

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mai 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Berthoud et Reinberg, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par UNIA Le Syndicat, à Lausanne

et

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

Art. 17 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. Travaillant comme monteur d'échafaudages, G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, a été victime d'un accident le 18 février 1994, ayant glissé dans les escaliers alors qu'il portait des éléments d'échafaudages. Il s'est retrouvé en totale incapacité de travail à compter de cette date.

Il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 6 juin 1994.

Des IRM lombaires effectuées les 10 mars et 13 avril 1994 ont mis en évidence une hernie discale médiane et para-médiane au niveau L4-L5, entraînant une légère empreinte sur la paroi antérieure du sac dural. Dans un rapport médical du 5 juillet 1994, son médecin traitant, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, posait comme diagnostics un syndrome lombo-vertébral, une épaule douloureuse (conflit sous-acromial), une tendomyose de la ceinture scapulaire ainsi que des « vertiges » certainement liés à une surcharge de travail.

Selon le rapport médical du 17 juillet 1995 établi à l'issue de son séjour à la clinique [...], l'assuré présentait un syndrome lombo-vertébral et pouvait être employé à plein temps à partir du 17 juillet 1995 dans des activités faisant alterner la charge ; il devait autant que possible éviter de soulever des charges lourdes.

Par décision du 29 janvier 1996, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 1995 au 31 juillet 1995, estimant qu'à cette date, il avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé.

B. L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations d'assurance-invalidité le 21 octobre 1997.

Dans un rapport médical du 10 novembre 1997, le Dr Q._____ indiquait que l'évolution de la situation de l'assuré n'était guère satisfaisante et qu'un essai de reprise du travail en septembre s'était soldé par un échec en raison des vives lombalgies ressenties par l'assuré. Ce dernier a subi une intervention chirurgicale le 25 novembre 1997, sous la forme d'une cure de hernie discale L4-L5 et d'une spondylodèse de L4-L5 par vissage. Cette opération a permis d'améliorer son état de santé et il a retrouvé une capacité de travail de 50 % à partir du 1^{er} avril 1999, selon le certificat médical du 15 février 1999 du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, puis une pleine capacité dès le 31 août 1999, selon les renseignements donnés par le Dr Q._____ à l'OAI le 26 juin 2001.

Par décisions des 7 et 21 octobre 2002, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 1998 puis une demi-rente du 1^{er} avril 1999 au 31 août 1999. A compter de cette dernière date, l'OAI considérait que l'assuré pouvait travailler dans des activités sans port de charges lourdes, sans position sollicitant le tronc et sans de longues stations immobiles debout.

C. G._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 19 mars 2015, indiquant souffrir d'une hernie discale pour laquelle une opération était prévue en avril 2015.

Il occupait un poste de chef d'équipe dans le montage d'échafaudages depuis février 2013 et s'est retrouvé en incapacité totale de travailler à partir du 7 octobre 2014.

Une IRM lombaire effectuée le 3 juillet 2014 ne permettait pas une appréciation des plus correctes des racines au niveau L4-L5 en raison des deux vis ; inférieurement le canal n'était pas rétréci et le disque était normal sans conflit avec les racines L5 ou S1 droites et supérieurement, on constatait un bombement du disque L3-L4 mais également sans image évoquant un conflit radiculaire en position intra-canalair ou foraminale.

Dans un rapport médical du 16 octobre 2014, la Dresse P._____, du Service d'urologie de [...], diagnostiquait une orchite droite ainsi qu'un syndrome radiculaire L4 avec arréflexie et hypotrophie du quadricipital droit.

Dans des rapports médicaux établis les 3 et 26 février 2015, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne, et le Dr U._____, neurochirurgien, indiquaient que l'assuré présentait depuis environ trois ans des douleurs lombaires devenant de plus en plus sévères. Le Dr U._____ posait comme diagnostic une discopathie L3-L4 avec dégénérescence facettaire douloureuse sur dégénérescence d'un segment adjacent, ainsi qu'un status après spondylodèse L4-L5 en 1998. L'assuré était soulagé partiellement par le port d'une ceinture de maintien et par des infiltrations péri-radiculaires. Une nouvelle intervention avec spondylodèse L3-L4 était envisagée. Son incapacité de travail restait de 100 %.

Le Dr D._____, médecin praticien, indiquait dans un rapport médical du 2 avril 2015 qu'en raison de sa fragilité lombaire, l'assuré ne pourrait plus reprendre son activité de monteur en échafaudages, étant précisé qu'il ne devait pas porter de charges. On pouvait s'attendre à la reprise d'une activité adaptée à plein temps, à une date encore indéterminée, et les limitations fonctionnelles devraient être redéfinies après la chirurgie prévue. Le Dr D._____ mentionnait en outre que l'assuré souffrait également d'un diabète de type II.

Dans un rapport médical du 19 juin 2015, le Dr U._____ indiquait que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis la spondylodèse (ou TLIF) L3-L4 effectuée le 4 mai 2015, même s'il présentait encore passablement de douleurs lombaires et dans les membres inférieurs. Le Dr U._____ ne voyait aucune contreindication à ce que l'assuré reprenne un jour son activité de monteur en échafaudages.

Par communication du 17 juillet 2015, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dans la mesure où sa situation médicale n'était pas encore stabilisée.

Dans un rapport médical du 15 décembre 2015, le Dr U._____ exposait que l'assuré présentait également une hypertension artérielle, des problèmes urinaires en phase d'amélioration ainsi que des apnées du sommeil. Il avait régulièrement des douleurs dans les membres inférieurs ainsi que des douleurs lombaires avec sensation d'oppression ; il portait toujours son corset et avait amélioré une partie de ses capacités physiques. Un essai de reprise du travail s'était soldé par un échec et le Dr U._____ estimait qu'un « recyclage AI » était indispensable.

A la demande du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), le Dr U._____ a précisé, par courrier du 21 décembre 2015, qu'une tentative de reprise du travail avait été effectuée, mais que le fait de se pencher pour porter des charges s'était révélé désastreux. Il estimait qu'une activité permettant des changements de position et sans port de charge devrait être possible au printemps et qu'une reconversion dans une activité légère était nécessaire.

Dans un avis médical du 2 février 2016, le SMR a retenu que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était nulle, mais que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec alternance régulière de la position assis/debout, sans soulèvement et port de charges supérieures à 7 kg et sans travail en porte-à-faux prolongé du tronc. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au printemps 2016.

La Dresse X._____, spécialiste en anesthésiologie, a exposé dans son rapport médical du 19 février 2016 que l'assuré était un cas relativement complexe, chez qui il serait extrêmement difficile d'obtenir une disparition totale des douleurs. Elle prévoyait de poursuivre dans un premier temps la physiothérapie, de réaliser plusieurs séries d'infiltrations

facetiaires, voire d'infiltrations péridurales lombaires, et en cas d'échec de toutes ces thérapeutiques, l'indication à la mise en place d'un stimulateur médullaire devrait être discutée.

Dans un rapport médical du 23 février 2016, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, diagnostiquait chez l'assuré une articulation acromio-claviculaire douloureuse à l'épaule droite, probablement arthrosique. Une infiltration avait permis d'enlever les douleurs, peut-être de manière définitive.

Le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, reprenait dans un rapport médical du 9 mars 2016 les diagnostics qu'il avait retenus en 2010-2011, à savoir un syndrome cervico-brachial partiellement C6 irritatif droit, un syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire, irritatif ou déficitaire, une dysfonction segmentaire L5-S1, un status post spondylodèse L5 post traumatique en 1998 et un status post fracture omoplate et contusion de la cheville post accident de la voie publique. Il estimait que l'assuré devait éviter les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive ainsi que les mouvements au-dessus de l'horizontale de manière répétitive.

Le 19 avril 2016, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il avait droit au placement et lui a fait parvenir un projet de décision lui octroyant une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, du 1^{er} octobre 2015 au 30 juin 2016.

Par courrier du 17 mai 2016, l'assuré a transmis à l'OAI les nouveaux documents médicaux suivants :

- dans un rapport médical du 28 janvier 2016, le Dr F._____ mentionnait qu'en l'état actuel, l'assuré présentait plutôt une aggravation de son état antérieur, que la mobilisation de sa colonne lombaire était devenue très limitée, qu'il portait un corset jour et nuit, que sa capacité de travail comme chef de chantier dans une entreprise d'échafaudage était nulle, probablement de

manière définitive, qu'il pourrait être recyclé dans une autre activité, mais que son état douloureux et limitant sur le plan ostéoarticulaire empêchait une réévaluation de sa capacité de travail dans une activité mieux adaptée ; en conclusion, le Dr F._____ estimait qu'un recyclage professionnel ne paraissait pas envisageable, que la situation devait être revue sur ce plan par un spécialiste et que si l'incapacité de travail devait perdurer au-delà du 1^{er} juin 2016, une expertise rhumatologique devait être faite afin de juger de la capacité de travail de l'assuré ;

- dans un rapport médical rédigé le 13 mai 2016, le Dr J._____, médecin praticien spécialiste en médecine interne générale, indiquait que la situation médicale de l'assuré n'allait pas s'améliorer, que ses chances de trouver par ses propres moyens un travail adapté à sa situation actuelle étaient pratiquement nulles et il évoquait la possibilité d'une reconversion professionnelle, pour autant que l'état de santé du patient le permette.

Par courrier du 19 mai 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré que le droit à une formation ou un reclassement dépendait de plusieurs conditions et notamment de la présence d'un préjudice économique substantiel, d'au moins 20 %, ce qui n'était pas son cas.

Selon un certificat médical du Dr J._____ du 15 août 2016, l'assuré était en totale incapacité de travailler du 9 août au 9 septembre 2016.

Lors d'un entretien dans le cadre de l'aide au placement, le 18 août 2016, la collaboratrice de l'OAI a relevé ce qui suit :

« Nous recevons l'assuré dans une petite forme, il marche lentement et a de la difficulté dans ses déplacements.

Il nous explique son trajet à pieds pour se rendre au RDV à l'aide de bâtons de marche et ses difficultés à rester assis plus de 10 min (le cas lors de l'entretien). »

Par décision du 7 octobre 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 2015 jusqu'au 30 juin

2016, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail. L'OAI a en effet retenu que l'assuré avait présenté une totale incapacité de travailler dans son activité habituelle à partir du 7 octobre 2014 puis qu'une activité plus légère était exigible de sa part dès le mois de mars 2016 au plus tard. Se basant sur les données statistiques et appliquant un taux d'abattement de 15 % compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré, l'OAI a calculé un revenu d'invalidé de 56'701 fr., ce qui représentait un degré d'invalidité de 11 %, soit un préjudice qui n'ouvrait pas le droit à une rente ni à un reclassement.

D. Par acte de son mandataire du 3 novembre 2016, G._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au maintien de son droit à une rente AI. Il a fait valoir que son état de santé n'avait cessé de se dégrader durant la période visée par la décision du 7 octobre 2016, comme l'attestaient ses médecins traitants. Il a produit un rapport médical succinct du 2 novembre 2016 du Dr M._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, qui exposait que l'assuré présentait un diabète de type II qui s'était majoré suite aux fréquentes infiltrations avec corticoïdes.

L'OAI s'est déterminé sur le recours le 15 décembre 2016 et en a proposé le rejet. Il s'est référé à l'avis du SMR et aux rapports médicaux du Dr U._____, qui relevait l'amélioration de la situation médicale depuis l'intervention et estimait qu'une activité permettant des changements de position et sans port de charges devrait être possible au printemps 2016 ; le fait que ce spécialiste ne devait revoir l'assuré qu'un an plus tard démontrait en outre que l'atteinte était sur le point d'être stabilisée. L'OAI a souligné que le Dr F._____ renvoyait à l'avis d'un spécialiste de sorte qu'il ne se jugeait pas compétent pour se prononcer. L'OAI a par ailleurs considéré que les déclarations du Dr J._____ n'étaient pas motivées, qu'elles étaient basées exclusivement sur des jugements de valeur et devaient être analysées au regard de sa position de médecin traitant.

Par réplique du 7 février 2017, le recourant a reproché à l'OAI d'écarter, respectivement d'ignorer les avis concordants de plusieurs médecins. Il a demandé à ce qu'une expertise indépendante soit ordonnée.

Le recourant a versé en cause des certificats d'incapacité de travail couvrant la période du 9 novembre 2016 au 31 mars 2017.

Par duplique du 2 mars 2017, l'OAI a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve des dérogations expresses prévues (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA, instaurant une procédure d'opposition, et 58 LPGA, consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (cf. art. 60 al. 1 LPGGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation. Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, par décision du 7 octobre 2016, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 19 mars 2015, lui a octroyé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} octobre 2015 au 30 juin 2016 et lui a refusé le droit au reclassement. Dans son recours, le recourant ne conteste pas le refus du droit à un reclassement, mais requiert le maintien de sa rente d'invalidité. Le litige a donc pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 30 juin 2016, singulièrement le degré d'invalidité qu'il présente depuis cette date.

3. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins

40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 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.

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.

c) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente (ATF 131 V

164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 2.2).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1).

En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

d) En l'occurrence, l'OAI a reconnu que l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis les décisions des 7 et 21 octobre 2002, qui l'avaient mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 1998 puis d'une demi-rente du 1^{er} avril 1999 au 31 août 1999. L'intimé a ainsi retenu que l'assuré avait présenté une nouvelle incapacité de travail totale à compter du 7 octobre 2014, qui ouvrait le droit à une

rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2015. Reste litigieuse la question de savoir si l'aggravation de l'état de santé reconnue par l'OAI s'est prolongée au-delà du mois de mars 2016 ou si, comme le soutient l'OAI, le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir de cette date, amélioration qui a conduit à l'extinction de son droit à la rente après trois mois, soit au 30 juin 2016.

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.).

b) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 d'un rapport médical, 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_410/2014 précité consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

5. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant présente une incapacité de travail totale et définitive dans son activité de monteur d'échafaudages. Certes, lors du contrôle post-opératoire du 18 juin 2015, le Dr U._____ a, dans un premier temps, émis un avis optimiste quant à l'amélioration de l'état de santé de son patient et envisageait même une reprise de son activité de monteur d'échafaudages à terme, contrairement à ce qu'avait retenu le médecin traitant de l'assuré, le Dr D._____, dans son rapport médical du 2 avril 2015. En réponse à un questionnaire du SMR, le Dr U._____ a toutefois fait savoir en décembre 2015 qu'une tentative de reprise de l'activité habituelle s'était soldée par échec, l'assuré étant incapable de grimper suffisamment bien les escaliers des échafaudages et de se pencher en portant des charges (cf. rapports médicaux des 15 et 21 décembre 2015).

En ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr U._____ a indiqué dans ses rapports médicaux de décembre 2015 qu'une « activité permettant les changements de position

et sans port de charge devrait être possible ce printemps » et qu'une reconversion était indispensable. Il a précisé qu'il reverrait le patient une année plus tard pour un nouveau contrôle clinique et radiologique. C'est sur la base de ces rapports médicaux que le SMR a retenu, dans son avis médical du 2 février 2016, une amélioration de l'état de santé du recourant dès mars 2016 et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La prise de position du SMR n'emporte toutefois pas la conviction. D'une part, il faut relever que le Dr U._____, en s'exprimant au conditionnel au sujet de la reprise du travail, n'émet qu'une hypothèse. D'autre part, il ne se prononce pas sur le degré de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. S'agissant des limitations fonctionnelles de l'assuré, le SMR s'écarte même de l'avis du neurochirurgien - qui excluait tout port de charges (cf. rapport médical du 21 décembre 2015) - en retenant, sur la base de la seule appréciation d'un de ses médecins rhumatologues qui n'a pas examiné l'assuré, que ce dernier est en mesure de soulever et de porter des charges inférieures à 7 kg. Ce faisant, il ignore totalement les renseignements donnés par le Dr U._____ dans son rapport médical du 15 décembre 2015, à savoir que l'assuré est incapable de se pencher en portant des charges. De plus, dans ce même rapport, le Dr U._____ évoque une amélioration seulement partielle des capacités physiques de son patient, précisant qu'il porte toujours son corset et arrive à marcher « un peu mieux » dans les escaliers.

Par ailleurs, contrairement à ce que retient le SMR, on ne saurait déduire de la seule existence du rendez-vous de contrôle prévu par le Dr U._____ à fin 2016 une stabilisation de l'état de santé du recourant, surtout à lecture du rapport médical de la Dresse X._____ du 19 février 2016, laquelle a indiqué, après avoir examiné l'assuré, que le traitement sous forme de physiothérapie ainsi que d'infiltrations devait se poursuivre et réservait même l'éventualité de l'implantation d'un stimulateur médullaire. De son côté, le Dr F._____ évoquait, à la date de sa consultation du 28 janvier 2016, une aggravation de l'état de santé antérieur à l'opération de mai 2015 et retenait un état douloureux et limitant sur le plan ostéoarticulaire, empêchant une réévaluation de la

capacité de travail dans une activité adaptée. Il doit en être déduit que l'incapacité de travail est toujours entière puisqu'elle empêche un « recyclage » ; peu importe en l'espèce que ce terme doive être compris comme une aide au placement plutôt qu'une mesure d'observation ou de réadaptation. Le Dr F._____ évoque en outre la nécessité de mettre en place une expertise rhumatologique pour juger de la capacité de travail du recourant, si son incapacité de travail perdurait au-delà du 1^{er} juin 2016.

Dans son rapport médical du 9 mars 2016, le Dr V._____ se prononce sur les limitations fonctionnelles présentées par le recourant et en partie sur sa capacité de travail, qu'il estime possible dans une activité adaptée. Son avis ne saurait cependant être pris en compte puisqu'il précise avoir examiné l'assuré en 2011 pour la dernière fois, soit avant l'aggravation de son état de santé en 2014.

Ainsi, l'hypothèse émise par le Dr U._____ en décembre 2015 d'une reprise d'une activité adaptée au printemps 2016 est infirmée par les rapports des Drs F._____ et X._____, lesquels ont examiné le recourant quelques semaines plus tard. En outre, le Dr F._____ s'exprime en qualité de médecin conseil du [...], position présumant une certaine distanciation de la situation de la personne examinée.

En l'état actuel des pièces au dossier, il est par conséquent impossible d'apprécier si la capacité de travail du recourant s'est réellement améliorée à partir de mars 2016 et à quel taux.

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de

procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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 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 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).

b) En l'occurrence, il s'avère que les faits médicaux pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, à tout le moins à la mise en œuvre d'un examen clinique, afin de déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ainsi que ses limitations fonctionnelles. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

7. a) Il s'ensuit que le recours est admis. La décision attaquée est annulée en tant qu'elle met fin au droit aux prestations le 30 juin 2016, et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens de ce qui précède, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé

en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Selon l'art. 55 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD, en procédure de recours et de révision, l'autorité alloue une indemnité à la partie qui obtient totalement ou partiellement gain de cause, en remboursement des frais qu'elle a engagés pour défendre ses intérêts. En l'occurrence, le recourant, qui est représenté par Unia Le Syndicat, soit un organisme privé agissant en tant que protection juridique, a droit à des dépens (cf. ATF 126 V 11 ; 135 V 473) dans la mesure où il obtient gain de cause. Leur montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). En l'espèce, il convient de fixer le montant des dépens à 750 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 7 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée en tant qu'elle porte sur le droit aux prestations postérieurement au 30 juin 2016, 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de dépens fixée à 750 fr. (sept cent cinquante francs).

La présidente :

La greffière :

Du

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

- UNIA Le Syndicat (pour le recourant),
- 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 :