

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} avril 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Reinberg, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourant, représenté par Me Laurent Gilliard, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

**Art. 6ss, 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 2 et 59 al. 2bis LAI ;
49 al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, a travaillé dans le bâtiment durant diverses missions temporaires. Il a œuvré notamment, du 26 mai 2015 au 10 juillet 2015, comme peintre sans CFC à 100 % par l'intermédiaire de R. _____ SA, à [...], puis du 1^{er} novembre 2015 au 3 mars 2016, à plein temps, en tant que plâtrier - peintre pour le compte de l'agence en placement de personnel H. _____, à [...]. Dans ce dernier poste, il travaillait quarante-et-une heures par semaine pour un salaire horaire net de 26 fr. 70, indemnités vacances, jours fériés et treizième salaire en sus (rapport de l'employeur complété le 4 juillet 2016).

Le 24 juin 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou une rente. A l'arrêt de travail à compter du 4 mars 2016, il indiquait quant au genre de l'atteinte à la santé « hernie discale ».

L'assuré a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce sous la forme de trois modules de cours auprès de la L. _____ à [...], du 25 juillet au 2 décembre 2016 (communication du 14 juillet 2016).

Dans le cadre de l'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès du médecin traitant de l'assuré, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne. Dans un rapport du 20 juillet 2016, ce médecin a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de cervico-brachialgies gauches avec parésie des trois derniers doigts de la main depuis mai 2016 et image radiologique de sténose des foramens C5-C6 / C6-C7 ainsi que de lombalgies sur discopathie dégénérative depuis le 4 mars 2016 ; l'incapacité de travail dans la profession de plâtrier-peintre était totale dès cette dernière date et le pronostic défavorable. Les restrictions fonctionnelles étaient le travail avec

les bras au-dessus de la tête et le port / soulèvement (près / loin du corps) de charges. En annexe à cette pièce, étaient joints :

- un rapport du 24 mars 2016 relatif à une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire effectuée le jour précédant au service de radiologie de l'Hôpital [...] ([...]) à [...], mettant en évidence des discopathies étagées de la colonne lombaire se compliquant de protrusions discales, mais sans canal étroit, ni conflit radiculaire ;

- un rapport du 18 mai 2016 du Dr N. _____, spécialiste en rhumatologie, adressé au Dr G. _____ après une consultation du 11 mai 2016. On extrait ce qui suit de ce document :

“Appréciation du cas

Votre patient présente un syndrome myofascial para-rachidien à prédominance G [gauche] prédominant sur l'angulaire de l'omoplate G et de la musculature para-lombaire G. L'anamnèse, la clinique et les examens paracliniques ne parlent pas pour un rhumatisme inflammatoire. L'IRM lombaire est quasi normale à l'exception d'une discrète souffrance du disque L5-S1. Il n'y a pas d'élément pour un conflit radiculaire ou un processus inflammatoire.

Au plan thérapeutique, j'effectue une injection de 1ml de Kenacort 40A en regard de l'angulaire de l'omoplate G et en regard du massif articulaire G L5-S1. Je l'informe que ces piqûres vont diminuer rapidement les douleurs et qu'il pourrait commencer à travailler à 50% prochainement. Je pense qu'il devrait travailler à ce taux pendant 2 à 3 semaines avant de recommencer à plein temps. L'application de l'hygiène posturale au travail est très importante dans son métier. Dans un 2^{ème} temps, une tonification de la musculature lombo-abdominale au long cours est souhaitable.

Je reste à votre disposition pour le réévaluer si nécessaire.” ;

- un rapport du 19 mai 2016 consécutif à une IRM de la colonne cervicale réalisée le 18 mai 2016 par le Dr V. _____, radiologue au [...], qui se termine comme suit :

“Conclusion

Discopathies marquées C5-C6, C6-C7, avec une sténose des quatre foramens concernés, prédominant sur le dernier niveau, avec un canal cervical étroit modéré à cette hauteur.” ;

- un rapport du 27 mai 2016 du Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin-chef au Centre thermal d'[...], où l'assuré est décrit comme « effectivement très craintif à l'idée de rencontrer un chirurgien ou d'avoir une infiltration » ; il avait été informé qu'en ce qui concernait les cervicalgies si le traitement conservateur par cortisone associé au Lyrica® ne portait pas ses fruits, il y avait la possibilité de pratiquer une infiltration au niveau du cou en cervical ou une chirurgie si la situation devait perdurer et s'avérer trop compliquée. Le Dr J._____ signalait également des lombalgies liées à un problème de discopathie dégénérative et des parésies dans les trois derniers doigts de la main gauche avec une force de cette main « un peu moins importante que du côté controlatéral » pour lesquelles l'assuré allait faire une cure thermale en [...].

Le 23 septembre 2016, l'assureur perte de gain en cas de maladie D._____, versant ses indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 4 mars 2016, a produit le dossier médical de l'assuré qu'il avait constitué. Dans un rapport du 31 août 2016, le Dr G._____ a mentionné que son patient avait refusé des infiltrations, une consultation de neurochirurgie et l'idée d'une opération, le traitement consistant en la prise de Dafalgan® 1 g et Irfen® 400 mg en réserve. Selon le médecin traitant une reconversion professionnelle semblait difficile et susceptible d'échouer en regard des douleurs.

Par communication du 12 octobre 2016, l'OAI a informé l'assuré que selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible compte tenu du fait que la situation médicale n'était pas encore stabilisée.

Le 20 janvier 2017, D._____, servant toujours ses prestations, a produit le dossier médical de l'assuré actualisé. Il en ressort une expertise neurologique du 14 novembre 2016 confiée au K._____ (ci-après : K._____) de [...]. Dans son rapport du 1^{er} décembre 2016, le Dr P._____, spécialiste en neurologie, n'a pas posé de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il a toutefois retenu à la lecture des

examens radiographiques à disposition les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, d'hémi-syndrome sensitivomoteur et cérébelleux gauche atypique sans substrat somatique objectivable et discrètes altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées cervicales et lombaires, sans évidence de compression significative des structures nerveuses. Au titre des conclusions, l'expert a fait part des éléments suivants :

"SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Rappel de l'histoire médicale

Monsieur O._____ est un homme âgé actuellement de [...] ans, remarié, père de cinq enfants. Monsieur O._____ est d'origine [...], résidant en Suisse depuis [...] et a toujours travaillé dans le bâtiment avec comme dernière activité celle de plâtrier-peintre à un taux de 100% jusqu'au 04.03.2016 où il a cessé toute activité professionnelle suite à une lombalgie aiguë.

Depuis une date difficilement précisable, mais, semble-t-il, à la lecture du dossier 2015, Monsieur O._____ souffre de lombalgies se compliquant de sciatalgies gauches et à moindre degré droites, ainsi que de cervicalgies se compliquant de blocages, de vertiges rotatoires et de brachialgies gauches.

En raison des troubles susmentionnés, Monsieur O._____ a consulté son médecin traitant, le Dr G._____, qui l'a adressé au Dr N._____, rhumatologue, puis au Centre thermal d'[...] où il a été examiné par le Dr J._____.

Une IRM lombaire puis une IRM cervicale ont été pratiquées. L'IRM lombaire a révélé des altérations dégénératives discales pluri-étagées modérées se compliquant de protrusions discales, mais sans évidence de compression radiculaire. L'IRM cervicale a révélé également des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées prédominant en C5-C6 et C6-C7 qui ont été considérées comme entraînant un rétrécissement majeur des trous de conjugaison par le radiologue.

Sur le plan thérapeutique, Monsieur O._____ a *bénéficié* de plusieurs traitements ayant comporté AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens], antalgiques, corticothérapie per os et infiltrations loco dolenti, physiothérapie et balnéothérapie.

Aux dires actuels du patient, les différents traitements précités n'ont pas modifié significativement ses plaintes hormis les AINS qui entraînent une amélioration transitoire des douleurs.

En raison des troubles susmentionnés, Monsieur O._____ n'a pas repris son activité professionnelle.

Situation actuelle et conclusions

La situation subjective actuelle de Monsieur O._____ est superposable à celle mentionnée plus haut avec persistance de

cervico-brachialgies gauches se compliquant d'un manque de force et de vertiges d'une part et persistance de lombo-sciatalgies gauches se compliquant de lâchages d'autre part. Tant au niveau cervical que lombaire, le patient signale également des phénomènes de blocage dès toute tentative de port de charges ou de mobilisation.

A l'examen clinique, on se trouve en face d'un sujet partiellement collaborant uniquement, majorant et démonstratif. A l'examen du rachis cervico-dorso-lombaire, on observe une apparente limitation antalgique de la mobilité à tous les niveaux, limitation contrastant avec l'absence de contracture significative de la musculature paravertébrale. A relever également que malgré l'importance apparente des douleurs, la mobilité du rachis dorso-lombaire reste encore relativement bonne. Les différentes épreuves de marche sont caractérisées par des phénomènes de lâchage. L'examen des paires crâniennes est même partiellement altéré de façon tout à fait particulière avec une limitation de la verticalité au regard vers le haut, une absence de contraction complète de la musculature faciale. A l'examen du tronc et des membres, on observe un hémisyndrome sensitivomotrice et cérébelleux gauche totalement atypique avec des phénomènes de lâchages, étagés au testing de la force musculaire des membres supérieur et inférieur gauches, des troubles atypiques de la coordination au niveau du membre inférieur gauche, une altération globale de la sensibilité superficielle et profonde des membres supérieur et inférieur gauches sans topographie radriculaire objectivable. L'importance des troubles sensitivomoteurs apparents contraste par ailleurs avec une bonne préservation de la trophicité musculaire, des réflexes tendineux et cutanés et de la déambulation spontanée.

En bref, un examen clinique dominé par un hémisyndrome sensitivomoteur gauche très atypique, sans éléments clairement indicateurs d'une atteinte neurologique tant périphérique que centrale.

Nous avons revu les documents radiologiques à disposition. L'IRM de la colonne cervicale pratiquée en mai 2016 révèle effectivement des troubles dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés prédominant en C5-C6 et C6-C7 avec un certain degré de rétrécissement des trous de conjugaison ddc [des deux côtés], toutefois sans compression radriculaire et médullaire nette susceptible d'expliquer ou au moins de participer significativement aux plaintes. L'IRM lombaire met également en évidence des altérations dégénératives discales pluri-étagées se compliquant de protusions circonférentielles, mais à nouveau sans évidence de compression radriculaire. A relever l'absence de rétrécissement significatif du diamètre du canal rachidien, tant au niveau cervical que lombaire.

Au terme du présent bilan, l'importance des facteurs de majoration observés lors du présent bilan ne permet pas d'objectiver une éventuelle pathologie somatique sous-jacente, les facteurs de majoration et l'incohérence du tableau clinique ne permettant pas de conclure à l'existence d'une affection somatique, tant au niveau cervical que lombaire justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail, même s'il existe aux examens radiologiques des

altérations dégénératives disco-vertébrales modérées, tant au niveau cervical que lombaire.

Sur le plan thérapeutique, l'échec de l'ensemble des mesures thérapeutiques tentées jusqu'ici pousse à ne pas proposer la poursuite d'un traitement, quel qu'il soit. Il a été discuté l'éventualité de faire procéder à des infiltrations, tant au niveau cervical que lombaire, mais l'attitude de Monsieur O. _____ lors de la présente expertise laisse peu de chance de succès à d'éventuelles mesures additionnelles. S'agissant d'une éventuelle intervention chirurgicale, le caractère des plaintes, le comportement du sujet et l'absence de pathologie *chirurgicale* objectivée tant au niveau cervical que lombaire, contre-indiquent clairement toute mesure chirurgicale, en tous les cas sur la base de la situation observée lors du présent bilan.

Sur le plan de la capacité de travail, en l'absence d'une pathologie neurologique clairement objectivable tant au niveau cervical que lombaire, je ne peux retenir d'incapacité de travail dans l'activité de plâtrier-peintre ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible."

Le Dr P. _____ n'a pas objectivé de pathologie neurologique significative entraînant des limitations fonctionnelles justifiant l'incapacité de travail au long cours de l'expertisé. Notant une « discordante apparente » entre son appréciation et celle des médecins traitants, il estimait pour sa part que l'activité professionnelle habituelle demeurerait exigible à 100 % de la part de l'assuré au jour de l'expertise.

Interpellé par l'OAI en lien avec son évaluation de la situation, le Dr G. _____ a fait part d'un *statu quo* justifiant à ses yeux de retenir une totale incapacité de travail de l'assuré dans toute activité, depuis le 4 mars 2016, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, à savoir : une faiblesse de la main gauche (parésie des trois premiers doigts) et des cervicalgies irradiant le membre supérieur gauche accompagnées de vertiges au moindre mouvement de la nuque et d'une hernie discale C5-6 et C6-7 à gauche résistante au traitement conservateur confirmée par le Dr I. _____, spécialiste en neurochirurgie, le 23 mai 2017 (rapports des 6 février et 14 juin 2017 du Dr G. _____).

Par avis médical du 14 juillet 2017, le Dr S. _____, médecin au Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a constaté que dans la mesure où l'expert du K. _____ avait attribué les symptômes

mis en évidence à une démonstrativité et que d'autre part le neurochirurgien consulté, le Dr I. _____, avait confirmé l'existence d'une hernie discale cervicale en proposant une intervention crainte par l'assuré, il convenait dès lors de compléter l'instruction. En effet, les IRM au dossier ne permettaient pas d'exclure l'apparition d'une hernie cervicale.

Interpellé, le Dr I. _____ a répondu à l'OAI le 20 août 2017 ne pas être mesure de le renseigner sur les arrêts de travail de l'assuré. Il a joint une copie de son rapport de consultation du 23 mai 2017 libellé comme suit :

“Diagnostic : Hernies discales dures C5-6 et C6-7 gauches, déficitaire.

Rappel anamnestique :

J'ai reçu ce patient en compagnie de sa fille qui m'a aidé pour la traduction, mais le patient parle suffisamment bien le français. Depuis une année il présente des douleurs de nuque et du membre supérieur gauche jusque dans les trois premiers doigts de la main avec des douleurs qui ont été très intenses au début. Il déclenche des vertiges aux mouvements de la nuque surtout en flexion-extension, mais également en rotation. Malheureusement les douleurs ont persisté sous traitement conservateur, le patient n'a jamais pu reprendre son activité professionnelle de plâtrier-peintre, il a perdu son travail. Il est par ailleurs en bonne santé habituelle, il aurait une allergie à un médicament X. Le patient est assez craintif d'un geste invasif.

Examen clinique :

L'examen neurologique confirme une atteinte C6 gauche probablement C7 avec une parésie des mouvements des trois premiers doigts de la main droite, de la préhension globalement, également bicipitale avec une hypoesthésie.

Examen radiologique :

L'IRM du 23.03.2016 montre une hernie discale C5-6 et C6-7 à gauche, dures elles sont confirmées sur l'IRM du 21.03.2017, peut-être même augmentées.

Discussion :

Après une année de traitement conservateur, j'ai proposé au patient directement une intervention, je pense qu'une discectomie cervicale antérieure C5-6 et C6-7 avec mise en place des cages et d'une plaque a une réelle chance d'améliorer ce patient. Les vertiges pourraient être un signe frustré de myélopathie, je n'en ai pas trouvé à l'examen neurologique mais la moelle est légèrement comprimée au niveau C6-7. J'ai expliqué l'intervention, une partie des risques, j'ai surtout remis un consentement éclairé qui détaille la procédure et les risques opératoires, ils vont le lire ensemble et me

le retourner signé s'il accepte l'intervention. Je reste à disposition pour toutes questions complémentaires."

Selon un procès-verbal d'entretien téléphonique du 22 septembre 2017 entre le Dr S. _____ et le Dr G. _____, il est écrit :

"J'expose la situation qui ne va pas déboucher, vu l'absence de formation certifiée, sur une réinsertion. Le Dr. G. _____ s'attendait à cela. L'assuré ne désire toujours pas se faire opérer."

Dans un rapport SMR du 22 septembre 2017, le Dr S. _____ a retenu, à titre d'atteinte principale à la santé, une hernie discale C6-C7 avec, comme pathologies associées, des troubles dégénératifs de la colonne cervicale avec parésie des trois premiers doigts de la main droite et d'une partie de la préhension ainsi qu'un syndrome myofascial de l'angulaire de l'omoplate gauche et para- lombaire bilatéral à prédominance gauche. De l'avis du médecin-conseil, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de plâtrier-peintre depuis le 4 mars 2016, mais de 100 %, dès la même date, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail avec la nuque en extension ou en torsion, faiblesse du membre inférieur avec difficulté de préhension et de port de charges ne devant pas dépasser cinq kilos, difficulté d'effectuer des mouvements fins avec le membre supérieur droit et pas de travail avec une machine vibrante. En outre, le Dr S. _____ a écrit avoir examiné les pièces médicales récoltées par l'OAI et s'être entretenu par téléphone avec le Dr G. _____ qui lui avait confirmé le *statu quo* depuis son dernier rapport. Aux termes de sa synthèse, le médecin-conseil du SMR a qualifié le cas de « clair », en ce sens que si l'incapacité de travail de l'assuré était totale en tant que plâtrier-peintre, sur le plan médico-théorique, la capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée.

Toujours dans le cadre de l'instruction de sa demande, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'aide au placement (communication du 31 janvier 2018).

L'OAI a, par projet du 16 mars 2018, puis décision du 15 mai 2018, rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assuré hormis l'octroi de l'aide au placement ouverte le 31 janvier 2018. Au plan médical, l'Office a constaté, sur la base du rapport SMR au dossier, qu'à l'échéance du délai de carence d'une année depuis l'incapacité de travail débutée le 4 mars 2016, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de plâtrier-peintre. Ce dernier bénéficiait toutefois, à cette même date (le 4 mars 2017), d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail avec la nuque en extension ou en torsion, faiblesse du membre inférieur avec difficulté de préhension et de port de charges ne devant pas dépasser cinq kilos, difficulté d'effectuer des mouvements fins avec le membre supérieur et pas de travail avec une machine vibrante. Sur le plan financier, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 61'905 fr. 28 pour un emploi à 100 % sur la base des renseignements du rapport de l'employeur complété le 4 juillet 2016. A titre de revenu d'invalidé, un montant de 67'185 fr. 97 a été pris en compte par référence aux données statistiques ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, indexées à 2016, dans une activité adaptée (industrielle légère de type conditionnement, contrôle qualité, manutention légère) exercée à plein temps. Il était procédé à un abattement de 10 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, réduisant le revenu exigible avec invalidité au montant de 60'467 fr. 37. Après comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité, l'OAI a constaté que l'assuré subissait une perte de gain de 1'437 fr. 91 et présentait un taux d'invalidité de 2,32 % (arrondi à 2 %) insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à un reclassement professionnel.

B. Par acte déposé le 15 juin 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, O._____, représenté par Me Laurent Gilliard, a recouru contre la décision de refus de prestations précitée. Il conclut, avec dépens, à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité. En substance, il reproche à l'OAI, pour son évaluation de la capacité de travail résiduelle, de s'être basé sur les conclusions du

rapport d'expertise du K._____ au détriment de celles des médecins consultés ; ainsi, son médecin traitant atteste-t-il un arrêt de travail depuis le 4 mars 2016 pour des lombalgies et cervicalgies et le Dr I._____, neurochirurgien, confirme-t-il des hernies discales dures C5-C6 et C6-C7 à gauche déficitaires à l'origine des maux. Le recourant a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Le 20 juin 2018, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 15 juin 2018, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Gilliard.

Dans sa réponse du 10 août 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il observe s'être fondé dans sa décision sur le rapport établi le 22 septembre 2017 par le médecin-conseil au SMR dont il estime qu'il n'existe aucun motif de s'en écarter.

En réplique, le 28 septembre 2018, le recourant a maintenu sa position. Il soutient désormais qu'en l'absence « d'examen complémentaire, soit une expertise », le rapport du SMR sur lequel se base la décision litigieuse « prête pour le moins à caution » et ne saurait l'emporter sur les avis divergents des médecins consultés.

Aux termes de sa duplique du 18 octobre 2018, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il estime que les arguments du recourant à l'appui de sa dernière écriture ne sont pas convaincants, ni ne permettent une appréciation distincte de la situation.

Le 14 novembre 2018, Me Gilliard a produit la liste détaillée de ses opérations et débours.

E n d r o i t :

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

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

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'étendue de la capacité de travail encore exigible de sa part en dépit de ses atteintes à la santé.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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. L'art. 6 LPGA prévoit qu'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 (al. 2).

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

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

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du

dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 LAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

4. a) Le requérant conteste en l'occurrence, sur le plan médical, que son état de santé lui permette, dès le 4 mars 2017 (terme du délai d'attente d'un an), l'exercice à 100 % d'une activité adaptée. Invoquant une constatation manifestement inexacte des faits, il reproche, au stade de la réplique, à l'OAI d'avoir écarté les conclusions de ses médecins - à savoir, le Dr G. _____ dont l'avis est corroboré par celui du Dr I. _____, neurochirurgien, confirmant une hernie discale en C5-C6 et en C6-C7 à gauche déficitaire -, en privilégiant le rapport du SMR du 22 septembre 2017. Ce dernier document ne constituerait qu'un simple avis sur dossier, sans examen complémentaire sous la forme d'une expertise malgré les pièces médicales contradictoires.

b) Au terme de son instruction, l'OAI a retenu en particulier une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, à savoir des activités industrielles légères de type conditionnement, contrôle qualité, manutention légère. Il a également précisé les restrictions fonctionnelles qu'il tenait pour établies, soit celles listées par le Dr S._____ (rapport SMR du 22 septembre 2017 ; pas de travail avec la nuque en extension ou en torsion, faiblesse du membre inférieur avec difficulté de préhension et de port de charges ne devant pas dépasser cinq kilos, difficulté d'effectuer des mouvements fins avec le membre supérieur droit et pas de travail avec une machine vibrante).

Plusieurs examens (une IRM lombaire, puis de la colonne cervicale, réalisées au service de radiologie du [...], une consultation auprès du Dr N._____ et un séjour au Centre thermal d'[...] ont précédé le dépôt de la demande de prestations du 24 juin 2016. Plus tard, en particulier lors de l'expertise neurologique de la fin 2016 mandatée par l'assureur perte de gain maladie D._____, décrivant un « sujet partiellement collaborant uniquement, majorant et démonstratif », le Dr P._____, spécialiste en neurologie, n'a pas pu correctement examiner l'assuré. Cet expert a noté que l'importance des facteurs de majoration observés et l'incohérence du tableau clinique ne permettaient pas d'objectiver une affection neurologique justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail « dans l'activité de plâtrier-peintre ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible ». Observant à l'imagerie des altérations dégénératives disco-vertébrales modérées tant au niveau cervical que lombaire, l'expert a posé les diagnostics, sans influence sur la capacité de travail, d'hémi-syndrome sensitivomoteur et cérébelleux gauche atypique sans substrat somatique objectivable et discrètes altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées cervicales et lombaires, sans évidence de compression significative des structures nerveuses (rapport d'expertise neurologique du 1^{er} décembre 2016 pp. 9 - 13). Dans le cadre de son instruction, l'OAI a recueilli des avis divergents émanant des médecins consultés. Diagnostiquant des cervico-brachialgies gauches avec parésie des trois derniers doigts de la main avec sténose des foramens C5-6 et C6-7 et lombalgies sur discopathie dégénérative, le

Dr G._____ se prononce à la faveur d'une totale incapacité de travail de l'assuré dans toute activité dès le 4 mars 2016. Le médecin traitant liste des restrictions fonctionnelles liées au port de charges et au travail au-dessus des épaules compte tenu des douleurs. Plusieurs spécialistes ont par ailleurs examiné l'assuré. Ainsi, en mai 2016, le Dr N._____, rhumatologue, pose le diagnostic de syndrome myofascial de l'angulaire de l'omoplate gauche et para-lombaire bilatéral à prédominance gauche, à l'exclusion d'un rhumatisme inflammatoire. Ce médecin pratique une injection de 1ml de Kenacort® 40A en regard de l'angulaire de l'omoplate gauche et en regard du massif articulaire gauche L5-S1 (rapport du 18 mai 2016). De son côté, le Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, signale diverses affections traitées conservativement mais sans possibilité d'exclure une opération en fonction de l'évolution (rapport du 27 mai 2016). Plus récemment (rapport du 23 mai 2017), le Dr I._____, neurochirurgien, diagnostique une hernie discale en C5-6 et en C6-7 gauche, déficitaire, justifiant une intervention que l'assuré refusera (procès-verbal d'entretien téléphonique du 22 septembre 2017). L'avis de ce spécialiste est étayé sur la base d'une IRM pratiquée le 21 mars 2017 confirmant la hernie discale en C5-6 et en C6-7 à gauche, les images radiologiques du printemps 2016 ne l'excluant pas.

Au vu de ce qui précède et compte tenu des avis divergents des médecins de l'assuré, c'est à juste titre que l'OAI a demandé à son service médical régional de se positionner sur les rapports du Dr G._____ et le courrier du 23 mai 2017 du Dr I._____ pour départager l'ensemble des avis recueillis. Le rapport du SMR du 22 septembre 2017 a rempli cette fonction. En guise de conclusion pour sa synthèse, après avoir examiné les pièces médicales récoltées par l'OAI et s'être entretenu par téléphone avec le médecin traitant qui lui avait confirmé le *statu quo* depuis son dernier rapport, le Dr S._____ a écrit que « le cas est clair et l'IT [incapacité de travail] est totale en tant que plâtrier-peintre devant travailler la nuque en extension et porter des sacs de 25 kg. Sur le plan médico-théorique, la CT [capacité de travail] dans une activité adaptée est de 100% ». A cet égard, il importe peu que ce médecin ne fût pas spécialiste en rhumatologie puisque son rapport n'a pas la vocation d'une

expertise spécialisée et qu'il existait par ailleurs déjà un rapport neurologique (Dr P._____) récent et documenté au dossier. Dans ces conditions ainsi qu'en l'absence d'élément postérieur contradictoire, il n'y a aucun motif de s'écarter de l'appréciation du SMR, entérinée par la décision attaquée, sur l'ensemble des pièces médicales recueillies au dossier. Au terme du délai d'attente légal (en l'occurrence le 4 mars 2017), l'assuré dispose notamment d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Pour être complet, on précisera qu'un examen complémentaire sous la forme d'une expertise, ainsi que semble le soutenir le recourant, ne se justifie pas.

5. Le recourant ne soulève aucun grief relatif au calcul du taux d'invalidité (ou l'évaluation de la capacité résiduelle de gain) tel qu'effectué par l'administration sur la base des renseignements recueillis auprès de l'ancien employeur et par référence aux valeurs statistiques de l'enquête de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) sur la structure des salaires (ESS), données réévaluées à 2016. Même si lors de ses calculs pour la comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA l'intimé n'a semble-t-il pas indexé les deux termes comparés à l'année d'ouverture du droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; ATF 128 V 174 consid. 4a), soit en l'occurrence 2017 (+ 0.4 % ; cf. www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.5146833.html) et non pas 2016, cela reste toutefois sans incidence sur le résultat final. En l'absence de griefs, il n'y a pas lieu de revenir plus avant sur ce calcul qui, vérifié d'office, ne prête par ailleurs pas flanc à la critique. Compte tenu d'un degré d'invalidité de 2 %, le recourant ne peut en définitive pas prétendre à une rente de l'assurance-invalidité (cf. consid. 3a supra).

6. Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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. (cf. 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 être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, bien qu'assisté d'un mandataire qualifié, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Laurent Gilliard. Sur la base de la liste des opérations produite le 14 novembre 2018, il convient d'arrêter à 2'085 fr. l'indemnité de Me Gilliard, correspondant à onze heures et trente-cinq minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle s'ajoutent les débours par 19 fr. 10 (cf. art. 3 al. 3 RAJ [Règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) et la TVA au taux de 7,7 %, ce qui représente un montant total de 2'266 fr. 10 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 15 mai 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Il n'est pas alloué de dépens.

- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- V.** L'indemnité d'office de Me Laurent Gilliard est arrêtée à 2'266 fr. 10 (deux mille deux cent soixante-six francs et dix centimes), TVA comprise.

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Laurent Gilliard (pour O. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :