

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 novembre 2017

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Bidiville et Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 46 PA ; art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA ; art. 4 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, était employé en qualité de conseiller technique par la société G.\_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2005.

L'assuré a été victime d'un accident vasculaire cérébral en septembre 2009. Il a bénéficié des indemnités perte de gain maladie servies par l'assurance-maladie collective de son employeur suite à cet accident.

Selon le certificat médical du 20 décembre 2010 établi par la Dresse B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, l'assuré a été en incapacité totale de travail depuis le 21 décembre 2010.

Aux termes d'un rapport médical du 16 février 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, à l'époque médecin associé au Centre universitaire J.\_\_\_\_\_, a indiqué ce qui suit :

### **« Rappel anamnestique**

Il s'agit d'un patient de 47 ans, qui travaille en tant que conseiller technique, toujours à 100%, qui présente depuis août 2010 des cervico-brachialgies à droite. La douleur actuellement se trouve au niveau cervical avec les irradiations vers l'omoplate droite et irradiations vers l'épaule à droite, sans irradiation dans le bras. La force est diminuée au niveau du biceps, selon ses dires, il n'y a pas de perte de la sensibilité, il a des fourmillements au niveau de l'index et du majeur de la main droite, mais pas de problème au membre supérieur gauche ni dans les membres inférieurs. La marche est normale, pas de trouble sphinctérien. Ce problème a commencé petit à petit dès le mois d'août avec une augmentation par la suite et qui n'a pas été soulagé par un traitement conservateur, y compris de la cortisone, du Dafalgan, du Tramal. Il faut noter que le patient est sous Aspirine pour un AVC d'origine peu claire.

### **Objectivement**

Son examen neurologique montre une perte de la force de M4 du biceps et du rachio-radialis, une diminution du biceps du réflexe bicipital à droite. Aujourd'hui, la force au niveau du triceps ainsi que les réflexes tricipitaux sont dans la norme. »

On extrait ce qui suit d'un second rapport de la même date du Dr M. \_\_\_\_\_ :

« L'IRM montre des changements dégénératifs principalement au niveau C6-C7 et C5-C6 avec un rétrécissement du foramen bilatéralement et principalement à droite et entre C6 et C7.

### **Appréciation**

Dans ce contexte clinique et électrophysiologique, il est raisonnable à mon avis de faire une dissectomie C5-C6 et C6-C7 pour décompresser le nerf C6 et C7 à droite. J'ai discuté les pour et les contres, les indications et les risques avec le patient et il est d'accord de se faire opérer. Nous allons donc le convoquer pour cette chirurgie dès que possible. »

Dans le cadre d'une procédure de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), un rapport d'évaluation daté du 30 mars 2011 a été rédigé par le conseiller en charge du dossier, qui a constaté les éléments suivants :

« Il est encore trop tôt pour définir si son activité de conseiller technique est adapté[e] ou non à son état de santé. Toutefois, au vu des descriptions de son poste de travail (déplacements d'objets relativement lourds), nous émettons des doutes quant à une reprise de cet emploi à plein temps. Par ailleurs, M. C. \_\_\_\_\_ m'informe qu'il souffre régulièrement de céphalées suite à son AVC en 2009.

Bien que sa situation médicale ne soit pas stabilisée et qu'une intervention chirurgicale est prévue en mai prochain, nous estimons qu'il est préférable qu'il dépose une demande de prestations AI. »

Suite à ce rapport, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI datée du 6 avril 2011. Il a entre autres spécifié qu'il avait des céphalées, des problèmes de déglutition, des troubles du sommeil et une fatigue intense suite à son accident vasculaire cérébral de 2009, mais également des douleurs, une perte de force et une mobilité restreinte suite à une lésion des cervicales, une dégradation des coussinets et une compression des nerfs. L'assuré a précisé qu'une opération était prévue le 10 mai 2011.

Dans un rapport de l'OAI du 4 mai 2011, il a notamment été retenu s'agissant de l'état de santé de l'assuré qu'il était en incapacité de travail à 100 % depuis le 20 décembre 2010 et que sa situation n'était pas

stabilisée, en particulier au vu de l'opération à venir. Pour les limitations fonctionnelles, le conseiller a indiqué que les travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale n'étaient pas possibles et que même en position assise, l'assuré rencontrait des douleurs au niveau de ses cervicales, ce qui avait été constaté durant l'entretien d'évaluation. Le conseiller a conclu que les mesures AI étaient prématurées.

Par courrier du 29 juin 2011, l'employeur de l'assuré a résilié les rapports de travail au 30 septembre 2011.

Selon le rapport médical adressé le 20 septembre 2011 par la Dresse B. \_\_\_\_\_ à l'OAI, la situation de l'assuré était la suivante :

« Lorsque je revois une 1<sup>ère</sup> fois le patient en post-opératoire, le 26.05.11, il signale l'apparition, depuis l'opération, de troubles de l'équilibre, d'une impossibilité à courir et de paresthésies des pieds, avec persistance d'une douleur dans la région de l'omoplate D, persistance d'une atteinte motrice du MSD [membre supérieur droit], également d'une atteinte sensitive. A ce moment-là, l'examen clinique met en évidence une parésie proximale importante du MSD, avec une impossibilité à tenir le Mingazzini à D, avec une impossibilité à sautiller sur la jambe D et une difficulté à sautiller sur la jambe G, l'apparition d'un clonus épuisable au niveau achilléen D, avec un R cutané plantaire en extension ddc [des deux côtés] et une aréflexie du MSD, sans atteinte sensitive détectable.

Lorsque je le revois le 15.09.11, le patient déclare qu'il a toujours des troubles sensitifs du pied D, prédominant au niveau du gros orteil D, que l'atteinte motrice du MSD n'a pas récupéré, par contre que la douleur de l'omoplate D a diminué et que les céphalées sont toujours quotidiennes, devenant à son avis plus handicapantes qu'auparavant, malgré un traitement de Novalgine, Dafalgan et Tramal.

[...]

Pronostic

Persistance à long terme de céphalées, Risque important de déficit moteur handicapant au niveau du MSD et de douleurs cervicodorsales, étant donné l'absence d'amélioration significative 5 mois après l'intervention chirurgicale cervicale.

[...]

En raison de l'atteinte motrice du MSD, le patient ne peut plus porter de charge et, en raison de l'importance de l'atteinte de la colonne cervicale, également les trajets en véhicule motorisé prolongés sont contre-indiqués ; en raison de l'atteinte résiduelle au niveau des MI [membres inférieurs], ainsi que de l'atteinte motrice au niveau du

MSD, des travaux nécessitant un bon équilibre ou sur des échafaudages sont contre-indiqués. En raison des douleurs, tant au niveau de l'omoplate D que des céphalées, il peut y avoir une diminution de rendement dans toute activité après quelques heures.

[...]

D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible?

en raison des contraintes physiques qu'elle demande, incapacité à 100%

[...]

En cas d'activité adaptée au handicap, je pense qu'une capacité de travail à 50 % pourrait éventuellement être trouvée, les douleurs empêchant, à mon avis, une reprise de travail à 100 %, même dans un poste adapté au handicap moteur. »

A la teneur du rapport du 5 octobre 2011, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a constaté que la récupération n'était pas présente - le patient étant très gêné par les douleurs au niveau de l'épaule -, que dite récupération ne serait que très lente et qu'il restait conjectural, vu l'importance de l'atteinte, de savoir si elle pouvait être fonctionnellement efficace.

Dans le rapport du Service médical régional (ci-après : SMR), signé le 9 novembre 2011 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, ce dernier a rappelé les différents rapports médicaux de ses confrères et conclu à une capacité de travail nulle comme conseiller technique externe et de 50 % dans une activité adaptée depuis septembre 2011, en précisant dans les limitations fonctionnelles que l'assuré ne devait pas accomplir de travaux lourds ou avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, ni porter des charges de plus de cinq kilos, ni utiliser d'échelle ou d'échafaudages.

Par courrier du 23 janvier 2012, l'assuré a fait part de sa situation à l'OAI. Il a exposé les éléments suivants :

« [...] En plus des maux de tête aigus qui ne me lâchent plus depuis mon AVC de 2009 se rajoutent des douleurs persistantes provenant avant et après l'opération de mes cervicales en mai 2011.

Tout mon quotidien est dicté par ces différentes douleurs. Elles me réveillent tôt le matin (entre 6.00h et 7.00h) après de courtes nuits qui ne sont que possibles après l'absorption de somnifères. Je ne peux pas me coucher avant 24.00h - 1.00h vu que les médicaments ont un effet qu'éphémère.

Tous les jours j'absorbe différents médicaments, le matin, à midi ou selon douleurs, l'après-midi, le soir, au coucher et en cas de pics de douleurs intenses.

Le matin je suis obligé de prendre ces médicaments pour masquer les douleurs et mes anxiétés liées à cette situation persistante. Toute ma journée est perturbée par la prise de ces différents médicaments et toutes ces douleurs mais en même temps ces médicaments me permettent d'avoir un semblant de quotidien. Je remarque qu'une prise régulière de ces médicaments n'a pas qu'un effet soulageant mais aussi entrave mon organisme.

[...]

J'ai eu une visite médicale chez le professeur N. \_\_\_\_\_ le 17 janvier 2012. Nous avons procédé à un changement de traitement médical afin d'essayer de trouver une solution à mes douleurs.

J'aimerais qu'il soit procédé à nouveau à une évaluation de mon état de santé et me tiens à votre disposition pour organiser les rendez-vous y relatifs. A ce jour je ne crois pas qu'un essai de réinsertion soit envisageable vu mes troubles quotidiens de santé et de douleurs. Les douleurs ne se laissent malheureusement pas minuter et ce même avec la prise de médicaments. La prise de médicaments contre les douleurs n'a encore jamais permis de pouvoir vivre un jour voir ½ journée sans douleurs. »

Suite à une visite de l'assuré pour un stage d'observation à l'atelier d'intégration du Centre Orif de [...], le Dr H. \_\_\_\_\_ a rédigé un avis médical le 4 avril 2012, indiquant qu'une nouvelle opération neurochirurgicale était envisagée et qu'aucune mesure n'était possible, la situation n'étant pas stabilisée. Le médecin a encore précisé qu'il était vraisemblable que la nouvelle opération à visée antalgique ne modifierait pas les limitations fonctionnelles, ni la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

L'OAI a informé l'assuré par envoi du 5 avril 2012 que selon les investigations menées, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé et que son droit à une éventuelle rente allait être examiné.

En date du 20 novembre 2012, l'assuré a subi une chirurgie de décompression de la racine C5 droite par foraminotomie antérieure.

Aux termes du rapport du 6 mars 2013 du Dr M.\_\_\_\_\_, les indications suivantes figuraient sous la rubrique « *Conclusions, traitement et évolution* » :

« L'évolution suite à la chirurgie n'est actuellement pas favorable, en l'absence d'amélioration clinique voire même avec une péjoration objective. La douleur joue toutefois un rôle important dans l'examen clinique. Je n'attends pas d'amélioration trois mois après cette chirurgie, mais plutôt dans l'année la suivant, si toutefois une amélioration devait avoir lieu. Afin de tirer au clair l'évolution de ce patient, je souhaite le revoir en mai 2013, avec des radiographies cervicales fonctionnelles. Je demande également un ENMG [électroneuromyogramme] de contrôle à mes collègues de l'unité nerf-muscle du Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_, afin de le comparer à l'examen effectué en octobre 2012, avec évaluation neuromusculaire des membres inférieurs en présence de douleurs de type radiculaire/pseudo-radiculaire dans la jambe gauche, également de type chronique, sans faiblesse ni perte de sensibilité, qui constituent également un élément handicapant pour le patient.

Je ne manquerai pas de vous tenir au courant de cette situation difficile ; à mon avis, le pronostic est relativement sombre pour une amélioration du point de vue de la force et l'éventualité d'un retour au travail en tant que mécanicien de précision est relativement faible compte tenu du fait notamment que le dernier jour de travail date de décembre 2010 ; je transmets au patient un arrêt de travail à partir de ce jour jusqu'à fin mai 2013. »

Selon le rapport médical du 4 juillet 2013, le Dr M.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré avait bénéficié d'une évaluation neuromusculaire des membres supérieurs, avec des signes de réinervation dans les myotomes de C5-C6 à droite, mais que les signes de réinervation étaient très pauvres et compatibles probablement avec un pronostic clinique relativement mauvais du point de vue de l'amélioration. Le praticien a notamment ajouté ce qui suit :

« J'ai eu une discussion détaillée avec le patient et je pense qu'il est actuellement difficile de se prononcer de manière définitive sur son avenir après que six mois de la chirurgie. A mon avis il faut attendre jusqu'à un an après pour un avis définitif.

[...] A mon avis son pronostic pour une amélioration neurologique est mauvais, et je n'attends pas un changement important de la force dans le bras). »

Par avis médical du 29 août 2013 établi suite au rapport précité, le Dr H.\_\_\_\_\_ a maintenu les conclusions du rapport SMR du 9 novembre 2011, hormis la précision d'une incapacité de travail totale temporaire de douze semaines maximum en lien avec l'intervention du 20 novembre 2012.

A la teneur des rapports médicaux du Dr M.\_\_\_\_\_ des 26 novembre 2013 et 29 janvier 2014, aucune amélioration subjective n'était notée par l'assuré - qui avait des douleurs au dos, irradiant parfois vers la fesse gauche, avec une perte de force « épisodique » de la jambe gauche. Le médecin faisait état d'un pronostic sombre. Une consultation auprès du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin praticien, était prévue.

Selon l'avis médical du 3 avril 2014 du SMR, le Dr K.\_\_\_\_\_ a constaté que les deux rapports du Dr M.\_\_\_\_\_ des 26 novembre 2013 et 29 janvier 2014 n'apportaient aucun élément médical nouveau. Il a ainsi maintenu les conclusions du SMR du 29 août 2013.

Par courrier du 8 avril 2014, l'OAI a informé l'assuré - tout en réservant l'examen de son droit à d'éventuelles autres prestations - qu'une orientation professionnelle aurait lieu pour déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle.

Selon le rapport du 2 juin 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_ a précisé le diagnostic de l'assuré comme suit :

- « ● Lombo- pygialgies chroniques dans le contexte de :
- Troubles dégénératifs étagés prédominant au niveau lombaire bas.
  - Déconditionnement physique sévère.
  - Cervico-brachialgies droites résiduelles dans le cadre d'un status après discectomie antérieure avec fusion C5/C6 et C6/C7 et foraminotomie antérieure C5 droite en 2012.
  - Status après AVC en 2009. »

Ce médecin a noté que l'assuré développait progressivement une faiblesse dans son membre supérieur droit amenant finalement un

examen neurologique, montrant un déficit. Il a ajouté les éléments suivant :

« Une sanction chirurgicale est effectuée qui malheureusement ne permet pas au patient de retrouver une mobilité et une utilisation complète de son MSD. De la physiothérapie a été effectuée, mais a été stoppée depuis 1 année. Des gestes infiltratifs auraient eu lieu dans la région lombaire et cervicale, ainsi que des injections infra-musculaires par vous-même, qui semblent le soulager momentanément.

Face à cette situation de douleurs chroniques, le patient m'est adressé pour avis.

[...]

### **Anamnèse**

#### **Plaintes actuelles :**

Le patient signale des douleurs lombaires basses augmentées lors des postures statiques. La position assise est mal supportée, dès 10 min rendant un changement postural nécessaire. La position debout stationnaire est difficilement évaluée par le patient (peu de précision). Pas de limitation de la marche en raison des douleurs. Barométralgies. Douleurs nocturnes avec des réveils. Irradiation douloureuse dans la région fessière droite ou gauche.

De plus, le patient signale des douleurs cervicales et des brachialgies D: surtout de l'épaule, avec des limitations fonctionnelles, pas d'abduction, quelques mouvements de flexion. Il utilise son MSG pour suppléer et aider le MSD.

[...]

### **Conclusions, traitement et évolution**

Ce patient présente donc des troubles dégénératifs dans le cadre d'un important déconditionnement, mais aussi de séquelles de son membre supérieur droit avec une importante amyotrophie de la ceinture scapulaire avec une faiblesse du deltoïde majeure. Dans ce contexte, un programme de reconditionnement musculaire, que nous proposons ici à l'Hôpital Orthopédique, ne changerait malheureusement pas grandement la situation. Tout au plus on pourrait se poser la question s'il ne faudrait pas majorer la médication de morphiniques et deuxièmement s'il ne faudrait pas éventuellement introduire un antidépresseur à visée antalgique : le patient aurait déjà pris du Saroten dans le temps et on se pose la question si éventuellement le Cymbalta serait un peu plus efficace. Je n'ai pas d'autre proposition thérapeutique à offrir à ce patient. »

Le 6 octobre 2014, l'assuré a entrepris un stage d'observation auprès du Centre Orif de [...] afin d'examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail.

Par certificat médical du 8 octobre 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a déclaré ce dernier en incapacité de travail à 100 % « *jusqu'au 27 octobre 2014 au moins* ».

Dans un courrier du 14 novembre 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait part à l'OAI de sa grande inquiétude quant à la situation de son patient. Il a relevé qu'il devait le recevoir beaucoup plus fréquemment qu'auparavant pour des injections d'anesthésiques et analgésiques. Il a ajouté que l'assuré était sous morphiniques Targin 20-10-20 mg par jour et qu'il prenait deux Dormicum, un Trittico 50 mg et deux Zolpidem tous les soirs, le Dr F.\_\_\_\_\_ devant prendre des mesures limitatives afin d'éviter le passage en dépendance.

Dans une note de l'OAI, établie à la suite d'un entretien téléphonique du 18 novembre 2014 avec les responsables auprès du Centre Orif, figuraient les éléments suivants :

- « - Très rapidement après avoir commencé il [l'assuré] est en arrêt à 50%, finalement le Dr F.\_\_\_\_\_ constate une aggravation de la santé avec besoin d'augmenter les analgésiques. D'ailleurs, le médecin souhaitait arrêter le stage vu les douleurs, mais M. O.\_\_\_\_\_ a pu négocier une poursuite à 25%, soit 2h/jour du lundi au vendredi depuis déjà env. 3 semaines.
- Très concrètement depuis le début du stage, l'assuré montre d'importantes douleurs (cervicales, MS). Il n'est donc testé qu'à hauteur d'établi, sur ordinateur. A ce poste, pendant les 2heures de présence, il doit alterner les positions de manière fréquente, peine grandement à se concentrer vu les douleurs. Lorsqu'il serre la main pour dire bonjour, il doit tenir le bras tout contre son corps (ventre) et parle d'une importante perte de mobilité de la main D suite aux opérations.... »

Par avis médical du 24 novembre 2014 du SMR, le Dr H.\_\_\_\_\_ a mentionné ce qui suit :

« Il n'y a aucun fait médical nouveau, mais une appréciation différente d'une situation identique par le médecin traitant.

Il serait largement temps de procéder à une approche théorique dans cette situation. »

Le rapport final relatif au stage d'orientation, établi le 5 décembre 2014 par l'OAI, rappelait les points relatés dans la note précitée de l'Office et indiquait que l'assuré avait finalement été mis en incapacité totale par le Dr F. \_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014. On extrait encore de ce document les éléments suivants :

« L'assuré est trop pris par ses douleurs et ses difficultés, il n'entre pas dans une démarche constructive de réinsertion professionnelle. Il est en ce sens soutenu par son médecin traitant qui signe encore actuellement les arrêts de travail. »

Quant au rapport établi le 19 décembre 2014 par le Centre Orif, il retenait ce qui suit sous la rubrique « *Conclusion et proposition* » :

« M. C. \_\_\_\_\_ se montre tout à fait collaborant et exécute volontiers les tâches qui lui sont confiées, tout en maintenant que cela n'a pas de sens dans la situation dans laquelle il se trouve. Votre assuré nous dit aussi que son traitement médicamenteux a atteint son plafond sans toutefois calmer suffisamment ses douleurs. Autrement dit, son médecin lui prescrit la dose antalgique maximale et pourtant ses douleurs persistent, voire augmentent.

Le simple fait d'être présent à l'atelier représente déjà un effort par moment insupportable. Lors des entretiens, il s'exprime essentiellement sur sa souffrance physique et morale et se montre incapable de parler ou de mettre l'accent sur l'activité qu'il pratique. La douleur prend pratiquement toute la place dans son corps et son esprit, ce qui rend momentanément impossible toute construction de projet de réorientation professionnelle.

Dès lors et comme convenu lors de notre synthèse du 04.12.2014 votre assuré quitte notre Centre avant l'échéance de la mesure octroyée, soit le **07.12.2014**. »

En date du 13 février 2015, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant un droit à trois-quarts de rente (degré d'invalidité de 64 %), sous déductions des indemnités journalières déjà perçues, à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2011, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année.

Par courrier du 18 mars 2015, le recourant, représenté par Me Jana Burysek, a fait part de ses objections et requis l'assistance juridique gratuite au vu de sa situation financière. Il a principalement reproché à l'OAI d'avoir fondé sa décision sur un rapport médical du 20 septembre 2011, alors que son état de santé n'était pas encore stabilisé. Il a

également fait état d'examens neuropsychologiques qu'il avait subis les 24 février et 5 mars 2015 et produit un rapport d'évaluation établi par Mme L.\_\_\_\_\_, psychologue. Enfin, le recourant a mis en avant que son revenu sans invalidité n'avait pas été calculé en tenant compte de l'évolution salariale et proposé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par un rhumatologue, un neurologue et un neuropsychiatre.

Les conclusions du rapport d'évaluation de Mme L.\_\_\_\_\_ remis par l'assuré étaient les suivantes :

- « Cette évaluation neuropsychologique, met en évidence:
- des troubles sévères en mémoire antérograde visuo-spatiale en situation de reconnaissance
  - légers troubles de la mémoire immédiate verbale
  - des troubles modérés de certaines fonctions exécutives (ralentissement difficultés de flexibilité mentale, défaillances d'attention, difficultés de planification)
  - une discrète dysarthrie, une dysphonie et un bégayement sporadique, séquelles d'AVC bulbaire

Les autres fonctions cognitives évaluées (langage oral et écrit, calcul écrit, praxies constructives et gestuelles, gnosies visuelles, mémoire de travail, mémoire antérograde verbale, mémoire rétrograde, orientation, incitation, programmation, inhibition, raisonnement abstrait) sont globalement préservées.

**Les douleurs chroniques, les troubles de l'humeur, l'antalgie aux opiacés peuvent, chacun ou tous ensemble, perturber la mémoire immédiate. Le dysfonctionnement exécutif semble lié à l'antalgie majeure.** L'origine du déficit en mémoire visuo-spatiale est peu claire (dysfonctionnement vasculaire ?)  
La mémoire immédiate déficiente et les troubles attentionnels peuvent handicaper n'importe quelle activité professionnelle, la mémorisation de consigne et la réalisation de tâches simples. »

Aux termes du rapport du 14 avril 2015 de la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, et de Mme V.\_\_\_\_\_, psychothérapeute, il ressort que le Dr F.\_\_\_\_\_ a demandé l'interruption du suivi du stage à l'Orif au vu de la dangerosité pour l'assuré de l'augmentation considérable de la médication analgésique dont il avait besoin pour supporter les déplacements, la posture et les efforts exigés. Outre l'affect dépressif, auquel les thérapeutes ont pu attribuer un certain ralentissement et des troubles de

l'expression, elles ont indiqué s'être rendues compte au fur et à mesure de leurs entretiens avec l'assuré qu'il souffrait de troubles idéatoires semblant être en rapport avec une atteinte neuropsychologique. Elles ont ajouté que l'assuré cherchait inconsciemment à camoufler ou à compenser ses difficultés qui représentaient une atteinte narcissique importante. Les praticiennes ont encore relevé que l'assuré devait se faire aider par ses sœurs dans la gestion de ses affaires matérielles et administratives, ces tâches étant devenues trop complexes pour lui. On extrait encore ce qui suit dudit rapport :

« La dépression profonde de Monsieur C. \_\_\_\_\_ est de prime abord camouflée par son abord jovial et souriant qui cache son désespoir de ne pas arriver à exprimer, à cause de ses troubles idéatoires, combien la complexité de sa souffrance est grande. Si les douleurs incessantes prennent une place majeure dans ses plaintes, elles ne sont que la pointe de l'iceberg qui cache sa grande douleur existentielle.

Le risque suicidaire est pour l'instant mis entre parenthèses, Monsieur C. \_\_\_\_\_ vit avec son fils mineur dont la présence lui donne une raison de vivre.

Il nous paraît donc urgent que la diminution des capacités dont il souffre soit reconnue dans leur globalité, intégrant l'aspect neuropsychologique. »

La Dresse X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin SMR, a quant à elle exposé les éléments suivants en date du 19 mai 2015 :

« **Discussion :** A l'état actuel, nous sommes confrontés à une nouvelle atteinte de nature neuropsychologique et psychiatrique. Cependant le rapport de la Dresse P. \_\_\_\_\_ est plutôt succinct (pas d'anamnèse ni de status psychiatrique), les diagnostics ne sont pas précisés selon la CIM-10, l'évaluation de la CT se base sur une constatation subjective.

**Attitude :** Pour ces raisons, nous retenons nécessaire [d']interroger la psychiatre moyennant le formulaire « Rapport AI ». Nous remercions le gestionnaire de bien vouloir lui adresser le formulaire cité et les questions supplémentaires suivantes: « 1. Quelle est la capacité de travail de M. C. \_\_\_\_\_ dans une activité adaptée simple, répétitive, prévisible, dans un milieu bienveillant et sans stress ? 2. Depuis quand ? 3. Si elle devait être inférieure à 100%, nous vous remercions d'en expliquer les raisons ».

Suite à la demande de l'OAI, la Dresse P. \_\_\_\_\_ a fait part de ce qui suit le 31 août 2015 :

« En réponse à vos questions, comme je le disais à la Dresse X. \_\_\_\_\_ du SMR, notre rapport du 14 avril 2015 explique bien que la problématique psychiatrique de M. C. \_\_\_\_\_ est réactionnelle et donc secondaire à un trouble neurologique et neuropsychologique qui n'avait pas été reconnu clairement après l'AVC dont il a souffert en 2008.

Un examen neuropsychologique récent confirme bien cela : il met en évidence des troubles sévères en mémoire antérograde visuo-spatiale en situation de reconnaissance, de légers troubles de la mémoire immédiate verbale, des troubles modérés de certaines fonctions exécutives (ralentissement, difficulté de flexibilité mentale, défaillance d'attention, difficultés de planification), discrète dysarthrie, dysphonie et bégayement sporadique.

Ce qui implique que l'incapacité de travail, vraisemblablement à 100 %, doit être mise en lien avec cette problématique et doit donc être déduite de l'évaluation du neurologue et du neuropsychologue. »

Egalement interpellée par l'OAI, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a quant à elle établi un rapport le 23 novembre 2015, ayant le contenu suivant :

**« 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?**

- Status après AVC latéro-bulbaire D en août 2009, avec séquellairement des céphalées invalidantes et une dysarthrie persistante.
- Status après discectomie cervicale antérieure avec fusion de C5-C6 et C6-C7, en mai 2011, pour une radiculopathie C6-C7 D déficitaire avec, dans les suites, aggravation du déficit neurologique sous forme de l'apparition d'une atteinte C5 et de discrets signes cortico-spinaux des MI.
- Troubles mnésiques sévères en mémoire antérograde vis[u]o-spatiale et troubles modérés de certaines fonctions exécutives, probablement d'origine multiple (status après AVC, douleurs chroniques, médications antalgiques, troubles de l'humeur).

**2. Quelle est l'évolution de l'état santé depuis votre dernier rapport ?**

Depuis le rapport médical du 20.09.11, il n'y a aucune amélioration de l'état de santé du patient, en ce qui concerne l'atteinte post-AVC, ni de l'atteinte du MSD et des MI, consécutifs au problème cervical.

**3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ?**

0 % depuis le 21.12.2010.

**4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?**

Etant donné qu'une tentative de stage de réinsertion, effectué en 2014, a échoué, en raison de l'aggravation importante des douleurs

dans toutes les activités proposées (utilisation d'un PC, manipulation fine sans port de charge), je pense que cette capacité est de 0 %.

##### **5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?**

- En raison de la faiblesse proximale du MSD, tout port de charge et utilisation de force avec le MSD est contre indiqué.
- En raison des douleurs neurogènes dues à la lésion cervicale et des céphalées invalidantes post-AVC, toute activité demandant un effort de concentration, un port de charge, une activité soutenue de longue durée est contre-indiquée.
- En raison de l'atteinte séquellaire cortico-spinale des MI, l'équilibre du patient est moins bon et toute activité nécessitant une activité en station debout et lors de la marche, en particulier en terrain accidenté, en hauteur ou dans les escaliers, est contre-indiquée en raison d'un risque de chute.
- En raison de l'atteinte neuropsychologique mise en évidence lors d'un examen début 2015, toute activité demandant un effort intellectuel important, une concentration pour une réadaptation me semble contre-indiquée.

[...] »

Au vu des différents rapports médicaux au dossier, la Dresse X.\_\_\_\_\_, par avis médical du 1<sup>er</sup> décembre 2015, a demandé la mise en œuvre d'une expertise neurologique.

Selon le rapport d'expertise du 4 mars 2016 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, les diagnostics qui avaient une incidence sur la capacité de travail étaient les suivants : syndrome radiculaire C5-C6 droit séquellaire ; status après cure d'hernie discale, mise en place de cage et spondylodèse C5-C6 et C6-C7 le 10.05.2011 ; status après cervicotomie antérieure et foraminotomie avec décompression de la racine C5 droite le 21.11.2012. On extrait ce qui suit des conclusions de ce rapport :

- « - Il existe incontestablement un syndrome radiculaire C5-C6 droit, mais séquellaire, caractérisé par une aréflexie bicipitale et stylo-radiale, une atrophie légère, mais sans net déficit moteur, ni sensitif. Il s'agit donc d'une atteinte peu grave en termes fonctionnels. Il n'y a pas de plexopathie.
- L'AVC au niveau ponto-bulbaire n'a pas laissé de séquelles objectives.
- Des céphalées sans substrat. Une céphalée psychogène semble le diagnostic le plus vraisemblable dans le cadre du contexte. En effet, l'intensité, les répercussions, dépassent celles que l'on rencontre dans une céphalée de tension. Une céphalée secondaire est exclue en tenant compte de l'ensemble des

- éléments à disposition, et en particulier les céphalées ne peuvent être expliquées par l'ancien AVC.
- Des anomalies neuropsychologiques non spécifiques, également sans net substrat somatique sous-jacent, et vraisemblablement multifactorielles, chez cet assuré traité par des analgésiques opioïdes, connu également pour une pathologie psychiatrique associée.

**L'atteinte à la santé est donc objectivement peu sévère sur le plan somatique, et compte tenu de la pathologie rachidienne cervicale, on peut estimer que l'assuré n'est pas en mesure de porter des charges de plus de 15 kg. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière.**

**Comme mentionné ci-dessus, de nombreuses incohérences apparaissent dans le dossier. Il existe également un écart très net entre les limitations telles qu'elles sont appréciées par l'assuré, et les éléments objectifs. Une composante fonctionnelle est donc indiscutable.**

**Des mesures de réadaptation ne semblent pas indiquées, les activités effectuées jusqu'à ce jour par l'assuré étant adaptées aux limitations fonctionnelles. Le pronostic est par ailleurs réservé, ceci pour des raisons surtout contextuelles, chez cet assuré qui ne travaille plus depuis 6 ans, installé dans son invalidité, et pour lequel des mesures d'observation professionnelle ont très rapidement abouti à un échec. »**

Par avis médical du 31 mars 2016, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a indiqué que les conclusions de l'expertise allaient être suivies en retenant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. La praticienne a néanmoins demandé que l'expert soit réinterrogé sur la date à partir de laquelle une capacité de travail entière dans une activité adaptée pouvait être retenue, ainsi que sur les limitations fonctionnelles sur le plan neurologique dont il y avait lieu de tenir compte.

Par courrier du 28 avril 2016, le Dr T.\_\_\_\_\_ a répondu à la première question qu'il s'agissait vraisemblablement de juin 2014 et pour la seconde demande que l'assuré n'était pas en mesure de porter des charges de plus de 15 kg, mais qu'il n'y avait pas d'autre limitation fonctionnelle.

Au vu des informations obtenues, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a retenu dans son avis médical du 20 mai 2016 que la capacité de travail adaptée

serait de 50 % de septembre 2011 à fin mai 2014, puis de 100 % dès le mois de juin 2014, en précisant qu'il n'y avait pas de motifs de s'écarter des conclusions de l'expert.

**B.** En date du 8 août 2016, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision prévoyant un droit à trois quarts de rente à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2011 jusqu'au 31 août 2014, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, sous déduction des indemnités journalières déjà versées.

Par courrier du 12 septembre 2016, l'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté le projet en ce sens qu'il demandait l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011. Il a critiqué l'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ et réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par un rhumatologue, un neurologue et un neuropsychiatre pour déterminer, notamment, sa capacité résiduelle de travail et les limitations fonctionnelles. L'assuré a précisé que le rapport d'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ était en complète contradiction avec les divers rapports médicaux et administratifs, plus particulièrement ceux établis en 2014. Il s'est référé pour le surplus à son courrier du 18 mars 2015. L'assuré a enfin rappelé qu'il avait requis l'octroi de l'assistance juridique gratuite, requête sur laquelle l'OAI ne s'était pas prononcé.

Le 30 septembre 2016, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant de refuser l'assistance juridique gratuite à l'assuré au motif que la procédure ne comportait pas de risques importants pour la situation juridique de l'intéressé au sens de la jurisprudence en la matière et que l'affaire ne présentait pas un caractère exceptionnel, ni de particularité procédurale qu'un représentant d'une association, un assistant social ou une autre personne de confiance d'une institution sociale ne pourrait traiter de manière satisfaisante.

Par envoi du 3 novembre 2016, l'assuré a conclu à la réforme du projet précité en ce sens que l'assistance juridique gratuite lui soit accordée vu les difficultés liées à la lecture et à la compréhension d'une

expertise médicale, l'exigence de certaines connaissances et les problématiques relatives à la procédure administrative.

**C.** Par décision du 2 décembre 2016, l'OAI a confirmé son projet de refus de l'assistance juridique gratuite du 30 septembre précédent, en réitérant les arguments déjà invoqués dans le projet.

S'agissant de la procédure au fond, l'OAI a notamment exposé, par courrier du 10 janvier 2017 adressé à l'assuré, qu'il n'y avait aucune raison de remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_, qui avait écarté la nécessité de mettre en œuvre une expertise psychiatrique dès lors que l'assuré n'était plus suivi psychologiquement. Selon l'OAI, les autres limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte de sorte qu'il n'y avait pas non plus lieu de compléter l'instruction médicale sur le plan rhumatologique. Pour ce qui est du revenu sans invalidité, l'OAI a mentionné avoir retenu celui indiqué par l'ancien employeur de l'assuré, indexé à l'année 2014, en précisant que même s'il avait pris en compte celui allégué par l'assuré, il n'en résultait qu'une augmentation de 1 % du degré d'invalidité, ce qui n'avait aucune incidence sur le droit aux prestations.

Par décision du 21 mars 2017, l'OAI a arrêté à 1'503 fr. la rente mensuelle due à l'assuré, respectivement à 602 fr. la rente pour enfant, s'agissant de la période du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 31 décembre 2012, et à 1'517 fr. la rente pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 août 2014, la rente pour enfant étant quant à elle de 607 francs. A cet envoi était joint un projet de décision daté du 13 février 2015, comparant le revenu que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé comme conseiller technique à celui auquel il aurait pu prétendre dans une activité adaptée (activités industrielles légères, montage-assemblage de pièces légères, contrôle-surveillance d'un processus de production, conditionnement léger). Selon les calculs de l'OAI, le degré d'invalidité était de 64 %, ouvrant un droit à trois-quarts de rente.

**D.** En date du 24 avril 2017, C.\_\_\_\_\_, représenté par Me Jana Burysek, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre les décisions précitées des 2 décembre 2016 et 21 mars 2017, en concluant principalement à leur réforme en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011 au taux de 100 % et que l'assistance juridique gratuite dans la procédure administrative lui soit accordée. Subsidiairement, le recourant conclut au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision. Il demande également à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. En substance, il fait valoir qu'une expertise pluridisciplinaire, par un neurologue, un neuropsychologue et un psychiatre, aurait dû être mise en œuvre vu le caractère incomplet de l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ et les contradictions avec les autres pièces médicales au dossier. Le recourant reproche également à l'OAI un calcul erroné du degré d'invalidité qu'il estime à 70.32 %, donnant ainsi droit à une rente entière. S'agissant enfin de l'assistance juridique dans la procédure administrative, le recourant réitère les arguments évoqués à l'appui de sa lettre du 3 novembre 2016.

Par décision du 10 mai 2017, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 29 mars 2017 et désigné Me Jana Burysek en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 27 juin 2017, l'intimé a relevé que le recours relatif à l'assistance juridique gratuite était tardif et donc irrecevable dès lors que la décision sur cette question aurait dû être immédiatement attaquée et non pas avec la décision sur le fond. Concernant la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire, l'intimé a transmis l'avis médical du 15 juin 2017 du SMR en indiquant qu'il s'y ralliait et proposait par conséquent la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet neurologique, neuropsychologique, psychiatrique et rhumatologique.

Interpellé par le juge instructeur, le recourant a entre autres indiqué, par courrier du 6 juillet 2017, maintenir ses conclusions relatives à l'octroi de l'assistance juridique pour la procédure administrative.

## **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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20], identique dans sa teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2014). 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).

**b)** La décision par laquelle l'assureur accorde ou refuse l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative en matière d'assurance sociale en vertu de l'art. 37 al. 4 LPGA est une décision d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA (ATF 139 V 600 ; 131 V 153 consid. 1). Le recours contre les décisions incidentes est soumis aux conditions restrictives posées par les art. 45 et 46 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicables par analogie (ATF 141 V 330 consid. 5.1, 139 V 492 consid. 3.1, 137 V 210 consid. 3.4.1.2 et 3.4.2.7, 132 V 93 consid. 6.1 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>ème</sup> éd. Zürich/Bâle/Genève 2015, n° 10, 16, 17 *ad* art. 56 LPGA ; Andreas Traub, *Gerichtsverfahren in Steiger-Sackmann/Mosimann* [édit.], *Recht der Sozialen Sicherheit*, Bâle 2014, n° 5.80 ss p. 201, n° 5.84 p. 202).

Selon ces dispositions, une décision incidente peut faire l'objet d'un recours lorsqu'elle est notifiée séparément et porte sur la compétence de l'autorité ou sur une récusation (art. 45 al. 1 PA) ; elle peut également faire l'objet d'un recours lorsqu'elle est rendue séparément et

qu'elle peut entraîner un préjudice irréparable ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (art. 46 al. 1 PA). Si le recours n'est pas recevable en vertu de l'al. 1 ou qu'il n'a pas été utilisé, les décisions incidentes en question peuvent être attaquées avec la décision finale dans la mesure où elles influent sur le contenu de celle-ci (art. 46 al. 2 PA).

Une décision incidente refusant l'assistance juridique au recourant n'est pas susceptible de lui causer un préjudice irréparable lorsque la procédure administrative pour laquelle l'assistance juridique a été refusée est terminée et le mandataire du recourant a déjà fait son travail (ATF 139 V 600 consid. 2.3). Comme le Tribunal fédéral l'a jugé dans l'ATF 133 V 645 consid. 2.2, dans une telle situation, l'assuré ne court pas le risque de ne pas pouvoir faire valoir ses droits en raison du refus de l'assistance juridique ; il ne s'agit plus que de la question de savoir qui réglera les honoraires de son avocat.

**c)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

En cas de contestation incidente, notamment concernant l'ordonnancement de la procédure, tel l'octroi éventuel de l'assistance juridique gratuite, les membres de la Cour considèrent qu'il n'y a pas lieu de déroger à la règle de la composition ordinaire à trois juges au sens de l'art. 94 LPA-VD (aussi art. 37 al. 4 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007 ; RSV 173.31.1]), à moins que la valeur litigieuse n'atteigne pas 30'000 francs, le caractère gratuit ou onéreux de procédures afférentes à des incidents soulevés en cours d'instance étant lié au caractère gratuit ou onéreux de la procédure principale (ATF 133 V 441 ; TF 9C\_905/2007 du 15 avril 2008).

**d)** En l'espèce, il y a lieu d'examiner de manière distincte la recevabilité du recours concernant la décision du 2 décembre 2016 refusant l'assistance juridique gratuite et celle du recours contre la décision du 21 mars 2017 qui a trait aux prestations AI.

**aa)** La première contestation a trait à l'ordonnancement de la procédure, soit à l'octroi éventuel de l'assistance juridique gratuite. La contestation est ainsi de nature incidente (consid. 1b *supra*).

Vu que la procédure au fond – portant sur le refus ou l'octroi de prestations AI – est onéreuse (art. 69 al. 1bis LAI) et que la valeur litigieuse est réputée supérieure à 30'000 francs, la compétence de la Cour dans sa composition ordinaire à trois juges est donnée pour la question de l'assistance juridique.

S'agissant du délai pour introduire le recours contre le refus de l'assistance juridique, l'intimé fait valoir qu'il est irrecevable car tardif. On constate – à l'instar de l'intimé – que le recourant n'a pas introduit le recours contre la décision du 2 décembre 2016 à l'échéance du délai de trente jours prévu par l'art. 60 al. 1 LPGA. Se pose donc la question de savoir s'il était fondé à ne recourir contre la décision refusant de lui octroyer l'assistance juridique gratuite – de nature incidente – qu'avec la décision au fond (consid. 1b *supra*). A teneur de l'art. 46 al. 2 PA, si le recours contre une décision incidente n'est pas recevable en vertu de l'al. 1 ou qu'il n'a pas été utilisé, dite décision peut être attaquée avec la décision finale dans la mesure où elle influe sur le contenu de celle-ci. Dans le cas d'espèce, la Cour de céans ne voit pas en quoi la décision refusant l'assistance juridique gratuite aurait une influence sur la décision au fond qui a trait à l'octroi de prestations AI. Il en résulte que la décision incidente aurait dû être attaquée dans le délai de trente jours prévu par l'art. 60 al. 1 LPGA et non avec la décision au fond.

Partant, le recours contre la décision du 2 décembre 2016, déposé tardivement, est irrecevable.

**bb)** Pour ce qui est du recours formé contre la décision du 21 mars 2017, il est quant à lui recevable vu le dépôt dans le délai légal de trente jours et le respect des formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). Eu égard à la valeur litigieuse, est compétente la Cour dans sa composition ordinaire à trois juges.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Est litigieux *in casu* le taux d'invalidité présenté par le recourant et sa durée. Singulièrement, le recourant soutient avoir droit à une rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2011 à un taux de 100 %, alors que l'OAI a retenu un droit à trois quarts de rente à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2011 jusqu'au 31 août 2014.

**3. a)** 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.

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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

**b)** 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 LPGA) 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, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

**c)** Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**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 les références citées).

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. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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 du 2 novembre 2015 consid. 3.3).

**b)** En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C\_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_500/2011 précité).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 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 ; également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

**b)** En l'espèce, le recourant soutient que l'instruction doit être complétée par une expertise pluridisciplinaire vu les lacunes du rapport du 4 mars 2016 du Dr T.\_\_\_\_\_ et les contradictions avec d'autres documents au dossier.

Sur la plan somatique, on relève que l'OAI a constaté dans son rapport du 4 mai 2011 que les travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale n'étaient pas possibles et que même en position assise, l'assuré rencontrait des douleurs au niveau de ses cervicales. Le Dr H.\_\_\_\_\_ retenait dans un avis médical du SMR du 9 novembre 2011 que le recourant ne pouvait pas porter des charges de plus de cinq kilos. Le Dr D.\_\_\_\_\_ mentionnait quant à lui dans son rapport du 2 juin 2014 que la posture assise était mal supportée, rendant un changement postural nécessaire dès dix minutes. Les responsables auprès du Centre Orif notaient également suite au stage effectué que le recourant montrait d'importantes douleurs, qu'il n'avait été présent que durant deux heures par jour et qu'il devait alterner les positions de manière fréquente, peinant grandement à se concentrer vu les douleurs. Malgré les opérations subies, les médecins ne voyaient pas d'amélioration de la situation (rapports de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2011, du Dr N.\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2011, du Dr M.\_\_\_\_\_ des 6 mars et 4 juillet 2013).

Or, le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 4 mars 2016 ne fait pas état de limitations autres que celle liée au port d'un poids (pas plus de quinze kilos). Dans ce rapport, le praticien met en avant des incohérences dans le dossier et réserve le pronostic. Il évoque aussi que les activités effectuées jusqu'à ce jour par l'assuré étaient adaptées aux limitations fonctionnelles. Ces conclusions paraissent toutefois ne pas tenir compte des éléments relevés par les autres médecins - notamment le Dr H. \_\_\_\_\_ pour qui le port de charges de plus de cinq kilos était contre-indiqué -, ni du constat des responsables auprès du Centre Orif, dès lors qu'il n'y a aucune précision concernant la posture assise, ni la sollicitation des membres supérieurs, ni les douleurs ressenties.

Concernant la situation psychique du recourant, la Dresse P. \_\_\_\_\_ mentionnait une « *incapacité de travail, vraisemblablement à 100 %* » dans son rapport du 31 août 2015. Quant à Mme L. \_\_\_\_\_, elle évoquait entre autres une mémoire immédiate déficiente et des troubles attentionnels pouvant handicaper n'importe quelle activité professionnelle. Le Dr T. \_\_\_\_\_ indiquait lui aussi des anomalies neuropsychologiques non spécifiques, sans net substrat somatique sous-jacent, et vraisemblablement multifactorielles, chez l'assuré traité par des analgésiques opioïdes, connu également pour une pathologie psychiatrique associée.

Cependant, il ne figure aucune indication quant à une éventuelle limitation de cet ordre dans le rapport du 4 mars 2016.

Au vu de ces éléments et en l'état du dossier, la nature incapacitante des différentes atteintes précitées ne peut pas être déterminée.

Du reste, dans sa réponse du 27 juin 2017, l'intimé - se référant à l'avis du SMR du 15 juin 2017 - concède la nécessité d'un complément d'instruction, consistant à mettre en œuvre une expertise

d'ordre neurologique, neuropsychologique, psychiatrique et rhumatologique.

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, 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 (art. 43 al. 1 LPGa).

Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 *in* SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Berne/St-Gall/Zurich 3<sup>ème</sup> éd. 2015, n° 27 *ad* art. 43 LPGa).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure

probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

Un renvoi à l'administration est 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).

**c)** En l'occurrence, il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale du recourant en procédant à une expertise pluridisciplinaire laquelle devra comporter des volets neurologique, neuropsychologique, psychiatrique et rhumatologique. Il conviendra également de s'interroger sur la consommation de médicaments, singulièrement sur les effets du traitement aux benzodiazépines.

**6.** Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé sur la question au fond, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, tandis que le recours contre la décision refusant l'assistance juridique gratuite doit être déclaré irrecevable.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis 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'intimé (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

**b)** Obtenant gain de cause sur le fond, soit dans une large mesure, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés *in casu* à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**c)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, l'équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 al. 1 RAJ) –, Me Jana Burysek, conseil du recourant, a produit le 6 juillet 2017 la liste de ses opérations complètes, totalisant dix-huit heures de travail. Celle-ci a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Il en résulte que le montant total de l'indemnité couvrant le défraiement et les débours (147 fr. 60) doit être arrêté à 3'658 fr. 60, TVA comprise, pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

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

- I. Le recours formé contre la décision rendue le 2 décembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, refusant l'assistance juridique gratuite à C.\_\_\_\_\_, est irrecevable.
  
- II. Le recours déposé contre la décision rendue le 21 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est partiellement admis, en ce sens que la décision est annulée, la cause étant renvoyée à l'Office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
  
- 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 doit verser à C.\_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à titre de dépens.
  
- V. L'indemnité d'office de Me Jana Burysek, conseil du recourant, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 2'158 fr. 60 (deux mille cent cinquante-huit francs et soixante centimes).
  
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jana Burysek (pour C. \_\_\_\_\_),
- 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 :