

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mars 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Feusi et M. Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par Me Robert Fox, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, ressortissant français, en Suisse depuis le 14 septembre 2015, a travaillé en qualité de chauffeur, puis de commerçant alimentaire, et enfin comme aide-carreleur.

Selon une déclaration de sinistre LAA au dossier, le 13 octobre 2015, en portant du carrelage, il a manqué une marche et est tombé dans les escaliers, ce qui lui a causé une contusion dorsale. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), assureur accident de son employeur, a pris le cas en charge et versé des indemnités journalières LAA.

Le 26 avril 2016, le Prof. B._____, spécialiste en neurochirurgie, a constaté que l'assuré, qui avait déjà été opéré en 2005 en France pour une hernie discale L4-L5, présentait une récurrence de hernie à ce niveau.

L'assuré a subi le 6 septembre 2016 une nouvelle cure de hernie discale L4-L5.

Il a déposé le 14 septembre 2016 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en notant comme atteintes à la santé : « hernie discale, infarctus, diabétique ». Il a précisé être en incapacité de travail totale depuis le 13 octobre 2015.

Dans son rapport du 31 octobre 2016 à l'OAI, l'employeur a indiqué que l'assuré avait œuvré pour son compte du 14 septembre 2015 au 31 décembre 2016, le dernier jour de travail effectif ayant été le 14 janvier 2016. Selon l'extrait de son compte individuel à l'AVS (ci-après : CI), l'assuré avait perçu en 2015 un revenu de 5'297 francs. Le précédent revenu inscrit avait été réalisé en 1991.

Dans un rapport du 18 novembre 2016, le Dr K._____, médecin praticien, a posé les diagnostics de récurrence de hernie L4-L5, de lombosciatalgies L5 droites avec status post-opératoire, d'hypertension artérielle et de diabète de type 2. Il a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité d'aide-carreleur.

Le 20 décembre 2016, le Dr F._____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué au Dr K._____ que le patient lui avait dit que la symptomatologie s'était améliorée par rapport à la phase pré-opératoire ; il n'y avait pas de déficit moteur et l'examen neurologique du jour était dans les limites dans la norme.

Devant la persistance de douleurs lombaires, le Dr F._____ a fait réaliser une IRM lombaire (rapport du 14 février 2017). Le radiologue X._____ a constaté un remaniement post-opératoire en L4-L5 avec mise en évidence d'un rehaussement périradiculaire, péri-dural et sur le site opératoire à droite, la persistance d'un discret débord discal paramédian droit au même étage, refoulant légèrement la racine L5 droite à son émergence, ainsi qu'une discarthrose inflammatoire en L4-L5 (rapport du 2 février 2017). Sur la base de cet examen, le Dr D._____ a constaté qu'il n'y avait pas d'argument clair pour une pathologie infectieuse et a recommandé une prise en charge antalgique (rapport du 18 avril 2017).

La Dre J._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé, par avis du 19 septembre 2017, que la capacité de travail de l'assuré était selon toute vraisemblance pleine dès le 1^{er} janvier 2017 dans une activité adaptée épargnant le rachis. L'activité habituelle d'aide-carreleur n'était en revanche plus exigible.

Dans un rapport du 25 octobre 2017 à l'OAI, le Dr K._____ a fait état d'une évolution défavorable, estimant la capacité de travail nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, depuis le 13 novembre 2015.

Le 2 novembre 2017, la Dre J. _____ du SMR a sollicité des précisions auprès du Dr F. _____ sur l'évolution post-opératoire. Le 30 janvier 2018, celui-ci a transmis les rapports précités des 14 février et 18 avril 2017.

Le 8 février 2018, la Dre J. _____ du SMR a estimé qu'il y avait lieu de faire réaliser une expertise rhumatologique afin de définir la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

L'assuré a été examiné le 18 avril 2018 par le Dr E. _____ du SMR. Ce spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation a résumé les plaintes ostéoarticulaires de l'intéressé ainsi que son anamnèse, puis a procédé à l'examen de son status général, neurologique et ostéoarticulaire. Il a posé les diagnostics suivants :

« Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- LOMBALGIES ET LOMBOSCIATALGIES D [droites] DE TOPOGRAPHIE L5 SANS CARACTÈRE RADICULAIRE ET SANS DÉFICIT NEUROLOGIQUE SPÉCIFIQUE, DANS LE CONTEXTE DE TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS (DISCOPATHIE IMPORTANTE L4-L5, PETITE PROTRUSION DISCALE POSTÉRO-MÉDIANE LÉGÈREMENT STÉNOSANTE EN L5-S1, FIBROSE PÉRIRADICULAIRE L5 DROITE ET ARTHROSE FACETTAIRE POSTÉRIEURE L4 À S1) DANS LES SUITES D'UNE 1^{ÈRE} CURE CHIRURGICALE D'UNE HERNIE DISCALE L4-L5 D EN 2004 ET D'UNE 2^{ÈME} AU MÊME NIVEAU, EN SEPTEMBRE 2016. M51.3.

Code AI pour la statistique des infirmités et des prestations : 736/05.

Diagnostics associés

- AUCUN.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- MALADIE DE DUPUYTREN AU 4^{ÈME} RAYON DE LA MAIN D, ASYMPTOMATIQUE. M72.0.
- DIABÈTE NON INSULINO-REQUÉRANT, TRAITÉ. E12.9.
- HTA TRAITÉE. I10.
- ETAT APRÈS 2 INFARCTUS DU MYOCARDE EN SEPTEMBRE 2007 ET FÉVRIER 2008, AVEC IMPLANTATION DE 4 STENTS, ASYMPTOMATIQUE. »

Après avoir procédé à l'appréciation du cas, le Dr E. _____ a relevé que la capacité de travail ne dépassait pas 60 % dans une activité adaptée. Il a en particulier relevé ce qui suit :

« **Limitations fonctionnelles**

Rachis lombaire : éviter les positions accroupies ou à genou, les positions en porte-à-faux, les ports de charges sup. à 10 kg, les mouvements répétitifs de flexion/extension/rotation du dos, l'utilisation de machines vibrantes. L'activité devrait permettre l'alternance des positions.

Pour des LF [limitations fonctionnelles] éventuelles sur le plan cardiovasculaire et endocrinien, les renseignements doivent être obtenus auprès des médecins qui s'occupent de l'assuré.

Début de l'IT [incapacité de travail] **durable**

Le 13.10.2015 (RM [rapport médical] initial LAA[...], Dr K. _____, 28.12.2015).

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

L'IT est totale dès le 13.10.2015.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

Suite à la chute du 13.10.2015, l'agence SUVA de [...] confirme une ITT [incapacité de travail totale] du 13.10.2015 au 31.01.2016.

Dans son 1^{er} CM [certificat médical] à [...], daté du 10.03.2016, le Dr K. _____ atteste une ITT dès le 01.02.2016 en raison de lombalgies sévères.

Le RM du [...] du 26.09.2016 confirme l'hospitalisation le 05.09.2016 et une ITT dès cette date, jusqu'au 16.10.2016.

Le 18.11.2016, le Dr K. _____ atteste une IT toujours en cours à la date de son RM.

Dans sa réponse à l'OAI du 25.10.2017, le Dr K. _____ atteste une ITT dès le 13.11.2015.

Compte tenu du RM du Dr F. _____ en date du 20.12.2016 dans lequel il déclare qu'il n'y a plus de déficit moteur avec un examen neurologique normal, ce qu'il confirme aussi dans son RM du 14.02.2017, nous considérons, compte tenu des éléments de notre examen et des éléments d'imagerie récents, que l'assuré aurait pu reprendre une activité adaptée à un taux de 60 % dès mars 2017, d'autant plus que le résultat de l'IRM du 18.04.2018 est comparable à l'examen du 17.02.2017 quant à la présence de la fibrose post-opératoire et la déformation du sac dural.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par l'atteinte lombaire se présentant sous la forme de troubles dégénératifs et statiques, après 2 interventions chirurgicales au niveau L4-L5 avec déformation du sac

dural au niveau L4-L5 droit avec sténose partielle multifactorielle du foramen à ce niveau.

Il existe, en toile de fond, une surcharge psychogène manifeste qui n'a pas été évaluée par un spécialiste et pour lequel le Dr K. _____ a prescrit un anxiolytique (Lexotanil®) et un somnifère (Stilnox®).

Dans une activité adaptée, telle que décrite plus haut, la CT est de 60 %.

Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation

Mars 2017.

Pronostic

Réservé sur le long terme. Les troubles dégénératifs sont susceptibles de s'aggraver.

En cas d'octroi d'une rente, il y a lieu de réviser la situation dans 1 an.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'AIDE-CARRELEUR : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 60 %

DEPUIS LE : mars 2017.

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION.

Observation : notre appréciation se prononce exclusivement sur le plan ostéoarticulaire, c'est-à-dire le problème rachidien, puisque la maladie de Dupuytren n'est en soi[...] pas incapacitante. En l'absence d'une documentation médicale qui décrit le contraire, il n'y a pas de contre-indications dans une activité adaptée en ce qui concerne l'hypertension artérielle, le diabète, la baisse de la thymie et l'état post 2 infarctus. »

L'expert a indiqué encore avoir contacté téléphoniquement la CNA, assureur accident, qui lui a expliqué avoir versé des indemnités journalières à partir du 13 octobre 2015, puis avoir arrêté ses prestations le 1^{er} février 2016 à la suite de la déclaration par le médecin traitant d'une maladie, dont la nature n'était pas connue de la CNA.

L'assuré a eu un entretien à l'OAI le 26 juin 2018, lors duquel il a été informé qu'il n'avait pas de droit à une rente, mais à un reclassement éventuel ; à cette occasion, l'assuré a indiqué qu'il ne pouvait rien faire du tout.

Selon le calcul du salaire exigible fixé par le service de réadaptation de l'OAI le 26 juin 2018, le préjudice économique de l'assuré

s'élevait à 38,78 % et n'ouvrait pas droit à la rente. Un abattement de 5 % était retenu du fait du taux d'occupation. Il était précisé qu'il n'y avait pas d'abattement supplémentaire pour les limitations fonctionnelles, qui étaient prises en compte dans la capacité de travail arrêtée par le SMR. Les exemples d'activités adaptées étaient les suivants : industrie légère, montage assemblage et contrôle qualité dans l'électronique, la petite mécanique, services généraux, courrier, scannage, petit économat. Un autre calcul du salaire exigible établi à la même date, ne tenant compte d'aucun abattement, faisait quant à lui état d'un taux d'invalidité de 35,56 %.

Par projet de décision du 23 juillet 2018, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de rente d'invalidité.

Le 15 août 2018, l'assuré a contesté ce projet. Il a joint à son envoi plusieurs pièces relatives à ses problèmes de santé antérieurs, à savoir notamment les lombosciatalgies liées à la hernie discale L4-L5, les infarctus subis en 2007 et 2008, à la suite desquels il a régulièrement présenté des douleurs thoraciques, et la découverte de son diabète en 2011. Il y était en outre relevé un tabagisme actif, un éthylysme chronique, un foie dysmorphique en lien avec une probable cirrhose et des symptômes dépressifs.

Le 6 septembre 2018, le Dr K. _____ a demandé à l'OAI que son patient soit convoqué pour une autre expertise. Il a transmis tous les rapports en sa possession, à savoir des pièces relatives aux problèmes de santé antérieurs, en partie déjà produites par l'assuré, les rapports en lien avec la récurrence de hernie discale, ainsi qu'un rapport du 6 septembre 2018 Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui envisageait des infiltrations facettaires pour débloquer le dos de l'assuré.

L'assuré, désormais représenté par l'avocat Robert Fox, a adressé à l'OAI des observations complémentaires le 15 novembre 2018. Il estimait qu'une nouvelle expertise était nécessaire en raison de son

problème cardiaque, de son diabète et des notions d'atteinte thyroïdienne et de la sphère urinaire évoquées lors de l'examen SMR.

Dans un avis du 23 janvier 2019, le SMR a maintenu sa position, estimant que les anciens rapports concernant le rachis et les problèmes somatiques de l'assuré avaient déjà été pris en compte lors de l'instruction, que le dernier contrôle chez le radiologue remontait à 2013 et que les rapports des Drs H. _____ et K. _____ n'apportaient aucun élément médical objectif nouveau.

Par décision du 21 mars 2019, l'OAI a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité, en retenant, après comparaison des revenus, un préjudice économique de 35,56 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Par courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a observé que les rapports médicaux remis dans le cadre de la contestation du projet de décision ne le remettaient pas en cause.

Par courrier du 25 mars 2020, Me Fox a indiqué à l'OAI qu'il venait d'apprendre par son mandant l'existence de la décision négative de mars 2019, dont il n'avait retrouvé aucune trace. Dans un courrier du 26 mars 2020, il a contesté avoir reçu la décision en question, ainsi que la correspondance rejetant les mesures d'instruction demandées, sollicitant par ailleurs une restitution de délai.

L'OAI a fait parvenir à Me Fox une copie de la décision et du courrier du 21 mars 2019 par courriel du 26 mars 2020.

Par courrier du 14 avril 2020, l'OAI a considéré que la décision du 21 mars 2019 était parvenue à Me Fox en date du 25 mars 2020 au plus tard et a renoncé à procéder à une nouvelle notification dans la mesure où une copie de cette décision et de la prise de position qui l'accompagnait lui avaient été transmises par courriel du 26 mars 2020.

B. Par acte du 22 avril 2020, Y. _____, toujours représenté par Me Fox, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI, et subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est octroyée. Il a fait valoir, en premier lieu, que l'instruction de son dossier avait été lacunaire, ce qui violait son droit d'être entendu. Dans ce cadre, il a plaidé que l'expert rhumatologue réservait l'examen de l'hypertension, du diabète, la baisse de la thymie et l'état après deux infarctus, ce médecin ayant en particulier indiqué n'avoir « aucun élément à disposition en ce qui concerne le problème cardiaque, le diabète, la notion d'une atteinte thyroïdienne et de la sphère urinaire ». Dans un autre moyen, le recourant a contesté le calcul du degré d'invalidité, estimant que c'est un abattement de 10 % qui aurait dû être effectué sur son revenu d'invalidé. Il a exposé dans ce cadre n'avoir exercé que des fonctions de chauffeur poids lourd et d'aide-carreleur auparavant, si bien qu'il fallait tenir compte des difficultés d'adaptation à un autre emploi, vu qu'il n'avait aucune expérience. Il fallait également prendre en considération son âge, 52 ans aujourd'hui, respectivement 51 ans au moment de la décision ; il convenait également de tenir compte de ses atteintes physiques, du diabète, de l'hypertension et de ses soucis cardiaques, ce qui justifiait une réduction supplémentaire au titre de désavantage salarial. Il ajoutait qu'il y avait encore lieu de prendre en considération ses limitations fonctionnelles et le fait qu'il ne pourrait travailler qu'à 60 %, ce qui le désavantageait sur le marché du travail, de même que le fait qu'il n'était pas suisse, et qu'au moment de son accident, il n'avait pas passé beaucoup de temps dans notre pays. Ainsi, compte d'un revenu sans invalidité de 62'836 fr. et d'un revenu d'invalidé de 36'441 fr. 90, il en résultait un degré d'invalidité de 42 %, ouvrant le droit à une rente. A titre de mesures d'instruction, il a requis une nouvelle expertise de son dos, ainsi que de ses problèmes de diabète, d'hypertension et cardiaques, respectivement la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour examiner sa capacité de travail résiduelle, ainsi que le domaine d'activité adéquat compte tenu de l'ensemble de ses problèmes de santé.

Dans sa réponse du 24 juin 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours, reconnaissant une pleine valeur probante à l'examen

rhumatologique et se référant à l'avis du SMR du 23 janvier 2019, qui relevait que l'hypertension artérielle, le diabète, les infarctus et la surcharge psychogène n'engendraient pas de limitations fonctionnelles. Il a estimé que seul le taux d'occupation réduit du recourant justifiait un abattement sur son revenu d'invalidé, à hauteur de 5 %, de sorte que son préjudice économique s'élevait à 38,78 %, soit 39 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente.

Le 22 juillet 2020, le recourant a produit un rapport du 21 juillet 2020 du Dr K. _____, selon lequel il présentait une aggravation de son état de santé, sous forme de parésie au niveau de la jambe gauche. Il était en outre dans un état psychologique décompensé et souffrait de douleurs thoraciques persistantes liées à une péricardite aiguë. Etait également annexé un rapport du Prof. B. _____ du 3 mars 2016, figurant déjà au dossier.

Le 25 août 2020, l'OAI a maintenu sa position. Il a joint un avis SMR du 17 août 2020, qui précisait que l'avis du Prof. B. _____ avait déjà été pris en compte lors de l'examen clinique rhumatologique au SMR le 18 avril 2018 ; quant aux problèmes cardiaques annoncés par le Dr K. _____, il s'agissait d'un problème non connu et non-documenté avant la décision, pour lequel le Dr K. _____ ne donnait pas de détails, ni n'attestait d'incapacité de travail ou de limitations fonctionnelles. Concernant le rachis, le diabète et l'état psychologique, ce court rapport n'amenait pas de nouvel élément susceptible de modifier la position du SMR.

Le 17 septembre 2020, le recourant a renouvelé sa requête de nouvelle expertise.

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) La preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Celle-ci supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées, et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 402 consid. 2a ; 103 V 66 consid. 2a ; TF I 779/02 du 12 mai 2003 consid. 2.1 et les références citées).

L'absence de notification d'une décision administrative ne doit pas nuire à la personne qui a le droit de recourir ; le délai de recours ne commence à courir qu'au moment où elle a eu connaissance de cette décision ; elle ne peut cependant retarder ce moment selon son bon plaisir : en vertu du principe de la bonne foi, elle est tenue de se renseigner sur l'existence et le contenu de la décision dès qu'elle peut en soupçonner l'existence, à défaut de quoi elle risque de se voir opposer l'irrecevabilité de son recours pour cause de tardiveté (TF I 779/02 précité consid. 3.1 et la référence citée).

c) En l'occurrence, le recourant, par l'intermédiaire de son avocat, affirme qu'il n'a eu connaissance de la décision du 21 mars 2019 que le 25 mars 2020. Cette décision ayant été notifiée par pli simple, l'OAI n'a pu apporter la preuve de sa notification et a admis, dans son courrier du 14 avril 2020, qu'elle était parvenue au recourant en date du 25 mars 2020 au plus tard. A la question de savoir si le recourant aurait pu soupçonner l'existence de cette décision plus tôt, il faut constater que

celui-ci a reçu, le 19 novembre 2018, un courrier de l'OAI accusant réception de ses objections du 15 novembre 2018 au projet de décision négative et l'informant que des mesures d'instruction complémentaires seraient peut-être nécessaires, ce qui pouvait prendre un certain temps. Compte tenu de ce courrier qui l'incitait à patienter, on ne saurait considérer que le recourant a agi de manière contraire à la bonne foi en attendant plus d'une année avant de reprendre contact avec l'OAI, même si ce délai est certes long.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que le recours a été 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]). Il respecte en outre les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

4. Dans un premier moyen, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, au motif que son dossier n'aurait pas été instruit à satisfaction.

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées).

En réalité, s'agissant en l'occurrence d'un grief relatif à l'allégation d'un défaut d'instruction, dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves, le moyen tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation inexacte des faits pertinents que le recourant soulève également. Cet argument sera donc examiné avec le fond du litige.

5. Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'aide-carreleur. Se pose dès lors la question de savoir s'il présente une capacité résiduelle dans une activité adaptée, et, dans l'affirmative, de quel degré. A cet égard, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'examen rhumatologique du Dr E._____ du SMR du 30 avril 2018, pour retenir une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée dès mars 2017.

Dans son rapport d'examen, le Dr E._____ a résumé le dossier médical du recourant et a recueilli son anamnèse complète, en notant en particulier ses plaintes, ses habitudes de vie et son contexte psycho-social. Il a procédé à un examen clinique détaillé du recourant, sur le plan général, neurologique et ostéo-articulaire et a fait réaliser une IRM lombaire pour compléter l'imagerie à disposition. Le Dr E._____ a pris ses conclusions sur la base de l'ensemble de ces éléments, de manière motivée et convaincante. Son rapport d'examen peut dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Au niveau dorso-lombaire, il observe un trouble statique sous la forme d'une discrète scoliose sinistro-convexe compensée. La flexion antérieure du tronc est douloureuse et limitée, vraisemblablement par un syndrome lombo-vertébral puisqu'à la flexion, la musculature paralombaire s'endurcit. Ayant un doute sur la concordance entre les plaintes de l'assuré et ses constatations objectives, le Dr E._____ a fait réaliser une IRM de contrôle, dans le but également de voir l'évolution de la fibrose sur le site opératoire. Cette IRM a montré une discopathie L4-L5 associée à de légers remaniements inflammatoires des plateaux vertébraux, en régression par rapport à l'IRM de 2017. La sténose légèrement sténosante foraminale L4-L5 droite pouvait être le résultat d'une récurrence de hernie ou d'un résidu de hernie discale postéro-médiane droite avec fibrose épidurale et périradiculaire L5 droite, associée à une légère arthrose interfacettaire. L'association de ces facteurs produisait un conflit avec la racine L5 droite. Il existait par ailleurs une petite protrusion discale postéro-médiane légèrement sténosante en L5-S1 sans signe de conflit radiculaire. Le Dr E._____ en conclut qu'il n'y a pas de

changement significatif par rapport à l'IRM de 2017, mais que le remaniement post-opératoire peut être à l'origine d'une irritation chronique de la racine L5 droite et donc source de douleurs chroniques, précisant que les adhérences fibrotiques entraînent souvent une irritation méningée à l'origine de douleurs chroniques. Il estime dès lors que les plaintes de l'assuré et le syndrome lombovertébral concordent avec les éléments objectifs et que le recourant ne sous-estime pas ses capacités. Selon le Dr E. _____, il n'y a pas de traitement spécifique à proposer, si ce n'est éventuellement que le traitement contre la douleur soit revu par un centre d'antalgie. En raison de ce problème lombaire, le recourant doit éviter les positions accroupies, à genoux ou en porte-à-faux, le port de charges supérieures à 10 kg, les mouvements répétitifs de flexion/extension/rotation du dos, l'utilisation de machines vibrantes et doit pouvoir alterner les positions. Au final, le Dr E. _____ considère que dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail ne dépasse pas 60 % compte tenu des éléments d'imagerie récents à sa disposition (rapport pp. 12-14).

Son examen a par ailleurs permis de déceler une maladie de Dupuytren du 4^e rayon de la main droite qui reste asymptomatique, obligeant seulement le recourant à devoir parfois passivement étendre le 4^e doigt. Le médecin ne constate en effet aucune limitation dans les amplitudes des articulations phalangiennes, ni douleurs à la palpation et en conclut que cette problématique n'est actuellement pas incapacitante (rapport p. 13).

Pour le surplus, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que le Dr E. _____ n'a pas tenu compte de l'hypertension, du diabète et des problèmes cardiaques, puisqu'il a au contraire retenu, comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, un diabète non insulino-dépendant traité (E12.9), une hypertension artérielle (HTA) traitée et un état après deux infarctus du myocarde en septembre 2007 et février 2008 [recte : octobre 2007 et janvier 2008], avec implantation de quatre stents, asymptomatique. Le Dr E. _____ a en particulier relevé que l'examen général ne montre pas de problème, l'assuré étant normocarde et

normotendu sous traitement antihypertenseur (rapport p. 12). L'assuré a précisé suivre un régime strict pour son diabète (rapport p. 13). Sur la base des pièces au dossier et de ses observations, le Dr E._____ a ainsi estimé que les problèmes de santé anciens de l'assuré, survenus avant son arrivée en Suisse en 2015 (infarctus du myocarde, diabète, HTA), n'empêchaient pas la poursuite de mesures de réadaptation (rapport p. 14). Il a ajouté que tant le diabète que l'hypertension artérielle n'étaient pas incapacitants, moyennant que l'intéressé surveille étroitement sa glycémie et prenne les mesures préventives vis-à-vis du risque d'hyper- et d'hypoglycémie (ibidem). De même, s'il observe une disparition du réflexe achilléen des deux côtés, qui pourrait être le résultat d'une polyneuropathie diabétique, il précise que cette problématique n'est pas incapacitante (rapport p. 12). En lien avec l'atteinte au niveau cardiaque, il a noté qu'une activité contraignante était contre-indiquée, dans la mesure où le recourant avait recours à un traitement vasodilatateur d'urgence plus ou moins régulièrement (rapport pp. 13-14).

Si le Dr E._____ a effectivement indiqué ne pas avoir d'élément à disposition en ce qui concerne le problème cardiaque, le diabète, la notion d'une atteinte au niveau de la thyroïde et de la sphère urinaire (rapport p. 14), cela ne signifie pas que son appréciation de la situation du recourant serait lacunaire. Ce spécialiste a en réalité pris position sur l'aspect cardiovasculaire, ainsi que sur le diabète, comme observé ci-dessus. S'agissant de la thyroïde, aucun rapport ne fait état d'une atteinte incapacitante à ce niveau, pas plus qu'au niveau urinaire. Lors de l'examen clinique, le recourant a déclaré que son médecin de famille en France aurait décelé une anomalie de la glande thyroïde à l'occasion d'une perte pondérale en 2017, ainsi qu'une augmentation de l'antigène spécifique pour la prostate. Ces éléments sont cependant méconnus de son médecin traitant actuel en Suisse, le Dr K._____, qui n'en fait aucune mention. On peut en outre relever que parmi la liste de médicaments prescrits au recourant par son médecin généraliste français, aucun n'est en lien avec un dérèglement thyroïdien. Le seul fait que le Dr E._____ a estimé qu'il y avait lieu de prendre des renseignements auprès des spécialistes suivant l'assuré aux plans cardiovasculaire et

endocrinien, s'agissant d'éventuelles limitations fonctionnelles à ce niveau (rapport p. 14), ne permet dès lors pas de considérer que l'OAI n'a pas valablement instruit son cas. En réalité, le Dr E._____ s'est bien déterminé à ce sujet également, puisqu'il a relevé que toute activité stressante, anxiogène était proscrite pour des raisons cardiaques (rapport p. 14).

Finalement, le Dr E._____ a observé une tristesse et une baisse de l'humeur chez le recourant, qui se reconnaît déprimé en lien avec sa santé et sa séparation intervenue en été 2016, et qui évoque le besoin d'un suivi psychiatrique. Le Dr E._____ précise toutefois que même si l'assuré est triste, le vécu psycho-social n'est en soi pas incapacitant (rapport pp. 12-13). L'état psychique du recourant joue en revanche probablement un rôle dans les douleurs chroniques dont il souffre (rapport p. 14).

Pour le surplus, le recourant ne fait état d'aucun élément qui aurait été ignoré par l'OAI dans le cadre de l'instruction de son dossier. En particulier, le rapport du Prof. B._____ du 3 mars 2016, produit en procédure de recours, a été pris en compte par le Dr E._____ (rapport d'examen SMR p. 2). Quant au rapport du 21 juillet 2020 du Dr K._____, celui-ci fait état d'une péjoration, dans le sens où le recourant présente une parésie au niveau de la jambe gauche, sans toutefois donner plus de détails, ni poser de diagnostic à ce sujet. On ignore par ailleurs si ce trouble était déjà présent au moment où l'OAI a rendu sa décision. Quoiqu'il en soit, l'existence d'une diminution de force dans la jambe gauche ne s'oppose pas à l'exercice d'une activité légère, de surcroît à 60 %, telle que retenue par le Dr E._____. Les autres atteintes mentionnées par le Dr K._____, à savoir la hernie discale L4-L5 et L5-S1, l'état psychologique décompensé et le diabète de type II ont été prises en compte par le Dr E._____. Quant aux douleurs liées à une péricardite aiguë, le Dr K._____ n'étaye pas ces troubles, ni n'atteste d'incapacité de travail ou de limitations fonctionnelles en lien avec ces problèmes, comme le retient le SMR dans son avis du 17 août 2020.

S'agissant des documents médicaux relatifs au suivi du recourant en France, il faut constater que ceux-ci datent d'il y a plusieurs années et qu'ils n'apportent pas de motif allant à l'encontre des conclusions du Dr E._____.

Il résulte de ce qui précède qu'il ne peut être fait grief à l'OAI d'avoir retenu, sur la base de l'examen SMR du 18 avril 2018, une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée.

6. Dans un autre moyen, le recourant critique la comparaison des revenus effectuée par l'OAI et soutient que c'est un abattement de 10 % qui aurait dû être opéré sur le revenu d'invalidé, ce qui conduirait à l'octroi d'un quart de rente.

a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

b) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus

(RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

c) En l'occurrence, le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité, qui peut en effet être confirmé. L'OAI s'est, d'une part, basé sur le salaire à l'heure versé au recourant par son ancien employeur et, d'autre part, sur ses fiches d'indemnités journalières APG, a constaté que les revenus ainsi calculés divergeaient de 619 fr. et a pris en compte le revenu le plus favorable au recourant, soit 62'836 fr. (cf. REA calcul du salaire exigible du 26 juin 2018).

Le recourant ne conteste pas non plus le principe d'un calcul du revenu d'invalidité sur la base de l'ESS, vu l'absence de revenu effectivement réalisé. Son argumentation tend à remettre en cause l'absence d'abattement, respectivement l'abattement de 5 % que l'OAI admet d'opérer sur le revenu dans sa réponse au recours du 24 juin 2020. Il estime qu'il y a lieu de tenir compte de son rendement diminué, même dans une activité adaptée, des difficultés d'adaptation à un autre emploi, de son âge, de ses problèmes physiques, de ses limitations fonctionnelles,

de son taux d'occupation réduit, de sa nationalité étrangère et du fait qu'il n'a passé que peu de temps en Suisse avant son accident. Il ne peut toutefois être suivi dans ses explications.

Son curriculum vitae figurant au dossier démontre qu'il a non seulement été chauffeur, pour plusieurs employeurs, mais également actif dans le domaine du commerce alimentaire, et finalement dans celui du carrelage. Selon l'anamnèse professionnelle communiquée au Dr E. _____ lors de l'examen SMR du 18 avril 2018, le recourant avait également œuvré sur les chantiers (rapport p. 3). Son parcours professionnel démontre qu'il a su s'adapter à différents emplois, de sorte qu'on ne voit pas pourquoi il n'en serait pas de même actuellement. Il est par ailleurs renvoyé à l'exercice d'une activité légère ne nécessitant pas de connaissances ni de formation particulières (niveau de compétence 1 de l'ESS ; TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

Son âge, à savoir 50 ans au moment de l'examen clinique SMR et 51 ans au moment où la décision a été rendue (ATF 146 V 16 consid. 7.1), n'est pas un facteur limitant en soi et l'est d'autant moins au vu des circonstances personnelles du recourant, qui dispose d'une expérience professionnelle dans divers domaines et parle par ailleurs plusieurs langues, comme cela ressort de son curriculum vitae figurant au dossier (ATF 146 V 16 consid. 7.2.1 ; TF 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.2).

Le recourant est de nationalité française et par conséquent ressortissant communautaire, ce qui ne justifie pas d'abattement, étant au demeurant rappelé que le recourant, d'origine kosovare, parle très bien le français (rapport d'examen SMR p. 7). Le fait qu'il ne se trouvait en Suisse que depuis peu de temps avant la récurrence de sa hernie ne justifie pas non plus un abattement, étant rappelé qu'il avait travaillé en Suisse entre 1989 et 1991 déjà (rapport d'examen SMR p. 3).

Quant à ses atteintes physiques, elles ont conduit à retenir une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles et ne justifient dès lors pas un nouvel abattement (TF 9C_537/2019 du 25 février 2020 consid. 4.2).

Le grief du recourant est donc mal fondé. Comme l'OAI le reconnaît dans sa réponse au recours, seul un abattement de 5 % peut être retenu sur le revenu d'invalidé afin de tenir compte de l'influence du taux de travail partiel du recourant sur ses perspectives salariales. Il convient toutefois de légèrement modifier le calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI en date du 26 juin 2018 (cf. REA - calcul du salaire exigible) et dans sa réponse, en ce sens que le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes en 2016 pour des tâches manuelles simples dans les domaines des services et de la production était de 5'340 fr. selon l'ESS 2016, et non de 5'357 fr., si bien que le revenu d'invalidé du recourant doit être fixé à 38'344 fr. 48. Cette modification est toutefois sans influence sur le degré d'invalidité du recourant, qui reste de 39 %. C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a refusé de lui octroyer une rente d'invalidité.

7. Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, à savoir d'ordonner une nouvelle expertise rhumatologique et une expertise pluridisciplinaire. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. Les requêtes du recourant en ce sens doivent ainsi être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) 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. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Par décision de la juge instructrice du 27 avril 2020, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 avril 2020 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Robert Fox. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 5 octobre 2020. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Fox est arrêtée à 1'384 fr. 20, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 21 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Robert Fox, conseil du recourant, est arrêtée à 1'384 fr. 20 (mille trois cent huitante-quatre francs et vingt centimes).
- 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 du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Robert Fox (pour Y. _____),
- 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 :