un bilan d'orientation professionnelle du 24 mai au 22 juin 2016, interrompu dès le 30 mai 2016 par l'assuré en raison de douleurs (cf. fiche d'examen de l'OAI du 9 juin 2016).

On extrait ce qui suit d'une note d'entretien interne à l'OAI du 6 juin 2016, reprenant *in extenso* le contenu d'un courriel d'P._____ de « [...]», entreprise partenaire de l'OAI pour la réadaptation, du 30 mai 2016 :

« Concernant M. R._____, il a débuté le cours comme prévu le 24 mai ; durant la journée de cours il s'est souvent levé ne pouvant par moment plus marcher. Ce monsieur souffre visiblement d'importantes douleurs et de perte de sensibilité de ses membres (jambes, bras, avant-bras, mains). Le lendemain, il m'a informée qu'il est rentré chez lui « sur les genoux » et qu'il ne peut plus se lever qu'il a appelé son médecin pour une infiltration le 25.05. a.-midi après laquelle il devra rester tranquille 3 jours. Nous convenons qu'il me redonne des nouvelles et que lundi il puisse revenir.

Ce matin, sans nouvelle de sa part, je l'ai appelé et envoyé un sms ; à 12h07 il me répond pour m'informer qu'il lui était impossible de bouger ce matin et que les infiltrations du mercredi passé n'ont pas marché. Il a RDV dans l'après-midi pour recevoir une piqure de morphine. Il m'a également informée que son tél. a des problèmes.

Malheureusement, au vu de ce qu'il a manqué et de sa situation de santé, il n'est plus à même de rejoindre le groupe, ce qui nous amène à une **interruption à aujourd'hui 30.05.2016**, je suis sincèrement désolée.

Ce qui m'inquiète c'est la décision du SMR au vu de la situation de santé de ce monsieur ; il semblerait qu'il y ait un fossé entre l'expertise de l'assurance et l'avis des médecins de ce monsieur qui considèrent qu'il n'a pas de CT. De mon point de vue (non médical) il m'apparaît essentiel que ce monsieur puisse bénéficier d'une nouvelle expertise médicale, l'AI reste seul juge par rapport à cette décision. En tous les cas je me tiens à disposition si besoin ».

Par projet de décision du 9 juin 2016, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité selon la motivation suivante :

« **Résultat de nos constatations :**

En raison de lombalgies, vous avez présenté une incapacité de travail dès le 20 octobre 2015 (début du délai d'attente d'une année).

Des investigations médicales entreprises, il ressort que toute activité professionnelle exempte de port de charges lourdes est pleinement exigible dès le mois de février 2016, qui vous procurerait un revenu équivalent à celui perçu jusque-là.

Cela étant, avant l'échéance du délai d'attente d'une année, respectivement moins de six mois après le dépôt de votre demande AI, il n'y a pas d'invalidité présentée, ni imminence d'invalidité.

De ce fait, le droit aux prestations de notre assurance n'est pas ouvert.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée ».

Le 30 juin 2016, le Dr Z. _____ a transmis à l'OAI un rapport daté du 24 mars 2016 émanant du Dr L. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecine intensive auprès du Centre de la Douleur à B. _____, estimant la capacité de travail de l'assuré nulle dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée et signalant les restrictions suivantes : port de charge limité à 5kg maximum, position assise continue limitée à 1 heure, position debout statique limitée à 1 heure, changement de position fréquente souhaitable, porte-à-faux à éviter, flexion - extension statique ou répété nuque et rotations bassin/épaules à éviter. Il préconise un examen médical de l'assuré par le médecin-conseil de l'OAI.

Par décision du 23 août 2016, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 9 juin 2016 et rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. a) Par acte du 9 septembre 2016, R. _____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation. Il a joint à son recours un rapport du Dr Z. _____ du 9 septembre 2016, qui ne valide pas une capacité de

travail à 100% dans une activité adaptée depuis février 2016 et qui conclut à une capacité de travail de 50% au maximum dans une activité adaptée allégée. Ce praticien relevait en outre que la tentative de réinsertion s'était soldée par un échec malgré la bonne volonté et l'implication de l'assuré, qui ne pouvait pas rester dans une position identique plus de 15 minutes ni réaliser des gestes fins, ni se saisir d'un objet léger du fait de ses troubles sensitivo-moteurs des mains.

b) Dans sa réponse du 29 novembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, s'appuyant sur un avis médical établi par le Dr C. _____ du SMR du 1^{er} novembre 2016 dont la teneur est la suivante (sic) :

« Le Dr Z. _____, médecin générale nous a adressé un RM en date du 11.04.2016 dans lequel il mentionne que la dernière consultation avec notre assuré date du 07.03.2016. Ce RM mentionne clairement que l'assuré a une résistance limitée, qu'il ne peut travailler longtemps debout, qu'il ne peut travailler accroupi, penché en avant ou les bras au-dessus de la tête et ne peut soulever ou porter. Il ajoute que son activité habituelle n'est plus exigible mais « **travail adaptée éventuellement pour un reclassement professionnel** ».

Le Dr S. _____, neurochirurgien, nous a adressé un RM en date du 28.04 dans lequel il précise le diagnostic de « **lombalgies aspécifiques** » selon son dernier contrôle datant [du] 04.02.2016. Il préconise un traitement conservateur avec AINS et physiothérapie, donne pour LF le port de charges et spécifie « **CT de 100% 8h/jour dans un travail adaptée à partir du mois de février 2016** ».

Notre Rapport d'Examen SMR se base donc parfaitement sur les RM reçus des médecins traitants de notre assuré. Il est juste à mentionner que nous avons commis une erreur de frappe concernant la CT dans l'activité habituelle qui n'est plus totalement exigible en raison des LF. Il faut donc prendre CT 0% dans l'activité habituelle et 100% dans l'activité adaptée dès le mois de février 2016.

En date du 30.06.2016 le Dr Z. _____ nous adresse une lettre dans laquelle il dit maintenir sa position réfutant une CT dans une activité adaptée. Ceci est donc en contradiction avec le RM qu'il nous a adressé en date du 11.04.2016. [...]

Nous n'avons donc aucun élément concret ou objectif pour modifier notre Rapport d'Examen SMR sauf à corriger notre erreur de frappe concernant la CT dans l'activité habituelle ».

Sur le plan économique, l'OAI a estimé que la comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissait à l'absence de préjudice

économique selon la fiche de calcul du salaire exigible du 15 novembre 2016 jointe pour la première fois à la réponse, qui citait les exemples d'activités adaptées suivants : activités industrielles légères dont notamment petit montage-assemblage, finition de pièces sortant de fabrication, surveillance de processus de production, conditionnement, emballage léger, petits travaux à l'établi et ouvrier de production (travail assis, sans ports de charges essentiellement).

c) Les parties se sont ensuite déterminées à plusieurs reprises et transmis successivement à la Cour de céans nombre de pièces dont les plus utiles sont mentionnées ci-dessous.

Ainsi, le 23 janvier 2017, le recourant a transmis à l'OAI un rapport du Dr Z._____, daté du 19 janvier 2017, complétant sa lettre du 9 septembre 2016, préconisant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique) et relevant que l'intéressé n'avait pas été examiné par le SMR. Selon ce médecin, son rapport du 11 avril 2016, auquel se référait le SMR dans son avis du 1^{er} novembre 2016, avait pour objectif de demander une évaluation des capacités de l'assuré en situation de travail dans une activité adaptée. A cet égard, il a indiqué que la tentative de réinsertion et d'observation réalisée en 2016 s'était soldée par un échec en raison notamment du fait que l'assuré ne pouvait rester dans une position identique plus de 15 minutes et n'arrivait pas à réaliser des gestes fins ni à se saisir d'un objet léger du fait de ses troubles sensitivo-moteurs des mains. Le Dr Z._____ a en outre relevé que le Dr S._____ n'avait plus vu l'intéressé depuis plus d'un an et n'avait été que peu impliqué dans sa prise en charge auparavant. Selon ce praticien, les médecins qui suivaient l'assuré, parmi lesquels les Drs T._____ et L._____, avaient constaté que celui-ci était peut-être en état de travailler dans une profession adaptée allégée - ce qui devait faire l'objet d'une évaluation - mais au maximum à 50%. Était annexé un rapport du 12 décembre 2016 du Dr L._____ indiquant que les douleurs de l'assuré étaient relativement constantes d'intensité fluctuante en fonction des positions et de l'activité, qu'elles étaient partiellement contrôlées par le traitement conservateur et

nécessitaient lors des épisodes récurrents de « lombago » et de « torticolis » des infiltrations de stéroïdes qui atténuaient transitoirement les douleurs pendant quelques mois. Selon ce praticien, le recourant présentait, dans bon nombre de travaux physiques ou statiques, une capacité de travail réduite définitivement.

Le 7 mars 2017, l'intimé a déposé ses déterminations et conclu que les rapports médicaux produits par le recourant n'étaient pas de nature à remettre en doute ses conclusions. Il se basait plus particulièrement sur un avis SMR du 1^{er} mars 2017, selon lequel le rapport du Dr L._____ était parfaitement en ligne avec le rapport d'examen SMR qui éliminait les tâches comportant le port de charges lourdes de façon itérative, soulignant que le Dr L._____ ne limitait en aucun cas une activité adaptée.

Le 18 avril 2017, la Cour de céans a réceptionné les documents suivants :

- un rapport du Dr Z._____ du 10 avril 2017, selon lequel les différentes pathologies affectant le recourant avaient un impact majeur sur ses capacités de travail et la réalisation des actes de la vie quotidienne, soit : impossibilité de rester dans une position identique plus de 15 minutes, de se pencher en avant, avoir des flexions ou des rotations latérales, s'accroupir, se mettre à genou, porter les bras au-dessus de la tête, soulever porter des charges même légères, réaliser des gestes fins et précis ou serrer avec ses mains, marcher en terrain accidenté ou en escalier et marcher sur terrain plat plus de 300 mètres. Selon ce praticien, les capacités de résistance et d'adaptation du recourant étaient très limitées ;

- un rapport du Dr T._____, spécialiste en rhumatologie, du 6 février 2017, indiquant que la situation actuelle était marquée par la persistance des douleurs de la nuque et du dos et que les infiltrations permettaient de soulager les douleurs pendant environ trois semaines ;

- un rapport du 15 mars 2017 du Dr L._____, attestant que les douleurs du recourant étaient résistantes au traitement conservateur et répondaient que partiellement et transitoirement aux infiltrations ;

- un rapport du 23 mars 2017 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquant qu'à ce jour, il n'avait pas de déficit moteur, mais que la marche était très précaire avec un périmètre de marche de 15 à 20 minutes en marchant très lentement et soulignant que l'IRM démontrait essentiellement au niveau lombaire deux discopathies en L4-L5 et L5-S1 et une discopathie dégénérative avec sténose foraminale du L5-L5 du côté gauche pouvant parfaitement expliquer la symptomatologie radiculaire L5 gauche, le Dr H._____ ayant encore indiqué ceci : *« Je lui explique les principes d'une éventuelles chirurgie de libération des racines et de l'arthrodèse ce qui serait dans son cas la seule option raisonnable pour espérer avoir une amélioration de sa symptomatologie de façon pérenne ».*

Dans un avis médical du 26 avril 2017, le SMR a écrit ce qui suit :

« En se basant sur la situation qui prévalait en juin 2016, le SMR maintient sa position quant à une CT dans une activité adaptée pour notre assuré. Le seul élément qui peut être manquant dans notre Rapport d'Examen SMR du 25 mai 2016 selon les rapports des spécialistes ayant examiné notre assuré sont des LF qui « vont de soi dans une telle réadaptation » comme les changements de position et éviter les activités en position de porte-à-faux. Le fait que le Dr L._____ donne des LF montre qu'une AA est possible et il ne donne pas de limitation dans le temps (horaires) de la CT dans l'AA.

En conclusion nous maintenons notre position liée au Rapport d'Examen SMR ».

Dans un rapport du 10 juillet 2017, le Dr Z._____ s'est exprimé en ces termes :

« [...] je maintiens mon avis sur votre état de santé et votre capacité de travail en continuant la prescription d'incapacité de travail à 100% pour des professions ayant obligatoirement des contraintes

physiques, notamment parce que votre formation initiale, vos différentes formations et expériences professionnelles ont toujours été sommaires et limitées à des activités peu qualifiées et physiques. Cette position s'appuie notamment sur vos lombalgies chroniques avec lombosciatalgies aiguës, récurrentes, fréquentes et rebelles aux traitements usuels, vous interdisant de rester dans une position identique, assis ou debout, mais aussi vous fléchir en avant et latéralement, de vous mettre dans des positions en porte à faux, de travailler accroupi ou à genou, de monter sur des échelles ou échafaudages, de soulever porter des charges supérieures à 5 Kg ; des cervico-brachialgies à bascules interdisant de travailler les bras au-dessus de la tête, limitant votre abduction et vous interdisant de serrer fortement ; une obésité aggravée par la limitation de votre activité physique et qui entraîne une diminution de votre capacité de résistance une faible capacité d'adaptation à l'effort et une grande fatigabilité ».

Le Dr Z._____ a joint à son rapport un courrier du Dr H._____ du 14 juin 2017 selon lequel l'assuré allait être opéré de la colonne lombaire le 11 septembre 2017.

Donnant suite au mandat de l'OAI du 25 juillet 2017, le SMR, dans un avis du 26 juillet 2017, a résumé la situation du recourant comme suit :

« Voici donc les LF et la CT qui nous été transmises par les médecins de notre assuré et qui sont à l'origine du Rapport d'Examen SMR (25.5.2016) et de la décision (23.06.2016) :

Dr S._____ spécialiste en neurochirurgie FMH (soit le médecin le plus spécialisé concernant les atteintes de notre assuré) RM du 26.4.2016

Diagnostic : lombalgies aspécifiques ; pronostic : bénin ; traitement : conservateur ;

LF : port de charges, changement de position, pas de travail accroupi, à genou, pas les bras au-dessus de l'horizontal ;

Le Dr S._____ spécifique que l'assuré peu[t] monter sur une échelle, sur un échafaudage et peut monter les escaliers.

CT : 0% dans AH, 100% dans AA depuis le mois de février 2016

Dr L._____ anesthésiste traitement de la douleur RM du 24.03.2016 :

LF : position debout statique limitée à 1 heure, changement de position fréquente souhaitable, porte-à-faux à éviter, pas de flexion-extension de la nuque répété,

CT : 0% dans AH, 50% dans AA

Dr Z._____ médecin généraliste RM du 11.04.2016

Diagnostic : lombalgies chroniques, cervico-brachialgies, maladie coronarienne

LF : ne peut travailler longuement debout, pas de travail accroupi, penché en avant et bras au-dessus de la tête, ne peut soulever ou porter

CT : 0% AH « mais travail adapté éventuellement pour un reclassement professionnel ».

Ceci sont tous les éléments déterminants qui ont été à notre disposition à la date déterminante de la décision du 23.03.2016.

Quant à l'analyse de la lettre du 10.07.2017 du Dr Z._____, il est par exemple surprenant de voir comment il transforme l'avis du Dr H._____. Le Dr H._____ dans sa lettre du 14 juin 2017 dit qu'il a discuté d'une chirurgie de libération et qu'il a clairement évoqué les risques de cette chirurgie, a remis à l'assuré un document sur ces risques. Le Dr H._____ dit que l'assuré désire se faire opérer et le Dr H._____ l'incite alors à ne pas faire une nouvelle infiltration dans l'espoir que la situation se stabilise au cours de l'état pour éviter l'intervention. Il dit également que de toute façon il verra l'assuré encore une fois pour confirmer ou non l'indication de la chirurgie. Il n'y a clairement pas d'indication de chirurgie et surtout pas de garantie de résultats avec la chirurgie sur un tableau clinique comme celui de l'assuré. Le Dr S._____ lui a clairement dit qu'il n'y avait aucune indication chirurgicale et la situation clinique n'a pas changé depuis lors. Dès la première consultation de l'assuré auprès du Dr H._____, ce dernier écrit : il n'y a pas d'obligation ni d'urgence à faire ce type de chirurgie et qu'il ne la fera que sur demande de l'assuré ! Ce n'est donc qu'un vulgaire mensonge que fait le Dr Z._____ en disant que vu la situation si catastrophique de l'assuré que le Dr H._____ a pris la décision de proposer une intervention chirurgicale.

Il y a d'autres éléments surprenants dans la lettre du Dr Z._____ comme le fait maintenant de mentionner l'obésité comme facteur aggravant obésité qui s'est aggravée ces derniers temps en raison de l'inactivité de l'assuré ! En 2016, le Dr Z._____ n'avait même pas mentionné l'obésité comme atteinte non invalidante. Mais le Dr Z._____ n'a pas semble-t-il proposé d'aider l'assuré à perdre du poids ce qui ne pourrait que être bénéfique dans le cadre de douleurs lombaires. Je rappelle ici que d'une part l'obésité n'est pas une atteinte invalidante pour l'AI mais que l'assuré est censé faire tout ce qui est possible pour diminuer la perte de la Capacité de gains et dans ce domaine perdre du poids améliorera la situation en diminuant les douleurs qui sont le seul symptôme dont se plaint l'assuré !

Je précise ici que visiblement le Dr H._____ ne suit notre assuré que depuis une date postérieure à la décision de refus de rente.

Ni le Dr Z._____ ni l'assuré n'ont mentionné à l'OAI la présence du Dr T._____ comme un des médecins qui suivent et soignent l'assuré ! En effet ce dernier dit dans sa lettre avoir vu l'assuré pour la première fois au mois de février 2017. Il prescrit un traitement conservateur et n'évoque pas de traitement chirurgical.

Les descriptions cliniques faites les Dr H._____ et T._____ montrent que sur le plan objectif il n'y a pas de changement par rapport à la période avant la décision de refus de rente.

Dernier point je confirme que les LF se recourent et se traduisent finalement par les mêmes conclusions que les postes de travail physiques sont tous des postes qui ne sont pas adaptés et que seuls des postes qui ménagent la colonne rachidienne sont accessibles à notre assuré ».

Le 16 août 2017, la Cour de céans a réceptionné de l'intimé les documents suivants :

- un mandat REA du 2 août 2017 demandant au spécialiste en réadaptation de confirmer que le calcul du salaire exigible du 15 novembre 2016 tenait déjà compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles listées dans l'avis SMR du 26 juillet 2017 et, dès lors, que les activités citées à titre d'exemple dans la fiche du 15 novembre 2016 étaient adaptées à la situation du recourant au 23 août 2016 et, dans la négative, d'établir un nouveau calcul du salaire exigible tenant compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles à la date de la décision litigieuse ; et

- une communication interne à l'OAI du 3 août 2017, selon laquelle les activités industrielles légères mentionnées dans le calcul du 15 novembre 2016 restaient valables.

Selon un rapport du 17 octobre 2017 du Dr H._____, l'assuré a subi une double arthrolyse lombaire L4-S1 en septembre 2017.

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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, est litigieuse la question du droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement à une rente.

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 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 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.

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%.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette

appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

4. a) 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 (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 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

b) 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'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle de concierge. En revanche, en se fondant sur les conclusions du Dr C._____ du SMR, l'OAI a considéré que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de février 2016. Le recourant soutient quant à lui que les conclusions divergentes des Drs Z._____, L._____, T._____ et H._____ auraient dû amener l'intimé à retenir une capacité de travail restreinte dans une

activité adaptée, respectivement à procéder à un complément d'instruction.

Après examen des pièces au dossier, il apparaît que les conclusions de la grande majorité des praticiens ayant examiné le recourant divergent de celles du Dr C._____ s'agissant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. En effet, si le médecin du SMR s'est rallié aux conclusions du Dr S._____, qui attestait dans son rapport du 26 avril 2016 la possibilité d'une reprise du travail dès février 2016 dans un travail adapté limitant le port de charge, il n'en demeure pas moins que c'est avis apparaît isolé et que le dernier contrôle auprès de ce médecin date du 4 février 2016. Ainsi, le Dr L._____ - et contrairement à ce que retient le Dr C._____ dans son rapport du 26 avril 2017 - a indiqué, dans son rapport du 24 mars 2016, que la capacité de travail de l'assuré était de 50% dans une activité adaptée à ses limitations (port de charge limité à 5kg maximum, position assise continue limitée à 1 heure, position debout statique limitée à 1 heure, changement de position fréquente souhaitable, porte-à-faux à éviter, flexion - extension statique ou répétée nuque et rotations bassin/épaules à éviter) ; il a également confirmé dans son rapport du 12 décembre 2016 que le recourant présentait une capacité de travail fortement réduite dans « bon nombre de travaux physiques ou statiques ». Quant au Dr H._____, même s'il indique qu'il n'y a pas d'urgence à ce que le recourant se fasse opérer, il a fait état de grandes difficultés de marche et indique que seule une opération chirurgicale pourrait permettre une amélioration sur le long terme (cf. rapport du 23 mars 2017), opération qui a finalement été effectuée au mois de septembre 2017. Le Dr Z._____, médecin traitant de l'assuré, a pour sa part mis en avant, à de multiples reprises, les nombreuses limitations fonctionnelles du recourant, sans que celles-ci ne soient prises en compte par l'OAI. Ainsi, dans son rapport du 11 avril 2016 déjà, le Dr Z._____ précisait que le recourant présentait des capacités de résistance limitée, ne pouvait ni travailler longtemps debout, ni accroupi, penché en avant ou les bras en-dessus de la tête et qu'il ne pouvait ni soulever, ni porter des charges mêmes légères, ni rester dans une position identique plus de 15 minutes, ni réaliser des gestes fins et

précis, ni marcher en terrain accidenté ou à plat plus de 300 mètres. S'il a certes indiqué la mention « travail adapté éventuellement pour un reclassement professionnel », le Dr Z._____ a expliqué que c'était dans le but d'évaluer les capacités de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Or force est de constater que la tentative de réinsertion professionnelle s'est soldée par un échec, les douleurs subies par le recourant l'ayant contraint à mettre prématurément un terme à la mesure d'intervention précoce mise en place par l'OAI. A cet égard, on relèvera qu'P._____, bien qu'elle ne soit pas médecin, a également mis en avant les grandes difficultés rencontrées par le recourant dans le cadre de cette mesure, ainsi que le « fossé » entre l'avis de l'OAI et celui des médecins traitants.

C'est ici le lieu de relever que les différents rapports du SMR, ainsi que les communications et décision de l'OAI, ne sont pas convaincants. La décision du 23 août 2016 mentionne en effet comme seule limitation fonctionnelle le port de charges lourdes, toute activité exempte du port de charges lourdes étant pleinement exigible. De plus, le calcul du salaire exigible effectué dans le cadre de la procédure de recours pour tenir compte davantage desdites limitations retient des activités légères de finition de pièces et des travaux à l'établi en position assise, alors que l'assuré ne peut pas réaliser des gestes fins ni tenir la position assise. Il apparaît donc que ces activités ne respectent pas les nombreuses limitations fonctionnelles retenues par les médecins traitants, dont le SMR dit pourtant avoir tenu compte (cf. communication interne du 3 août 2017). En outre, la capacité de travail dans une activité adaptée évaluée à 50% par plusieurs médecins n'a pas été examinée.

On constate encore que la problématique des troubles sensitivo-moteurs des mains empêchant l'assuré de se saisir d'un objet léger et de réaliser des gestes fins (cf. rapports du Dr Z._____ des 9 septembre 2016 et 19 janvier 2017) n'a pas été investiguée par l'intimé, alors qu'une telle atteinte, si elle est avérée, entraîne des limitations différentes de celles découlant d'atteintes dorsales.

b) Compte tenu de ce qui précède, les éléments au dossier ne sont pas suffisamment concordants pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. L'intimé s'est en effet prononcé sur la base d'un dossier incomplet et comportant des contradictions, en s'abstenant de procéder à des mesures d'instruction en vue de trancher objectivement les avis médicaux discordants au dossier, de déterminer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée et d'analyser l'impact des troubles sensitivo-moteurs sur sa capacité de travail. Le Dr C._____ du SMR semble suggérer une aggravation des lombalgies postérieure à la décision litigieuse en se fondant sur l'avis isolé du Dr S._____. Or, force est de constater que les atteintes comme les limitations fonctionnelles importantes que présente l'assuré existaient déjà avant la décision litigieuse comme l'attestait le Dr Z._____ qui préconisait un reclassement professionnel (cf. rapports des 11 avril 2016 du Dr Z._____ et du 24 mars 2016 du Dr L._____, attestant une capacité de travail dans une activité adaptée à 50%). Le fait que l'OAI a rendu un projet de décision le 9 juin 2016, soit quelques jours après le constat d'échec des mesures d'orientation professionnelle le 6 juin 2016, n'a pas permis d'instruire davantage ces questions. Dès lors que la décision litigieuse s'appuie exclusivement sur l'appréciation du Dr C._____ du SMR, que les avis divergents des Drs Z._____, L._____ et H._____, auxquels on peut également attribuer un caractère probant, laissent subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation et que l'importance et le nombre des limitations fonctionnelles, ainsi que leur influence sur la capacité de travail, n'ont pas été correctement examinés, 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 -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra dès lors à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA sur les volets rhumatologique/ orthopédique et neurologique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. Cela fait, il lui

incombera ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

6. a) En conséquence, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis 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 frais de justice (art. 69 al. 1bis 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.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 23 août 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le 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.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- R. _____,
- 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 :