

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Durussel, juge, et Gabellon, assesseure
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

N. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6 et 43 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, travaillait depuis 2008 en qualité d'agent d'exploitation pour le compte de la société M._____ SA.

Souffrant principalement de problèmes dorsaux à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis octobre 2015, il a déposé le 3 novembre 2015 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (rapport du 15 janvier 2016). De ceux-ci, il ressortait que l'assuré souffrait de lombosciatalgies chroniques sur arthrose facettaire pluri-étagée. Il présentait également un diabète, une hypertension artérielle, diverses affections rénales ainsi qu'un status après orchidectomie pour séminome en 1977. S'agissant de la capacité de travail, le Dr T._____ a relevé qu'en dépit d'une tentative d'adaptation de l'activité habituelle de gardien de parking, son patient n'avait pas été en mesure d'exécuter les tâches confiées. Par ailleurs, la situation sur le plan des douleurs lombaires ne s'était pas améliorée. Il estimait par conséquent que l'exigibilité était nulle dans la profession exercée.

L'office AI a fait verser à la procédure le dossier constitué par H._____ Assurances SA, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur. Parmi les pièces déposées, figurait une expertise réalisée par le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport du 30 avril 2016, ce médecin a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de dorso-lombalgies chroniques. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un syndrome métabolique (surcharge pondérale avec BMI à 29,6 kg/m², diabète de type 2 traité par antidiabétique oral dès 2015, hypertension artérielle traitée et hyperuricémie avec goutte traitée), une insuffisance rénale chronique de

stade III (rein unique), une polyneuropathie essentiellement sensitive distale dans le cadre du diabète ainsi qu'une tendinite des releveurs de l'épaule bilatérale. En conclusion de son rapport, il a évoqué en ces termes l'histoire médicale de N. _____ :

En 1977, lorsqu'on lui a trouvé son cancer testiculaire, il présentait déjà une métastase rénale qui a dû être traitée par néphrectomie droite. Il n'y a pas eu de rechute après chimiothérapie et radiothérapie. En revanche, il présente une insuffisance rénale chronique actuellement de stade III, stable. Une acidose métabolique est traitée par Néphrotrans. Une tendance à l'hyperkaliémie est corrigée par Sorbisterit. Une hyperuricémie avec crises de goutte est traitée dès 2005 avec succès. Dans ces conditions, l'insuffisance rénale et ses complications peuvent être considérées comme asymptomatiques. Il n'en découle pas de limitation fonctionnelle et la capacité de travail n'est pas altérée.

M. N. _____ présente un syndrome métabolique avec hypertension artérielle traitée de longue date, une surcharge pondérale avec BMI actuellement à 29,6 kg/m² et un diabète de type 2 diagnostiqué en juillet 2015. Il n'y a pas de complication significative résultant de ce diabète encore qu'il présente une neuropathie pratiquement asymptomatique, se manifestant essentiellement sous la forme de zones d'hypoesthésie des pieds. Lorsqu'il avait été examiné par le Dr F. _____ en 2008, il était déjà constaté l'absence de réflexes ostéo-tendineux, une pallesthésie diminuée à 4/8 aux pieds mais sans atteinte de la sensibilité superficielle et posturale. L'ENMG montrait déjà en 2008 une atteinte polyneuropathique axonale et myélinique dont l'origine n'était alors pas connue. Elle s'est sans doute aggravée et il est possible qu'elle résulte du diabète, sans cependant constituer une gêne significative à la marche ou aux épreuves d'équilibre.

Il est ainsi considéré que le syndrome métabolique avec diabète de type 2 ne permet pas de reconnaître de limitation fonctionnelle impactant la capacité de travail pour autant qu'il n'y ait pas d'usage d'échelle, d'escabeau ou d'échafaudage. L'expertisé évite de toute façon ce genre d'engins, étant très sujet au vertige.

Finalement, les plaintes principales intéressent le rachis lombaire. Il déclare être intolérant à tout effort, à l'usage de tout appareil vibrant et aux longues positions assises. Il admet une restriction du périmètre de marche à 500 mètres. Les lombalgies ont fait l'objet de plusieurs bilans, notamment en 2011 investiguées par le Dr L. _____. Elles datent des années 2008 et sont annoncées en aggravation. M. N. _____ indique être incapable de marcher plus de trois minutes et demie. Il y a clairement des troubles posturaux, des troubles de la stature d'ailleurs tant au niveau cervico-dorsal que lombaire avec une raideur. Les cervicalgies sont à l'arrière-plan alors qu'elles avaient déjà motivé des investigations en 2008 et 2013. Les radiographies de la colonne cervicale montraient alors une sévère discopathie dégénérative C4-C5 et des ossifications des parties molles. Cette cervico-uncodiscarthrose est cliniquement manifeste avec une réduction de la mobilité du rachis cervical. Quant au rachis lombaire, les radiographies montraient des troubles dégénératifs postérieurs facettaires mais avec respect de

l'alignement, sans protrusion discale, sans restriction canalaire et sans atteinte sacro-iliaque. Il existe cependant une ostéophytose étagée en partie en L2-L3 suggestive d'une maladie de Forestier. Au fond et concernant le rachis dorso-lombaire, les troubles objectivés sont d'allure banale. Cliniquement, il n'y a pas d'argument pour un syndrome radiculaire et les atteintes neuropathiques des membres inférieurs ne sont pas expliquées par l'IRM. Il n'y a pas de signe clinique d'irritation radiculaire ou plexulaire. Il n'y a pas de raideur matinale, ou d'argument en faveur d'une affection rhumatologique évolutive. La rigidification du dos est donc probablement à mettre dans le contexte de la maladie de Forestier et d'une personnalité un peu particulière, extrêmement sédentaire et kinésiophobe. Dans ce contexte et compte tenu d'une symptomatologie déclarée progressivement invalidante avec un succès très relatif des thérapies, il est conclu que les limitations fonctionnelles qui en découlent, ne permettent plus d'activité autre que légère, plutôt sédentaire avec limitation du port de charges à un maximum de 5 kg, sans mouvement en porte-à-faux et sans travail nécessitant la flexion du tronc. Dans une telle activité, par l'exemple dans l'activité d'aide de bureau qu'il a acquise par le biais de l'AI, il n'y a pas de raison de supposer qu'il existe une perte de rendement. Il est à remarquer qu'actuellement, les douleurs sont intermittentes, qu'elles ne surviennent pas au repos ni la nuit et que la position assise est largement soutenue comme on peut se l'imaginer en examinant les activités de la vie quotidienne lesquelles sont la plupart du temps en position assise. Dans une activité adaptée, il n'y a pas de perte de rendement. Il n'y a pas de nécessité de repos supplémentaire, M. N. _____ ne prenant pas d'antalgique.

Enfin, l'examen clinique identifie une légère tendinite des releveurs des deux épaules. Il n'y a pas de plainte spontanée et ce n'est qu'en fin d'examen qu'il nous annonce avoir bénéficié, en janvier 2016, d'une échographie des deux épaules qui mettait en évidence une tendinopathie dégénérative confirmée cliniquement et sans impact sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Nous avons été surpris à l'examen clinique d'identifier une tachycardie régulière à près de 130/min, raison pour laquelle nous avons effectué un ECG montrant une tachycardie sinusale chez un patient relativement stressé par l'examen lequel n'était pas tout à fait simple à réaliser en raison d'une variabilité des mesures. Nous avons eu l'impression d'une nette amplification des troubles avec une attitude un peu théâtrale. Nous avons observé certaines incohérences notamment entre l'intensité des douleurs décrites et l'absence de nécessité d'antalgique, même respectueux de son état rénal. Enfin, nous avons pris note qu'il a des ressources, qu'il n'est pas dans la précarité ou pas encore et qu'il affiche une absence totale de motivation à retrouver un travail adapté.

En réponse aux questions de H. _____ Assurances SA, le Dr S. _____ a indiqué que la capacité de travail était nulle dans l'activité d'agent d'exploitation. En revanche, dans une profession adaptée, elle était totale depuis le mois de janvier 2016. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : port de charges uniquement léger, au maximum de

5 kg, non répétitif ; pas de travaux en flexion antérieure du tronc ; pas d'activité nécessitant une position statique debout, mobile et prolongée ; pas d'activité nécessitant le franchissement d'escalier, d'escabeau ou d'échafaudage.

Dans un courrier du 27 juillet 2016 à l'office AI, le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a précisé que N._____ lui avait été adressé par son médecin traitant pour évaluation rhumatologique. Les investigations effectuées avaient confirmé que l'intéressé souffrait d'une polyneuropathie sévère avec une camptocormie secondaire (insuffisance de la musculature posturale des extenseurs du rachis). Ce problème entraînait des limitations fonctionnelles concernant tous les efforts sur le rachis ainsi que sur la capacité à se déplacer et à utiliser des escaliers. Il en résultait une incapacité de travail en tant que surveillant de parking, dans la mesure où 80% du temps était consacré à des travaux de nettoyage effectués en station debout. Le Dr L._____ a joint à son pli divers documents médicaux, dont un rapport du 25 mai 2016 du Dr F._____, spécialiste en neurologie, dans lequel celui-ci s'exprimait comme suit sous l'intitulé « Résumé du cas et appréciation » :

Il s'agit d'une situation un peu difficile dans son appréciation.

Rappelons que les bilans pratiqués préalablement avaient permis de mettre en évidence une atteinte polyneuropathique axonale et myélinique ainsi qu'une atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien à prédominance droite. Cette atteinte a semble-t-il été opérée.

Actuellement, M. N._____ se plaint de douleurs rachidiennes dorso-lombaires ainsi que de douleurs au niveau des épaules. Il se plaint également de crampes au niveau des membres inférieurs (surtout des cuisses) et d'un manque de sensibilité distal des 2 membres inférieurs, subjectivement sans participation motrice significative et actuellement sans troubles sensitivo-moteurs au niveau des membres supérieurs. Enfin, impossibilité à se redresser complètement.

Rappelons que les troubles susmentionnés interviennent dans un contexte d'insuffisance rénale, d'hyperkaliémie, de diabète et d'hypertension artérielle.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué permet de retrouver une camptocormie nette avec une nette amyotrophie de la

musculature paravertébrale surtout dorsale. Il n'y a pas de net syndrome lombo-vertébral ni de signes d'irritation radiculaire au niveau des membres inférieurs. Les différentes épreuves de marche sont encore correctement effectuées, si ce n'est que le patient se déplace en flexion antérieure du tronc et que l'épreuve de Romberg est modérément instable. L'examen des membres supérieurs est actuellement sans anomalie, si ce n'est une hypopallesthésie bilatérale. A l'examen des membres inférieurs, on note un certain degré d'amyotrophie à prédominance distale, une aréflexie tendineuse généralisée et une altération distale de la sensibilité superficielle et profonde, ceci apparemment sans déficit moteur bien significatif.

L'examen clinique a été complété par un ENMG. Cet examen permet de retrouver une atteinte polyneuropathique axonale et myélinique, avec un ralentissement des vitesses de conduction motrice relativement important, un microvoltage sévère des potentiels moteurs des membres inférieurs, un microvoltage des potentiels sensitifs des membres supérieurs et l'absence des potentiels sensitifs des nerfs péronier et tibial. L'étude myographique révèle des signes d'atteinte polyneuropathique au niveau des muscles surtout distaux des membres inférieurs. A l'étude de la musculature paravertébrale, on note la présence indubitable de signes de dénervation spontanés alors que les tracés aux mouvements sont difficilement appréciables en raison d'une insuffisance de mouvements obtenus.

J'ai revu les quelques documents radiologiques à disposition qui n'apportent pas la preuve d'un canal lombaire étroit ou d'une autre pathologie intrarachidienne significative.

Au terme du présent bilan, M. N. _____ présente indubitablement une atteinte polyneuropathique pouvant être en relation avec le diabète apparemment relativement mal compensé et l'insuffisance rénale, entre autres. Il est possible également qu'il s'agisse d'une forme de polyradiculonévrite lentement évolutive ou d'une autre forme de polyneuropathie. Pour ce qui est du syndrome du tunnel carpien droit, l'évolution paraît favorable après le traitement, les anomalies persistantes étant vraisemblablement à mettre en relation avec l'atteinte polyneuropathique plutôt que la persistance/récidive d'un syndrome du tunnel carpien compte tenu également de l'absence de plaintes sur le plan clinique.

En ce qui concerne la camptocormie, il n'y a pas de doute que M. N. _____ présente une atteinte neuromusculaire au niveau de la musculature paravertébrale, notamment dorsale, expliquant le tableau de camptocormie. Au terme du présent bilan, il est par contre difficile de dire s'il s'agit d'une atteinte neurogène périphérique (comme le suggère les signes de dénervation spontanés abondants observés à l'ENMG) ou d'une forme de myopathie avec des signes de dénervation comme cela peut être le cas. Il n'est pas possible non plus de déterminer si l'atteinte musculaire paravertébrale est en relation avec l'atteinte polyneuropathique ou représente un processus distinct.

Sur le plan des examens complémentaires, je pense qu'il vaudrait la peine effectivement de pratiquer une IRM visant à apprécier tout

particulièrement l'état de la musculature paravertébrale, notamment dorsale. S'agissant d'un éventuel canal lombaire étroit, je ne pense pas que les troubles ou les constatations cliniques évoquent ce diagnostic. Enfin, un bilan de recherche étiologique pour l'atteinte polyneuropathique pourrait également avoir un sens.

Se prononçant sur les documents médicaux versés au dossier, la Dresse Z._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a fait siennes les conclusions du Dr S._____. Son appréciation de l'exigibilité était en cohérence avec les constatations effectuées et prenait en compte toutes les atteintes à la santé mentionnées par les différents spécialistes. Concernant plus particulièrement les volets rhumatologique et neurologique, le status clinique décrit par l'expert ne s'éloignait pas de façon substantielle de ce qui avait été décrit par les deux spécialistes, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr S._____ en présence d'une polyneuropathie étant du reste identiques à celles énoncées par le Dr L._____ (rapport du 17 novembre 2016).

Par projet de décision du 8 février 2017, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, motif pris qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans l'exercice d'activités adaptées à son état de santé, si bien que l'incapacité de gain qui en résultait (6,69%) n'était pas suffisante pour ouvrir le droit à la prestation sollicitée. Les conditions d'une aide au placement étaient en revanche remplies.

Représenté par Me Philippe Graf, avocat, N._____ a présenté des objections à l'encontre de ce projet en date du 9 mars 2017, déclarant contester dans son intégralité l'expertise du Dr S._____. Il a tout d'abord relevé qu'elle était contredite par les constatations professionnelles objectives et concrètes effectuées par son employeur et consignées dans un procès-verbal du 17 septembre 2015. Ensuite, l'expertise du Dr S._____ était critiquée sur le fond par le Dr L._____. Enfin, l'assuré s'est prévalu d'un courriel du 8 février 2017, dans lequel son conseiller ORP avait constaté qu'il se déplaçait plié en deux à chacun de leurs entretiens en raison de ses douleurs, ce qui l'avait amené à conclure qu'il

ne pouvait être engagé par un employeur dans une quelconque activité professionnelle. A l'appui de ses allégations, il a produit diverses pièces, dont un courrier du 20 décembre 2016 adressé par le Dr L. _____ au Dr T. _____ à la teneur suivante :

J'ai bien reçu (...) le rapport d'expertise du Docteur S. _____ daté du 30 avril 2016.

Je relève que depuis cette expertise effectuée en avril 2016 il y a eu des investigations qui ont permis d'expliquer les symptômes présentés par le patient. En effet, les dorso-lombalgies chroniques sont expliquées par une atteinte neuro-musculaire sévère de la musculature para-vertébrale, entraînant une atrophie et se traduisant par une camptocormie. Ce problème est bien expliqué dans mes lettres du 4 mai, 30 mai et 31 octobre 2016, l'examen neurologique du Docteur F. _____ des 20 et 24 mai 2016, l'I.R.M. lombaire du 28 septembre 2016 et le complément d'appréciation neurologique du Docteur D. _____ du 28 septembre 2016.

Contrairement à l'avis exprimé par le Docteur S. _____, interniste, il y a une excellente corrélation entre les symptômes de fléchissement progressif du rachis lorsqu'il est en station debout ou assise et les constatations objectives, constatées par plusieurs spécialistes, notamment un rhumatologue, un radiologue et un neurologue.

Ces anomalies importantes entraînent des limitations fonctionnelles incompatibles avec son activité antérieure qui nécessitait, d'après ses dires, 80% du temps consacré à des nettoyages en station debout. Pour ces raisons, des mesures professionnelles ont été demandées à l'Office AI (voir ma lettre du 27 juillet 2016). Si de telles mesures sont envisageables, il faut tenir compte d'une diminution de rendement d'environ 50% et d'une diminution de la capacité de travail d'environ 50%, la capacité exigible n'excédant donc pas environ 25% actuellement. Compte tenu des constatations objectives et de l'évolution de ces dernières années, force est de constater que le pronostic est très réservé, d'autant qu'il n'y a pas de traitements évidents pour améliorer les problèmes médicaux et par là, la capacité de travail.

Pour répondre à la question de l'avocat du patient concernant la compatibilité entre les traitements et une activité lucrative, je peux répondre qu'il s'agit de traitements symptomatiques qui essaient de sauvegarder l'autonomie du patient et d'améliorer ce que l'on peut améliorer de sa condition physique et qu'il n'y a pas d'incompatibilité avec des mesures professionnelles à temps partiel.

A la demande du conseil de l'assuré, le Dr T. _____ a procédé à une analyse médicale de la situation. Dans son rapport du 28 avril 2017, il a écrit ce qui suit en guise de synthèse :

Monsieur N. _____ se plaint donc de dorso-lombalgies chroniques apparues à partir de 2007 et qui se sont aggravées progressivement. Ces dorso-lombalgies ont eu un impact de plus en plus important sur ses capacités physiques et fonctionnelles entraînant une diminution progressive de sa capacité de travail, qui aboutit finalement à son licenciement en octobre 2015.

Ces dorso-lombalgies sont survenues dans le contexte d'une insuffisance rénale chronique avec protéinurie importante mais stable, une hypertension artérielle et plus récemment un diabète de type 2. Les douleurs touchent le dos, la face antérieure des cuisses, les épaules, parfois la nuque. La recherche d'une étiologie à ces différentes manifestations est restée plutôt frustrante. La première IRM lombaire datant de 2010 ne montrait aucune anomalie. Par la suite, les radiographies de la colonne cervicale ont montré des discopathies d'aspect banal et une spondylophytose antérieure et postérieure stable entre 2013 et 2015. Ces différentes manifestations y compris une coxarthrose débutante et une suspicion d'une maladie de Forestier ne semblait guère correspondre avec la symptomatologie douloureuse de plus en plus importante et la faiblesse musculaire décrite par le patient dans ses activités.

Une myopathie avait également été suspectée en raison de l'augmentation des enzymes musculaires à partir de 2008 et en association avec les douleurs lombaires et des crampes musculaires des membres inférieurs. Un premier bilan neurologique effectué par le Docteur F. _____ n'avait pas permis de conclure de manière claire à ce moment-là. L'ENMG ne montrait pas d'atteinte myogène claire et le bilan neurographique mettait en évidence des éléments compatibles avec une atteinte polyneuropathique axonale et myélinique.

Une première recherche étiologique de la polyneuropathie s'était avérée toutefois négative. Une biopsie sur la musculature de la cuisse droite n'avait pas montré d'anomalie significative.

L'atteinte myopathique suspectée pouvait être mise en relation avec le traitement de statine que le patient avait reçu pour une hyperlipidémie ou également en relation avec le Neotigason qu'il avait également pris pour sa dysidrose des mains. Toutefois, l'arrêt de ces médicaments n'ont pas modifié les symptômes ou les valeurs biologiques.

Les différents traitements effectués sous forme de physiothérapie n'ont pas permis durant toutes ces années de modifier les symptômes dans un sens favorable. Bien au contraire, la faiblesse musculaire s'est accentuée progressivement et les douleurs ont persisté jusqu'à l'apparition à partir de 2015 de la flexion antérieure du tronc caractéristique. C'est ce symptôme particulièrement frappant qui a amené à rechercher une faiblesse des muscles du tronc. L'aspect clinique caractéristique avec fléchissement marqué du tronc à partir de la région lombaire est connu sous le nom de camptocormie et est associé à une atrophie importante et généralisée de la musculature des érecteurs du tronc. L'examen clinique confirme cette importante faiblesse des érecteurs avec la flexion consécutive qui peut par contre être réduite totalement en position couchée. L'examen par résonance magnétique du rachis lombaire effectué en septembre 2016 confirme sans équivoque ce diagnostic. Il montre l'aspect caractéristique d'une atrophie étendue de la musculature des érecteurs du tronc sur toute la hauteur de la

colonne lombaire. Il s'agit d'une atrophie musculaire à volume conservé et infiltration graisseuse caractéristique de la forme primaire idiopathique de la maladie. Dans les formes neurologiques, l'atteinte musculaire est différente, se caractérisant à l'IRM par une atrophie avec diminution du volume musculaire mais conservation de la densité musculaire. Cette forme primaire parfois héréditaire est également la forme la plus fréquente. Dans cette condition, une forme secondaire de myopathie doit être également recherchée mais ne peut être confirmée dans ce cas.

Celle-ci peut être en relation avec des pathologies métaboliques ou endocriniennes comme l'ostéomalacie, l'hypothyroïdie ou un traitement prolongé par la cortisone qui n'entre pas en considération dans notre cas. Une association à d'autres entités neurologiques faisant partie des myopathies des ceintures ou d'autres formes de myopathies n'entrant pas en ligne de compte, non plus.

D'autre part, l'examen neurologique et l'ENMG effectué en complément de ces investigations met en évidence une atteinte polyneuropathique indépendante de l'atrophie musculaire du rachis avec un microvoltage sévère des potentiels moteurs des membres inférieurs et des potentiels sensitifs des membres supérieurs. Cette atteinte polyneuropathique axonale et myélinique peut elle être mise en rapport avec le diabète et l'insuffisance rénale. Elle est responsable des symptômes aux niveaux des membres inférieurs en particulier les troubles sensitifs.

Ce sont donc bien ces deux atteintes, l'atrophie des muscles érecteurs du tronc avec la faiblesse consécutive et la flexion antérieure progressive du tronc ainsi que la polyneuropathie avec les douleurs aux membres inférieurs et les troubles sensitifs qui sont responsables des principaux symptômes évoqués par Monsieur N._____.

L'aggravation progressive des symptômes et les conséquences fonctionnelles ont été responsables de la diminution de la capacité de travail de Monsieur N._____. Diminution inéluctable au cours des années malgré l'adaptation de son poste de travail et amenant finalement à son licenciement en octobre 2015, sa capacité résiduelle étant estimée à ce moment-là à moins de 10%. Les autres affections mentionnées ci-dessus sous « diagnostics » ne jouent pas à l'heure actuelle de rôle important pour l'évaluation fonctionnelle et la capacité de travail.

Monsieur N._____ a souffert à plusieurs reprises de crise de goutte au niveau des genoux mais ces symptômes ne sont plus apparus au cours des dernières années. Il présente encore actuellement un syndrome sous-acromial bilatéral qui pourrait jouer un rôle dans les activités nécessitant de travailler les bras au-dessus du corps ou des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs. Enfin, il a présenté jusqu'en 2006 une importante dysidrose des mains avec des crevasses et des eczémas. Cette symptomatologie n'est plus réapparue depuis 2006.

Dans un avis du 16 juin 2017, la Dresse Z._____ a expliqué qu'il n'y avait pas lieu de suivre l'analyse du Dr T._____ au vu de sa qualité de médecin traitant. S'agissant de la capacité de travail, elle a répété qu'elle était nulle dans l'activité d'agent d'exploitation. A l'instar du

Dr L._____, elle a retenu une exigibilité de 50% depuis septembre 2016 (date de l'IRM lombaire ayant mis en évidence une camptocormie) dans une activité compatible avec les nouvelles limitations fonctionnelles énoncées : « pas de port de charges (du tout), activité en position assise, pas debout, à exercer sur des demi-journées. », tout en écartant une diminution de rendement en l'absence d'éléments médicaux nouveaux apportés par le Dr L._____ dans son rapport du 20 décembre 2016 et justifiant une aggravation du status clinique au plan ostéo-articulaire.

Par pli du 26 juillet 2017, N._____ a reproché à l'office AI d'avoir écarté le rapport du Dr T._____ du 28 avril 2017 au seul motif qu'il émanait de son médecin traitant. Estimant par ailleurs que l'analyse à laquelle avait procédé la Dresse Z._____ n'était guère sérieuse, il a demandé que le rapport précité soit soumis à un autre médecin du SMR. L'assuré a encore joint à sa lettre un courrier du Dr L._____ du 20 juillet 2017, dans lequel celui-ci qualifiait l'évaluation de la Dresse Z._____, tantôt de fantaisiste, tantôt d'incongrue. Ainsi, il existait, selon l'assuré, d'importants doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par l'office AI.

Le 8 novembre 2017, l'office AI a rendu une décision formelle identique à son projet du 8 février précédent. Une lettre d'accompagnement du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. **a)** Par acte du 8 décembre 2017, N._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant principalement au renvoi de la cause à l'office AI afin qu'il détermine le début et le montant de la rente d'invalidité sur la base des conclusions de l'expertise médicale judiciaire à mettre en œuvre et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. D'un point de vue formel, l'assuré a relevé que la décision attaquée reposait sur l'avis de la Dresse Z._____, médecin au SMR, laquelle, outre qu'elle n'était pas spécialiste FMH, s'était prononcée en qualité de médecin interne à

l'assurance. A cela s'ajoutait que son avis se fondait sur celui du Dr S._____, lui-même spécialiste en médecine interne. Or, si son cas relevait certes de la médecine interne, il soulevait également des problématiques de rhumatologie, de neurologie et de diabétologie, ce qui faisait d'autant apparaître comme sujette à caution l'appréciation de la Dresse Z._____. Sur le fond, le point de vue de la Dresse Z._____ était contredit non seulement par les Drs L._____ et F._____, spécialistes respectivement en rhumatologie et en neurologie, mais également par l'analyse du Dr T._____. De plus, l'assuré a fait remarquer que la position du SMR ne concordait ni avec les constatations opérées par son ancien employeur (cf. procès-verbal d'entretien du 17 septembre 2015) ni avec celles de son conseiller ORP (cf. courriel du 8 février 2017). Au vu de ces éléments, la décision attaquée paraissait à tout le moins médicalement infondée. Elle était également prématurée, en tant que l'office AI n'avait pas donné suite à diverses requêtes tendant à la mise en œuvre de mesures professionnelles et qu'il avait par ailleurs mis un terme à sa mesure d'aide au placement ; si l'office AI n'avait pas l'intention de diligenter lui-même de telles mesures, il eut convenu qu'il attendît le résultat des mesures de réinsertion tentées par l'assurance-chômage.

b) Dans sa réponse du 12 février 2018, l'office AI a conclu au rejet du recours. Renvoyant aux explications figurant dans son courrier d'accompagnement du 8 novembre 2017 quant aux motifs l'ayant conduit à écarter l'exigibilité de 50% retenue par la Dresse Z._____, il a relevé qu'il ne pouvait suivre l'assuré lorsqu'il déclarait que l'emploi perdu consistait déjà en un travail simple, répétitif et léger. En dépit d'une adaptation du cahier des charges, les possibilités d'aménagement de son ancien emploi étaient réduites, l'entreprise ne disposant d'aucun poste compatible avec son handicap. Même aménagée, sa précédente profession comportait encore des travaux d'entretien et de nettoyage à savoir des tâches inadaptées à son état de santé. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, l'office AI a indiqué qu'elles ne faisaient pas l'objet du présent litige et que, compte tenu d'un préjudice économique de l'ordre de 7%, seul entrait en ligne de compte le droit à une mesure d'aide au placement. Cependant, comme l'assuré avait invoqué une incapacité

de travail probablement définitive dans toute activité, l'office AI avait mis un terme à cette mesure en date du 18 juillet 2017, la réussite d'une démarche de placement semblant d'emblée compromise dans un tel contexte.

c) Par réplique du 9 avril 2018, l'assuré a fait grief à l'office AI de ne pas avoir réellement procédé à l'instruction médicale de son cas mais d'avoir plutôt choisi de confier l'analyse d'une problématique complexe et étayée par les rapports de divers spécialistes à un médecin ne disposant d'aucune spécialisation. Au vu des pathologies présentées, il eut été selon lui plus judicieux de confier son cas aux soins d'un expert médical indépendant. En ce qui concerne l'exercice d'une activité professionnelle, l'assuré a indiqué que les tâches mentionnées dans le document intitulé « Calcul du salaire exigible » du 20 décembre 2016 (montage, contrôle, surveillance d'un processus de production, conditionnement ainsi qu'une activité administrative de type scannage) contrevenaient à ses limitations fonctionnelles et qu'aucune d'entre elles n'était plus adaptée que sa profession d'agent d'exploitation de parking. Il s'est par ailleurs référé à un rapport final « mesure formation » du 27 février 2018 de la Fondation C. _____ produit à l'appui de son écriture, dont il ressortait que sa situation de santé allait se péjorer au fil du temps, ce qui constituait un gros frein vers une activité professionnelle en première économie. Ainsi, quelle qu'ait pu être l'analyse de son cas sur le plan médical, plusieurs pièces au dossier démontraient que les résultats de l'instruction à laquelle avait procédé l'office AI sur le plan professionnel n'était ni conforme à la réalité ni vraisemblable d'un point de vue médico-théorique.

d) Dupliquant en date du 2 mai 2018, l'office AI a répété que le poste de substitution proposé par l'ancien employeur de l'assuré n'était que très moyennement adapté puisque comportant encore notamment des travaux d'entretien et de nettoyage, soit des tâches physiques ne répondant pas aux limitations fonctionnelles retenues, contrairement aux activités adaptées citées dans le document du 20 décembre 2016. N'ayant

rien à ajouter sur le plan médical, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est les cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

3. **a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). 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).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. Il convient en premier lieu de constater qu'il existe une nette divergence d'opinion entre le point de vue du Dr S._____ et le point de vue défendu par les médecins traitants du recourant, à savoir les Drs T._____, L._____ et F._____.

a) Se fondant sur l'expertise du Dr S._____, la Dresse Z._____ a retenu, dans son avis du 17 novembre 2016, que la capacité de travail du recourant était de 100% dans une activité adaptée caractérisée par les mesures classiques d'épargne du rachis. Pour sa part, le Dr T._____ a estimé que les constatations cliniques et fonctionnelles effectuées excluaient toute exigibilité dans n'importe quelle activité depuis le mois d'octobre 2015 à tout le moins. Il a précisé être parvenu à cette conclusion en accord avec les spécialistes consultés, les Drs F._____ et L._____ (cf. rapport du 28 avril 2017). En particulier, le Dr L._____ a relevé que, dans l'hypothèse où des mesures professionnelles devaient être mises en œuvre conformément à sa demande du 27 juillet 2016, il conviendrait de tenir compte d'une diminution de la capacité de travail de 50% environ avec une diminution du rendement de 50%, si bien que l'exigibilité n'excéderait pas 25% dans une activité adaptée (courrier du 20 décembre 2016). Certes, la Dresse Z._____ a, sur cette base, entériné une capacité de travail de 50% (avis du 16 juin 2017) ; elle n'a toutefois pas retenu une baisse de rendement du même taux, au motif que le Dr L._____ n'avait pas apporté d'éléments médicaux nouveaux justifiant une aggravation du status clinique au plan ostéo-articulaire ni de limitations fonctionnelles supplémentaires qui pourraient être à l'origine d'une diminution ultérieure du rendement de 50%. Nonobstant ce qui précède, l'office AI a fait sienne l'appréciation du Dr S._____ en retenant dans la décision litigieuse une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées.

b) Compte tenu de la complexité de la situation médicale, l'opinion du Dr S._____ ne saurait emporter la conviction.

aa) D'un point de vue formel, il convient de souligner que ce médecin est uniquement spécialiste en médecine interne générale, alors que la problématique relève principalement de la rhumatologie et de la

neurologie, et que, partant, il est permis de douter de sa capacité à apprécier la situation médicale dans sa globalité.

bb) Dans son rapport du 30 avril 2016, le Dr S._____ a fait mention des plaintes de l'assuré, selon lesquelles il était intolérant à tout effort, à l'usage de tout appareil vibrant, aux longues positions assises ainsi qu'à tout déplacement à pied excédant 500 m. Selon ce médecin, les troubles objectivés au niveau du rachis dorso-lombaire étaient cependant d'allure banale. Cliniquement, il n'y avait pas d'argument pour un syndrome radiculaire et les atteintes neuropathiques des membres inférieurs n'étaient pas expliquées par l'imagerie. Dans ce contexte, le Dr S._____ était d'avis que la rigidification du dos était probablement imputable à une maladie de Forestier ainsi qu'à une personnalité extrêmement sédentaire et kinésiophobe. Considérant que la position assise était largement soutenue au vu des activités de l'assuré, le Dr S._____ a conclu qu'une activité essentiellement sédentaire était exigible. Tout en soulignant le caractère fouillé de l'expertise du Dr S._____, le Dr T._____ lui a reproché de ne pas avoir suffisamment tenu compte des plaintes de l'assuré, de l'atteinte fonctionnelle et des signes cliniques pourtant évidents qu'il présentait alors. Bien qu'ayant relevé dans son status clinique qu'il se levait avec difficulté et que la marche se faisait avec le torse fléchi à 70°, il n'en tirait pas les conclusions qui s'imposaient. L'examen du rachis pratiqué par le Dr S._____ était donc peu conclusif, décrivant essentiellement un dos plat avec un renversement postérieur modéré, un rachis paraissant enraidit et des douleurs à la jonction lombaire.

cc) Le Dr S._____ a retenu que l'assuré présentait un syndrome métabolique avec hypertension artérielle traitée de longue date dans le contexte d'une surcharge pondérale (BMI à 29,6 kg/m²) et d'un diabète de type 2 diagnostiqué en juillet 2015. Tout en relevant qu'il n'y avait pas de complication significative résultant de ce diabète, il avait mis en évidence une neuropathie pratiquement asymptomatique, se manifestant essentiellement sous la forme de zones d'hypoesthésie des pieds. Tel n'était toutefois pas l'avis du Dr F._____. L'ENMG pratiqué par

ses soins avait au contraire révélé une atteinte polyneuropathique axonale et myélinique, avec un ralentissement des vitesses de conduction motrice relativement important, un microvoltage sévère des potentiels moteurs des membres inférieurs, un microvoltage des potentiels sensitifs des membres supérieurs et l'absence des potentiels sensitifs des nerfs péronier et tibial. Quant à l'étude myographique, elle avait mis en évidence des signes d'atteinte polyneuropathique au niveau des muscles, surtout distaux, des membres inférieurs. Ainsi, le Dr F. _____ en a déduit que l'intéressé présentait indubitablement une atteinte polyneuropathique pouvant être en relation avec le diabète apparemment relativement mal compensé et l'insuffisance rénale, entre autres, ce qui a conduit le Dr L. _____ à faire état, sur cette base, d'une polyneuropathie sévère (cf. courrier du 27 juillet 2016).

dd) En ce qui concerne le rachis dorso-lombaire, le Dr S. _____ a indiqué que les lombalgies chroniques étaient stabilisées pour autant que l'assuré évite les situations à risque telles le port de charge, les travaux en flexion du tronc, les activités en porte-à-faux ou les travaux effectués en flexion antérieure du tronc. Il en déduisait qu'il n'avait pas d'argument en faveur d'une affection rhumatologique évolutive. Cependant, se disant frappé par les importants troubles statiques partiellement réductibles avec des efforts en station debout et pratiquement complètement en station couchée, le Dr L. _____ a évoqué une camptocormie ou « rachis fléchissant » (rapport du 4 mai 2016). Cette atteinte neuro-musculaire a été confirmée au terme de l'examen clinique pratiqué par le Dr F. _____, ayant permis de retrouver une camptocormie nette avec une nette amyotrophie de la musculature paravertébrale surtout dorsale. De son côté, le Dr T. _____ a relevé qu'une IRM réalisée le 28 septembre 2016 avait confirmé l'atrophie des muscles érecteurs du tronc sur toute leur longueur avec des éléments caractéristiques de l'atrophie primaire idiopathique des muscles érecteurs tronc, symptomatologie caractérisant l'existence d'une camptocormie. Selon ce médecin, cette atteinte expliquait parfaitement bien les plaintes de l'assuré et rendait caduques les considérations du Dr S. _____, son

diagnostic étant erroné de même que l'évaluation fonctionnelle qui en découlait.

5. a) Outre les divergences médicales exposées au considérant précédent, il convient d'ajouter que le SMR a fait preuve de l'arbitraire le plus total en n'examinant pas le rapport détaillé établi par le Dr T. _____ le 28 avril 2017, au simple motif qu'il est le médecin traitant du recourant. C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant, étant précisé que pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. TF 9C_575/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2). Ainsi, le fait que le Dr T. _____ est le médecin traitant de l'assuré ne justifie pas, à lui seul, que l'on écarte d'emblée son avis.

b) Il y a par ailleurs lieu de relever que les avis médicaux établis par le SMR ne reposent pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Or, comme développé au considérant 4 ci-dessus, celle-ci est contredite par plusieurs pièces médicales émanant de divers médecins consultés par l'assuré, dont plusieurs spécialistes. En outre, comme le recourant le met lui-même en évidence, le point de vue du SMR ne concorde ni avec celui de son ancien employeur ni avec celui de son conseiller ORP. Dans ces conditions, il appartenait au SMR d'étayer son point de vue divergent avec des explications circonstanciées et convaincantes. Les avis rendus les 17 novembre 2016 et 16 juin 2017 par la Dresse Z. _____, dont il convient de préciser qu'elle n'est pas au bénéfice d'une formation spécialisée dans le domaine de la rhumatologie ou de la neurologie, sont succincts ; en particulier, le lien entre les troubles objectivement constatés et leurs répercussions sur la capacité de travail n'est examiné que de manière superficielle.

c) Enfin, on ne peut que s'étonner de la décision prise par l'office intimé de s'écarter de l'avis médical établi par le SMR le 16 juin 2017, lequel concluait, après examen des derniers rapports établis par les Drs L. _____ et F. _____, à une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée. En procédant de la sorte, l'office intimé s'est livré à des conjectures relevant essentiellement de la science médicale, outrepassant en cela très largement les limites de sa tâche et de ses compétences en se prononçant à la place des médecins sur les conséquences d'une atteinte à la santé (cf. considérant 3b supra).

6. a) Sur le vu de ce qui précède, force est de constater que le point de vue défendu par l'office AI ne résulte pas d'une analyse complète et détaillée tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé présentées par le recourant. Faute d'une appréciation exhaustive de la situation médicale, l'office AI ne pouvait, au vu des circonstances, faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire avant de rendre sa décision.

b) Par conséquent, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI, à qui il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Cette solution apparaît comme la plus opportune étant donné que plusieurs questions n'ont pas fait l'objet d'une nécessaire investigation. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comprenant notamment un examen rhumatologique et neurologique, conforme aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

7. En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

8. 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'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. (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 AI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens à la charge de l'office intimé qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 3'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 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 8 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N. _____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Graf, avocat (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :