

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 septembre 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, Service juridique,

et

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

Art. 43 LPGA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1981, s'est retrouvé en totale incapacité de travailler dès le 16 février 2015 dans son poste d'employé en imprimerie en raison d'une hernie discale et a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 19 mai 2015.

Le Dr S._____, spécialiste en neurochirurgie, l'a opéré le 18 mai 2015, procédant à une fenestration interlaminaire L4-L5 droite et à une cure de hernie discale L4-L5, ce qui a permis un net amendement de la symptomatologie douloureuse.

Lors d'un entretien téléphonique du 7 octobre 2015, l'assuré a informé l'OAI qu'il travaillait à plein temps en tant que technicien dans une entreprise de livraison et montage de spas depuis le 7 septembre 2015, emploi qu'il avait débuté à mi-temps le 3 août 2015.

Le 16 octobre 2015, il a été victime d'une chute dans un escalier et s'est à nouveau retrouvé en totale incapacité de travail. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a pris en charge les suites de cet accident.

Le Dr I._____, spécialiste en neurochirurgie, a mentionné, dans un rapport médical du 2 février 2016, qu'une IRM lombo-sacrée effectuée le 4 janvier 2016 avait montré une discopathie très importante L4-L5 associée à un œdème très marqué dans les plateaux vertébraux de L4 et L5. Il notait une prise de contraste des plateaux vertébraux très marquée, qui lui faisait poser le diagnostic différentiel d'atteinte dégénérative versus une éventuelle spondylodiscite, et proposait de réaliser un bilan sanguin.

Dans un rapport du 13 juillet 2016, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de séquelle sur une opération de hernie discale avec récurrence en L5-S1. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était toujours nulle et qu'il bénéficiait d'une capacité de travail d'environ 60 % dans une activité adaptée depuis début 2016, sans port de charge et avec changement de position fréquent.

Par décision du 21 juillet 2016, la CNA a mis un terme à ses prestations en date du 10 juillet 2016, estimant que le statu quo sine avait été atteint au plus tard à cette date et que les troubles qui subsistaient étaient exclusivement de nature malade.

Dans un rapport médical du 25 août 2017, le Dr P._____ a attesté d'une aggravation de la situation et indiqué que son patient estimait qu'il était totalement incapable de travailler dans une activité même adaptée depuis trois ans.

Dans un avis médical du 5 septembre 2017, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu le diagnostic de lombo-sciatalgies droites sur hernie discale L4-L5 et estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle, mais qu'il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 10 juillet 2016, avec alternance des positions assise et debout, sans flexions/rotations répétées du rachis, ni position en porte-à-faux, ni port de charges de plus de 10 kg. Il a entre autres mentionné ce qui suit :

« En l'absence de renseignements récents depuis juillet 2016, nous avons attendu les réponses du Dr P._____ au courrier de suivi envoyé le 14.06.2017.

Dans son courrier du 24.08.2017, le MT [réd. : médecin traitant], sans mentionner de diagnostic[s] libellés selon la classification internationale, sans détailler un status clinique au plan ostéo-articulaire, ni énumérer des limitations fonctionnelles précises et spécifiques, atteste que, « *d'après le patient* », la CT [réd. : capacité de travail] est nulle même dans une activité adaptée « *depuis 3 ans* », c'est-à-dire depuis 2014.

Cette appréciation ne nous paraît pas suffisamment étayée et justifiée ; si d'un côté nous retenons qu'en effet l'activité habituelle n'est plus exigible en raison des limitations fonctionnelles induites par l'atteinte à la santé, nous n'avons pas de raisons d'exclure une CT entière dans une activité adaptée d'épargne rachidien. »

Le 22 décembre 2017, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision lui refusant une rente d'invalidité, que celui-ci a contesté en date du 17 janvier 2018.

Dans un rapport médical du 7 février 2018, la Dresse G._____, médecin praticien, a indiqué que la symptomatologie de l'assuré était celle d'une lombosciatique droite d'intensité élevée irradiant jusqu'au pied droit, que les traitements à visée antalgiques (AINS, physiothérapie, infiltrations lombaires) n'avaient pas permis d'amélioration clinique et que le patient continuait à présenter, comme limitations fonctionnelles, l'impossibilité de tenir une station debout prolongée, la nécessité d'alterner les positions assise et debout, et l'impossibilité de soulever du poids ou de porter des charges. La Dresse G._____ a précisé qu'une IRM lombaire du 22 septembre 2017 avait mis en évidence une récurrence sous forme d'une petite hernie discale lombaire droite venant au contact de la racine L5 droite.

Dans un avis médical du 26 février 2018, le SMR a considéré que les éléments médicaux apportés par le médecin traitant étaient déjà connus lors de la rédaction de son précédent avis et avaient déjà été examinés et pris en considération dans l'évaluation de la capacité de travail exigible. Le SMR estimait qu'aucun diagnostic nouveau n'avait été formulé ni aucune limitation fonctionnelle supplémentaire signalée, de sorte que ses conclusions étaient toujours valables.

Par décision du 28 février 2018, l'OAI a refusé de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité au motif qu'à l'échéance du délai d'attente, le 17 octobre 2016, il avait retrouvé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée et qu'il ne subissait aucun préjudice économique.

B. Par l'intermédiaire de son mandataire, W._____ a recouru le 16 avril 2018 contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et,

principalement, à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement, au renvoi de l'affaire à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Se prévalant du rapport médical de la Dresse G._____, il a contesté disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

L'OAI a maintenu sa position dans sa réponse du 18 mai 2018, en s'appuyant sur les avis du SMR et le statu quo sine atteint le 10 juillet 2016 selon la CNA.

Dans sa réplique du 28 mai 2018, le recourant a fait valoir que la CNA s'était uniquement prononcée sur le lien entre l'accident et sa problématique de santé, mais n'avait aucunement prétendu que sa capacité de travail serait totale dès le 10 juillet 2016. Il a estimé que les avis du SMR étaient dénués de valeur probante dans la mesure où ils écartaient de façon arbitraire les appréciations des Drs P._____ et G._____, rappelant qu'il appartenait à l'OAI d'instruire d'office sa situation médicale.

Dans sa duplique du 18 juin 2018, l'OAI a proposé que le dossier lui soit renvoyé pour reprise de l'instruction sur le plan médical.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. a LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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

3. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires, auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

4. En l'occurrence, au vu des rapports médicaux au dossier, le SMR ne pouvait sans autre conclure à l'existence chez le recourant d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée d'épargne rachidien. Il pouvait certes considérer que l'appréciation du Dr P._____ n'était pas suffisamment étayée, et lui reprocher de ne pas avoir posé de diagnostic précis, ni détaillé le status clinique, ni énuméré de limitations fonctionnelles précises et spécifiques, mais il lui appartenait alors de mettre en œuvre lui-même des mesures d'instruction propres à obtenir des renseignements médicaux précis sur l'ensemble de ces points, conformément à son devoir d'instruction.

Dans son rapport médical du 7 février 2018, la Dresse G._____ a précisé que l'IRM lombaire réalisée le 22 septembre 2017 avait mis en évidence une récurrence sous forme d'une petite hernie discale droite venant au contact de la racine L5 droite. A nouveau, il faut constater que le SMR n'a nullement investigué cette question, se contentant de renvoyer à son premier avis.

En outre, le statu quo sine fixé au 10 juillet 2016 par la CNA ne saurait être déterminant. Comme le recourant le relève à juste titre, il s'agit uniquement de la date à partir de laquelle l'assureur-accidents a estimé que les troubles qui subsistaient étaient exclusivement de nature malade. La CNA ne s'est en revanche pas prononcée sur la capacité de travail du recourant.

Au vu de ce qui précède, il faut constater que la situation médicale du recourant n'a pas fait l'objet d'une évaluation exhaustive, dans la mesure où les problèmes lombaires, mis en évidence notamment par l'IRM du 22 septembre 2017, n'ont pas été sérieusement examinés. Le point de vue du SMR, selon lequel le recourant disposerait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ne repose sur aucune pièce médicale versée au dossier, respectivement sur aucune analyse objective et circonstanciée de la situation.

Dans la mesure où les faits médicaux pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, comme celui-ci le propose dans sa duplique. Il incombera à l'intimé de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire incluant notamment l'orthopédie et la neurologie. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

5. a) Il s'ensuit que le recours est admis. La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens de ce qui précède, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, ces frais doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'OAI.

**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 28 février 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :