

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 août 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 28 al. 1 let. b et c LAI ; 87 al. 1 RAI

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire de Turquie, a travaillé en dernier lieu du 1^{er} avril 2003 au 31 juillet 2003 comme aide-jointoyeur pour le compte de la société R. _____ Sàrl à [...].

Le 7 octobre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en indiquant souffrir d'une hernie discale depuis décembre 2003.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'assuré (rapport du 26 novembre 2004 du Dr W. _____, spécialiste en neurochirurgie, et rapport du 24 janvier 2005 du Dr A. _____). L'assuré s'est également soumis, le 3 juin 2005, à un examen clinique dans les locaux du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) à [...]. Dans son rapport du 10 juin 2005, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a indiqué le diagnostic incapacitant de lombosciatalgie droite chronique intermittente dans le cadre de troubles statiques du rachis et d'un status après cure de hernie discale L4-L5 droite en septembre 2004 et celui, sans effet sur la capacité de travail, de cervicalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis. On extrait notamment ce qui suit de la rubrique « Appréciation du cas » de son rapport :

Actuellement, l'assuré se plaint essentiellement de lombosciatalgies D chroniques intermittentes, dans le cadre d'un status après cure de hernie discale L4-L5 D en septembre 2004. Cette intervention chirurgicale a effectivement amélioré la symptomatologie douloureuse. Par ailleurs, l'assuré signale de manière accessoire des cervicalgies intermittentes.

Au status, on note des troubles statiques du rachis et une mobilité lombaire diminuée.

Au status neurologique, on relève des troubles sensitifs du membre inférieur D. Une radiculographie et un radiculo-CT lombaire du 19.07.2004, effectués avant l'intervention chirurgicale, confirment la présence d'une volumineuse hernie discale médiane et essentiellement paramédiane D en L4-L5 avec très nette compression de la racine L5 D et refoulement postérieur de la racine S1 D.

Au vu des plaintes actuelles, du status et des examens radiologiques à notre disposition, nous estimons que la capacité de travail de cet assuré est nulle dans sa dernière activité de jointoyeur chez R. _____ SA. Par contre, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires sous-mentionnées, la capacité de travail est complète.

Les limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

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

A partir du 1^{er} janvier 2004.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Stationnaire.

Concernant la capacité de travail exigible

Sur la base des observations rhumatologiques qui ont été effectuées lors de l'examen SMR Léman du 03.06.2005, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans sa dernière activité de jointoyeur. Par contre, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires susmentionnées, la capacité de travail est complète.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle : 0%

Dans une activité adaptée : 100% depuis la mi-janvier 2005, à savoir 4 mois après l'intervention chirurgicale.

Par décision du 31 mai 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. Le 4 mai 2017, I. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, alléguant souffrir depuis le 14 octobre 2016 d'un steppage séquellaire du pied droit.

L'OAI s'est vu adresser, le 8 juin 2017, un rapport par le Dr N._____, spécialiste en médecine interne et gériatrie. Posant le diagnostic « nouveau » de steppage séquellaire du pied droit sur status après cure de hernie discale L3-L4 le 14 octobre 2016 au CHUV, ce médecin traitant a indiqué que, malgré une prise en charge rapide, l'assuré n'avait pas totalement récupéré la force de ses releveurs du pied droit (estimée à 2-3/5), de sorte que ce déficit était responsable d'un trouble de la marche (steppage du pied et boiterie) qui, au vu de l'évolution, sera certainement persistant. Selon le Dr N._____, toute activité professionnelle impliquant des déplacements ainsi que le port de charges n'était plus envisageable. Il évaluait l'incapacité de travail de son patient à 50 % au minimum dès le 14 octobre 2016, avec un mauvais pronostic.

Le 21 novembre 2017, le Dr N._____ a répondu comme suit aux questions adressées par l'OAI :

1. *Quels sont les diagnostics précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ? Depuis quand ?*

Steppage séquellaire du pied droit sur status après cure de hernie discale L3-L4 le 14.10.2016 au CHUV.

2. *Quels sont l'anamnèse et le status correspondants ?*

Malgré la cure de hernie discale en urgence le 14.10.2016 et les dizaines de séances de physiothérapie qui ont suivi, le patient a gardé un steppage séquellaire du pied droit avec force des muscles releveurs du pied droit estimée à 1/5 le 20.11.2017.

3. *Quels sont les traitements actuels et la compliance à ces derniers à 10 mois en postopératoire ?*

La compliance du patient a été exemplaire : il s'est présenté systématiquement à tous ses rendez-vous et a suivi tous les traitements prescrits. Actuellement, il n'y a plus de traitement en cours pour ce problème.

4. *Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte ?*

Importants troubles de la marche et fatigabilité à la marche secondaire au steppage.

5. *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle (sur un 100%) ? Depuis quand ?*

50 % depuis le : 14.10.2016.

6. *Quelles est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée ? Depuis quand ?*

50 % depuis le : 14.10.2016.

Si la capacité de travail n'est pas entière, merci de nous en préciser les raisons :

Le patient est sans formation. Seuls des travaux pour ouvrier non qualifié sont à sa portée, travaux demandant une bonne santé physique, ce que le patient n'a clairement plus. En outre, il ne peut gravir un échafaudage ou marcher en terrain irrégulier. Il existe un risque de chute important.

7. *Peut-on s'attendre à une amélioration de la capacité de travail ?*

Non, en raison de séquelles neurologiques irréversibles au membre inférieur droit.

8. *Quels sont les dates et les taux précis des incapacités de travail attestées jusqu'ici ?*

du 14.10.2016 au 31.12.2016 à 100%
du 01.01.2017 au indéterminé à 50%.

Le Dr N._____ a joint trois rapports de consultations de l'assuré à l'Unité de chirurgie spinale du CHUV. Dans le dernier rapport daté du 27 octobre 2017, les J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et P._____, ont observé ce qui suit :

Problèmes et attitude

Compte tenu de l'absence de douleurs, de la stabilité des symptômes et de la parésie, nous ne préconisons pas de poursuite du suivi au-delà de 12 mois. La probabilité que la situation au niveau du membre inférieur droit s'améliore est très faible compte tenu du déficit qui persiste à bientôt un an de l'intervention.

Le patient est sans emploi depuis de nombreuses années. La vie quotidienne se fait sans trop de difficultés. Nous l'encourageons à maintenir une activité physique, par exemple de la marche, autant que possible. Nous mettons fin au suivi ce jour.

Après avoir requis le point de vue du SMR (avis du 30 novembre 2017 du Dr B._____, spécialiste en médecine du travail), l'OAI a, par projet de décision du 7 décembre 2017, informé l'assuré qu'il

entendait rejeter sa nouvelle demande de prestations, au motif que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance des positions, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de marche en terrain irrégulier et pas de montée et de descente d'échelles et d'escaliers ni sur les échafaudages) était de 50 % dès le 1^{er} juin 2017, puis totale depuis le 1^{er} septembre 2017, de sorte qu'au terme du délai de carence, soit le 14 octobre 2017, l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail. Partant, le préjudice économique demeurait identique (10 %) à celui retenu dans la décision du 31 mai 2006, sans aucune mesure professionnelle susceptible de le réduire.

Le 18 décembre 2017, l'assuré a contesté ce projet. Il s'étonnait, face aux restrictions fonctionnelles retenues par l'administration, de ne pas avoir au moins droit à des mesures de réadaptation professionnelle. Dans la mesure où il avait toujours occupé des emplois physiques, il ne s'estimait pas en mesure de retrouver un autre travail sans soutien de la part de l'OAI. Complétant ses observations le 17 janvier 2018, il a précisé être inapte à travailler à 100 %.

Après avoir interpellé une nouvelle fois le SMR (avis du 5 février 2018 du Dr B. _____), l'OAI a, par décision du 8 février 2018, rejeté la demande de prestations de l'assuré.

C. Par recours déposé le 7 mars 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, I. _____ a conclu en substance à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il estimait ne pas avoir récupéré une capacité de travail de 100 % depuis l'opération d'octobre 2016, mais bénéficier d'une capacité de travail résiduelle de 50 % au maximum dans une activité adaptée compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, en particulier son impossibilité de marcher correctement. Il requérait à tout le moins la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Dans sa réponse du 24 avril 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. A son avis une expertise médicale ne se justifiait pas en l'occurrence ; sur la base des éléments en sa possession, il y avait lieu de constater que, un an après le début de l'incapacité de travail, l'assuré était en mesure de travailler à 100 % dans une activité adaptée.

Aux termes de sa réplique du 8 mai 2018, l. _____ a maintenu ses conclusions ainsi que sa requête d'expertise judiciaire.

Une copie de cette écriture a été transmise à l'OAI pour son information.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

e) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

4. En l'espèce, le recourant présente un tableau clinique caractérisé par un steppage séquellaire du pied droit consécutif à une opération d'une récurrence de hernie discale paralysante L3-L4 pratiquée en urgence le 14 octobre 2016 au CHUV. Cette atteinte nerveuse l'empêche -

cela n'est pas contesté - d'exercer une activité lourde telle que celle de jointoyeur.

Selon les conclusions du SMR, le recourant avait recouvré, à l'échéance du délai d'attente d'un an, le 14 octobre 2017, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : alternance des positions, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos, pas de port régulier de charges d'un poids excédant douze kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de marche en terrain irrégulier et pas de montée et de descente d'échelles et d'escaliers ni sur les échafaudages).

Cela étant, il y a lieu de constater que le recourant, s'il présente - compte tenu de la survenance d'un steppage séquellaire du pied droit - de nouvelles limitations fonctionnelles par rapport à celles qui avaient été retenues au terme de l'instruction de la première demande de prestations (cf. rapport du SMR du 10 juin 2005, p. 5), n'apparaît pas, au regard des pièces médicales versées au dossier, limité dans l'exercice d'une activité adaptée respectant les restrictions fonctionnelles mises en évidence. Dans son rapport du 27 octobre 2017, le Dr J._____ indiquait en effet que les séquelles étaient stables à douze mois de l'intervention du 14 octobre 2016 et que le recourant pouvait marcher avec un « stepping du côté droit » sans limitations particulières dans son quotidien. Ce médecin ne prévoyait pas de revoir le recourant et l'encourageait notamment à exercer une activité physique (par exemple de la marche).

Les réponses apportées le 21 novembre 2017 par le Dr N._____ au questionnaire de l'OAI - en particulier celles relatives à l'appréciation de la capacité de travail du recourant - ne permettent pas de remettre en question le point de vue défendu par le SMR. En premier lieu, il convient de constater que les observations de ce médecin relatives au déficit des releveurs et des éverseurs du pied étaient en contradiction avec celles rapportées par les médecins du CHUV (cf. rapport du 27 octobre 2017, lequel fait état d'une force côtée à M3). Le Dr N._____ justifie par ailleurs la capacité de travail réduite de son patient par des

facteurs étrangers à l'invalidité, notamment son absence de formation professionnelle.

Aussi convient-il de constater qu'à l'échéance du délai d'attente légal d'un an, soit en l'occurrence le 14 octobre 2017, le recourant avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. C'est par conséquent à juste titre que l'office intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations du recourant.

5. La situation médicale étant claire, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise par le tribunal (cf. appréciation anticipée des preuves, ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2).

6. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI) ; 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 francs (art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'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 (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 partielle, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant est néanmoins rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires 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 RA) [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant, au demeurant non représenté par un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA *a contrario*).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 février 2018 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.** 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 mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- I. _____,
- 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 :