

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juin 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me Etienne Patrocle, avocat à Morges,

et

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

Art. 28 et 59 al. 3 LAI ; 43 al. 1 LPGA.

E n f a i t :

A. a) S. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeur obtenu le [...] 1993. Dès le 5 août 2002, il a été engagé par une société de placement de personnel, R. _____ SA, par l'intermédiaire de laquelle il proposait ses services d'aide monteur électricien.

b) Le 14 novembre 2012, l'assuré a été victime d'un accident, ayant chuté, à son domicile, dans les escaliers. A la suite de cet événement, il a ressenti des douleurs dorsales et lombaires.

Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Par rapport d'expertise du 3 mars 2014, le Dr G. _____, spécialiste en neurochirurgie, a relevé l'existence d'une discopathie dégénérative L4-L5, avec une importante protrusion herniaire L4-L5 médiane et paramédiane droite avec très certainement un retentissement sur la racine L5 droite, apparaissant notamment sur des imageries par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaires des 11 décembre 2012 et 16 août 2013. Ce médecin a indiqué que, malgré le fait que l'assuré avait retrouvé une meilleure mobilité après un séjour auprès de la Clinique D. _____ (ci-après : la Clinique D. _____) au mois de septembre 2013, il demeurait très gêné par la persistance de lombalgies mécaniques, extrêmement invalidantes, et par une atteinte radiculaire mécanique, non déficitaire dans le territoire L5 à droite. Pour ces motifs, ainsi qu'en raison de la malformation vertébrale et de son retentissement neurologique, il était nécessaire de s'orienter vers une activité adaptée, laquelle devait exclure les efforts, le port de charges lourdes et les stations debout ou assises prolongées. Ce médecin a estimé que, dans ce cas, il « semblait logique d'imaginer un jour » une reprise de l'activité professionnelle à 100 %. Toutefois, la capacité de travail était actuellement nulle dans toute activité.

Par rapport du 26 septembre 2014, le Dr V._____, spécialiste en neurochirurgie, a retenu que l'assuré souffrait d'une lombalgie mécanique sur discopathie monosegmentaire, aggravée par un rétrolisthesis et une réaction inflammatoire sous-chondrale. Il a indiqué encourager son patient à entreprendre une reconversion professionnelle, solution pour laquelle celui-ci semblait avoir de la motivation.

A teneur de sa décision du 7 juillet 2015, confirmée sur opposition le 8 février 2016, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

c/aa) En parallèle, l'assuré a déposé, en date du 9 septembre 2013, une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), mentionnant être en complète incapacité de travail depuis le 14 novembre 2012 et souffrir d'une hernie discale ainsi que de douleurs lombaires.

A teneur d'un questionnaire pour employeur du 31 octobre 2013, R.____ SA a indiqué que le salaire horaire brut de l'assuré s'élevait à 32 fr., montant comprenant le salaire horaire de base de 25 fr. 86, les indemnités vacances de 2 fr. 75, les indemnités pour jours fériés de 93 centimes et le treizième salaire de 2 fr. 46.

Par avis des 30 avril 2014 et 7 janvier 2015, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a considéré, sur la base du rapport d'expertise du 3 mars 2014 du Dr G.____ et du rapport du 26 septembre 2014 du Dr V._____, que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais demeurait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, consistant à éviter le port de charge de plus de 10 kg, les positions en porte-à-faux et privilégier l'alternance de positions.

Par projet de décision du 17 février 2015, l'OAI a informé l'assuré entendre lui octroyer le droit à une rente d'invalidité entière entre le 1^{er} mars et le 31 juillet 2014.

Le 19 mars 2015, l'assuré, désormais représenté par son conseil, a fait valoir ses objections à l'encontre dudit projet de décision, estimant être toujours en complète incapacité de travail et contestant le calcul du taux d'invalidité.

A teneur d'une note d'entretien du 20 avril 2015, un collaborateur de l'OAI a indiqué que M._____, se présentant comme médecin traitant spécialiste en médecine interne générale, estimait que l'assuré pouvait travailler, notamment dans la profession de vendeur, sous réserve de certaines limitations fonctionnelles en raison des atteintes du dos.

Par rapport du 24 mars 2016, le Dr V._____ a considéré que la capacité de travail était actuellement nulle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telle que décrite par le Dr G._____. Selon lui, les possibilités de reconversion professionnelle étaient très limitées et, très vraisemblablement, vouées à l'échec, compte tenu, d'une part, du résultat négatif d'un stage de vendeur effectué par l'assuré au printemps 2015, lequel avait entraîné une recrudescence des symptômes, et, d'autre part, en raison du fait que l'intéressé demeurait toujours très invalidé par ses importantes lombalgies mécaniques et une irradiation dans le membre inférieur droit, ceci malgré la prise d'antidouleurs et la poursuite régulière des exercices de renforcement musculaire.

Dans un avis SMR du 12 avril 2016, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, a considéré que les indications du 24 mars 2016 du Dr V._____ n'étaient pas suffisantes, car il ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Selon le Dr Z._____, les lombalgies mécaniques avec irradiation dans le membre inférieur décrites étaient compatibles avec les limitations fonctionnelles initialement retenues. Il a ainsi estimé que, sous réserve

d'une réadaptation, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était possible, à tout le moins, à temps partiel, conclusion à laquelle était également parvenue le médecin d'arrondissement de la CNA. Par ailleurs, l'assuré disposait d'un CFC de vendeur, lequel pouvait être utilisé « à bon escient » dans une activité adaptée. Afin de déterminer quelles étaient les réelles possibilités de l'assuré en termes de capacités de travail et de réadaptation, ce médecin a dès lors requis que celui-ci soit soumis à une mesure d'observation.

A teneur de sa décision du 3 mai 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré le droit à un examen d'aptitude à la réadaptation professionnelle et de sa capacité de travail, lequel serait effectué auprès du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : le COPAI) de l._____ de [...].

Dans un rapport du 22 juin 2016, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin consultant pour le COPAI, a retenu que l'assuré conservait une capacité de travail significative et pouvait travailler à plein temps, avec toutefois un rendement diminué de 20 % en raison des changements de positions nécessités par ses lombalgies. Par ailleurs, l'activité adaptée devait respecter les limitations fonctionnelles habituelles du rachis lombaire. Ce médecin suggérait un travail de vendeur dans le secteur des matériaux de construction ou de cuisine avec des tâches de planification, ainsi qu'une activité de gérant immobilier.

Par rapport COPAI du 6 juillet 2016, le directeur du COPAI de l._____ a exposé que l'assuré avait effectué un stage d'observation professionnelle entre le 23 mai et le 17 juin 2016. Il a conclu que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 80 %, en raison d'une diminution de rendement de 20 % due aux pauses de dix minutes que devait prendre l'assuré tous les trois-quarts d'heure afin de faire quelques pas et soulager ses lombalgies. Cette capacité résiduelle était immédiatement exigible. Selon lui, les limitations fonctionnelles correspondaient à l'impossibilité à rester assis toute la journée et à une

incapacité à porter des poids de plus de 10 kilogrammes. Par ailleurs, les pistes professionnelles envisagées étaient des activités de gérant d'immeubles, de contrôleur de train, de vendeur en cuisine et de planificateur en électricité.

Dans un rapport du 28 octobre 2016, le Dr V. _____ a estimé que la capacité de travail de son patient était nulle dans son activité habituelle, respectivement serait au maximum de 40 % dans une activité adaptée avec un rendement diminué, en raison de son besoin fréquent d'interruption.

Par avis SMR du 30 mars 2017, la Dre K. _____, spécialiste en chirurgie, a retenu que le Dr V. _____, dans son dernier rapport du 28 octobre 2016, n'apportait aucun diagnostic nouveau, respectivement ne justifiait pas de manière suffisante son évaluation de la capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée. Dès lors, elle a confirmé les conclusions prises dans les précédents avis SMR.

bb) A teneur de son courrier du 6 décembre 2017, l'assuré a informé l'OAI connaître une aggravation de son état de santé, sous la forme d'une apnée du sommeil invalidante.

Dans son rapport du 17 janvier 2018, le Dr T. _____, spécialiste en pneumologie, a indiqué que l'assuré lui avait été envoyé en raison d'une fatigue diurne avec tendance à la somnolence, et qu'une polygraphie respiratoire nocturne avait permis d'établir le diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil sévère, avec un index d'événement respiratoire de 69,5 par heure. Il a également relevé que l'assuré bénéficiait d'un traitement de respiration assistée par pression positive (continuous positive airway pressure ; CPAP), depuis le mois de septembre 2018. La compliance n'était toutefois pas bonne, s'agissant à la fois du nombre de jours d'utilisation et de la durée nocturne d'application du traitement. Ce médecin a conclu que, du point de vue respiratoire, la capacité de travail n'était pas affectée ; néanmoins, le rendement pouvait

être diminué en raison de la fatigue, élément devant être réévalué une fois le traitement appliqué de manière satisfaisante.

Par avis SMR du 30 janvier 2018, la Dre K. _____ a maintenu les conclusions des précédents avis SMR, relevant qu'il n'existait aucune incapacité de travail du point de vue respiratoire et qu'il était attendu de l'assuré qu'il utilise correctement le traitement CPAP mis à disposition.

Répondant aux questions de l'OAI dans un rapport complémentaire du 21 juin 2018, le Dr T. _____ a précisé que le traitement CPAP était désormais convenablement appliqué, sans toutefois que n'ait pu être constatée une amélioration des symptômes de l'assuré. Il semblait ainsi que le syndrome d'apnée du sommeil n'entraînait pas de diminution de rendement, des investigations supplémentaires étant toutefois en cours auprès du Dr X. _____, spécialiste en médecine du sommeil.

Le 10 septembre 2018, l'assuré a communiqué à l'OAI le premier rapport d'analyse du Dr X. _____, lequel portait sur les résultats d'une polysomnographie en nuit partagée réalisée entre les 20 et 21 juin 2018, ainsi que le rapport de polysomnographie y relatif. Ce médecin relevait un sommeil très agité, avec un index de mouvements de 148,8 par heure sur l'ensemble de la nuit. Lors de la période de traitement par pression positive, étaient observés de très nombreux mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil, avec un index atteignant 155,2 par heure. En conclusion, ce médecin retenait la persistance, en condition diagnostique, d'un syndrome d'apnées-hypopnées d'origine obstructive et d'intensité sévère, avec un index apnée-hypopnée de 108,6 par heure, ainsi qu'une agitation motrice persistant sous traitement, sous la forme de mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil.

Dans un second rapport d'analyse portant sur les résultats d'une nouvelle polysomnographie en nuit partagée réalisée entre les 21 et 22 août 2019, auquel était joint le rapport de polysomnographie y relatif, le Dr X. _____ a confirmé ses résultats, mentionnant une persistance tant

du syndrome d'apnées-hypopnées (d'origine obstructive et d'intensité sévère, avec un indice d'apnées-hypopnées de 27,6 par heure) que de l'agitation motrice avec mouvements périodiques des jambes (avec un indice de mouvements [leg movements / respiratory-related leg movements ; LM / RRLM] de 138,3 par heure sur l'ensemble de la nuit et associé à de nombreux micro-réveils). Ce médecin a conclu à une altération de la continuité et la qualité du sommeil de l'assuré.

Par avis SMR du 21 juillet 2020, la Dre K._____ a considéré que les derniers documents médicaux reçus n'étaient pas suffisants pour modifier les conclusions des précédents avis SMR.

Dans un ultime avis SMR du 20 octobre 2020, la Dre K._____ a rappelé que le 12 avril 2016, le SMR avait retenu une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée. Toutefois, compte tenu du rapport du 6 juillet 2016 du directeur du COPAI, cette médecin a estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %, exigible vraisemblablement à compter du 17 juin 2016.

cc) A teneur d'un projet de décision du 12 mai 2021, remplaçant et annulant celui rendu le 17 février 2015, l'OAI a informé l'assuré entendre lui octroyer une rente d'invalidité entière limitée dans le temps pour la période du 1^{er} mars 2014 au 30 septembre 2016. Ensuite de cette date, le droit à la rente n'était plus ouvert, le taux d'invalidité étant de 17,8 %, conformément au rapport final du 19 avril 2021 d'un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI.

Le 11 juin 2021, l'assuré a soulevé des objections à l'encontre dudit projet de décision.

Dans un courrier du 25 août 2021, auquel était jointe une nouvelle fiche de calcul du salaire exigible du 24 août 2021 de son service de réadaptation, l'OAI a indiqué à l'assuré que ses arguments n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé du projet de décision

du 12 mai 2021, lequel devait par conséquent être intégralement confirmé, hormis les montants des revenus avec et sans invalidité ainsi que le taux d'invalidité, lequel devait être porté à 10,35 %.

Par courrier du 12 octobre 2021, l'assuré a informé l'OAI avoir été victime d'un infarctus du myocarde en date du 29 septembre 2021, et porté au dossier le rapport du 1^{er} octobre 2021 du Dr B._____, médecin.

Dans une correspondance du 18 octobre 2021, l'OAI a suggéré à l'assuré de déposer une nouvelle demande de prestations.

Par décision du 19 octobre 2021, l'OAI a octroyé une rente d'invalidité entière à l'assuré entre le 1^{er} mars 2014 et le 30 septembre 2016, considérant que sa capacité de travail était nulle dans toute activité professionnelle dès le 14 novembre 2012. En 2016, le recourant présentait toujours une totale incapacité de travail dans son activité habituelle d'électricien. Néanmoins, dès le 17 juin 2016, il avait recouvré une capacité de travail de 80 % (en raison d'une diminution de rendement de 20 %) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : pas de port de charges de plus de 10 kg ; pas de porte-à-faux ; alternance des positions). L'OAI a considéré, sur la base du rapport du 19 avril 2021 de son spécialiste en réinsertion professionnelle, qu'après pondération des revenus avec et sans invalidité, avec application d'un taux d'abattement de 10 %, le taux d'invalidité était de 17,8 %, ce qui était insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

B. Par acte du 22 novembre 2021, S._____, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, principalement, à sa réforme - intitulée, à tort, annulation - dans le sens de l'octroi de toutes prestations auxquelles il avait droit au titre de l'assurance-invalidité, en particulier une rente d'invalidité entière au-delà du 30 septembre 2016, et, subsidiairement, à son annulation, avec renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a également requis la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire judiciaire, de son audition personnelle et

de celles de ses médecins en qualité de témoin, ainsi que la tenue de débats publics. En substance, il a fait valoir une violation de son droit d'être entendu, du devoir d'instruction de l'intimé et des règles relatives au calcul de son préjudice économique, contestant à cet égard les revenus avec et sans invalidité, ainsi que l'absence d'application d'un taux d'abattement, celui-ci devant être porté à 15 %. En définitive, selon lui, une rente d'invalidité entière était justifiée, compte tenu de ses atteintes à la santé.

Le 17 décembre 2021, le recourant a requis l'assistance judiciaire complète.

Par décision du 21 décembre 2021, la juge instructrice a octroyé l'assistance judiciaire au recourant dans le sens de l'exonération d'avance et des frais judiciaires, ainsi que du paiement de toute franchise mensuelle, et lui a désigné un conseil d'office en la personne de Me Etienne Patrocle, le tout avec effet au 22 novembre 2021.

Dans sa réponse du 17 janvier 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant aux considérants de la décision litigieuse et à son courrier du 25 août 2021.

Le 6 mars 2022, le recourant a transmis la liste des opérations de son conseil.

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 à une rente d'invalidité du recourant, singulièrement sur la capacité de travail au-delà du 17 juin 2016, date à partir de laquelle l'intimé a retenu une amélioration de sa capacité de travail.

3. Dans un grief de nature formelle, qu'il convient d'examiner à titre liminaire, le recourant se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]). En substance, il soutient qu'en omettant les actes d'instruction nécessaires, l'intimé est contrevenu à son droit d'obtenir des actes d'instruction raisonnables. Tel qu'invoqué, ce grief tiré du droit d'être entendu porte bien plutôt sur le résultat de l'appréciation des preuves, de sorte qu'il se confond avec celui de la violation de l'obligation d'instruire (art. 43 LPGA), à savoir avec celui de la constatation manifestement inexacte (y compris arbitraire) ou incomplète des faits pertinents, également soulevé par le recourant. Ledit grief sera dès lors examiné avec le fond du litige.

4. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 19 octobre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

b) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

c) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec

invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. a) Pour 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).

b) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime,

sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) En particulier, 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 RAI). 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. Il est admissible de se fonder 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).

f) De même, conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail de la personne assurée. Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure la personne assurée est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 5.2 et les références citées). Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_762/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.3.1 et les références citées). Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on

peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées).

6. En l'occurrence, le recourant reproche à l'intimé une violation de son obligation d'instruire au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA.

a) S'agissant en premier lieu de l'atteinte lombaire, les rapports médicaux sont nombreux et retiennent des évaluations différentes - et, pour la plupart, peu étayées - de la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée, sans qu'il ne soit toutefois possible de trancher cette question.

aa) En effet, s'agissant de la note d'entretien du 20 avril 2015 du collaborateur de l'OAI, dans lequel celui-ci retranscrivait l'opinion de M._____, elle n'est de toute évidence pas probante. Outre le fait que M._____ n'apparaît pas dans le registre des professions médicales, il s'agit d'une appréciation incomplète rapportée par un collaborateur de l'OAI et, partant, sujette à interprétation et à erreur.

Quant au Dr G._____, dans son rapport d'expertise du 3 mars 2014, il s'est contenté de prédire qu'une activité adaptée (laquelle devait exclure les efforts, le port de charges lourdes et les stations debout ou assises prolongées) était à favoriser et que, dans ces circonstances, une reprise à 100 % de l'activité professionnelle semblait logique. Toutefois, à l'époque de cette appréciation, dite reprise était uniquement hypothétique, le recourant étant toujours en incapacité de travail totale dans toute activité. Pour sa part, le Dr V._____, aux termes de son rapport du 26 septembre 2014, s'est limité à encouragé une reconversion professionnelle, pour laquelle le recourant semblait motiver, sans néanmoins se prononcer sur la capacité de travail de ce dernier, que cela concerne l'activité habituelle ou un travail adapté. Il découle de ce qui précède que, dans ses avis SMR des 30 avril 2014 et 7 janvier 2015, le Dr F._____ n'était pas en mesure, sur la base des deux rapports susmentionnés, de tirer la conclusion que la capacité de travail dans

l'activité habituelle était nulle, mais demeurait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Par ailleurs, ce n'est que dans son rapport du 24 mars 2016, dont on ignore s'il est fondé sur un examen clinique, que le Dr V._____ a évalué la capacité de travail du recourant pour la première fois. Cependant, ce neurochirurgien a essentiellement relayé les allégations du recourant pour conclure à l'inanité de mesures de réadaptation, à l'octroi d'une rente et à une capacité de travail nulle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sans faire référence à d'éventuels résultats d'examens objectifs ou à ses constatations médicales. Cette appréciation est dès lors sujette à caution.

bb) A ce stade de l'instruction, l'intimé ne disposait ainsi pas des informations nécessaires pour évaluer la capacité de travail du recourant. Pourtant, dans son avis SMR du 12 avril 2016, le Dr Z._____ a estimé, outre le fait que l'appréciation du 24 mars 2016 du Dr V._____ n'était pas suffisante, que, sous réserve d'une réadaptation, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles initialement retenues était possible, à tout le moins, à temps partiel. Compte tenu des possibilités de réadaptation du recourant, le Dr Z._____ a dès lors requis que celles-ci, ainsi que la capacité de travail du recourant, soient examinées. C'est le lieu de relever que, nonobstant le fait que son appréciation est peu précise et étayée, ce médecin du SMR n'a émis qu'une hypothèse, laquelle devait encore être confirmée et ne pouvait être considérée comme étant définitive.

Aussi, sur les recommandations du SMR, il a été mis en œuvre un stage d'observation professionnelle entre le 23 mai et le 17 juin 2016 auprès du COPAI de I._____. Cette mesure a donné lieu aux rapports des 6 juillet 2016 du directeur du COPAI et 22 juin 2016 du Dr H._____, lesquels ont constitué le principal fondement de la décision querellée, tel que cela ressort de l'avis SMR du 20 octobre 2020 de la Dre K._____. Or, ces rapports sont sommairement motivés et, au moment de la reddition de la décision litigieuse, dataient de plus de cinq ans, sans que l'intimé

n'ait véritablement examiné leurs résultats, réactualisé les renseignements médicaux relatifs à l'atteinte lombaire ou examiné les interactions potentielles avec les nouveaux troubles d'apnée du sommeil et de syndrome des jambes sans repos du recourant. En effet, la Dre K._____, dans son avis du 20 octobre 2020, s'est limitée à substituer l'appréciation du 12 avril 2016 du Dr Z._____ par les conclusions du 6 juillet 2016 du directeur du COPAI, sans les discuter. Par conséquent, lesdits rapports ne sauraient constituer une évaluation médicale et de la capacité de travail complète et probante du cas d'espèce.

Au demeurant, le rapport du 28 octobre 2016 du Dr V._____, par lequel il retenait une capacité de travail dans une activité adaptée de 40 %, avec un rendement diminué, n'est pas suffisant pour permettre à la Cour de céans de former son appréciation. Il est brièvement motivé et était principalement destiné à la CNA, de sorte qu'il discutait davantage de la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant, cette question n'étant pas relevante en l'espèce.

b) S'agissant en second lieu du syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil et du syndrome des jambes sans repos, ces atteintes ont été dûment constatées par les Drs T._____, à teneur de ses rapports du 17 janvier et 21 juin 2018, et X._____, dans ses rapports des 21 juin 2018 et 22 août 2019.

Il ressort du premier rapport du 17 janvier 2018 du Dr T._____ que, si la capacité de travail du recourant demeurait entière du point de vue respiratoire, son rendement pouvait en revanche être diminué en raison de la fatigue diurne, élément qui méritait d'être réévalué une fois le traitement de respiration assistée appliqué correctement. Une fois que tel a été le cas, la symptomatologie du recourant ne s'en est toutefois pas retrouvée améliorée, conformément au second rapport du 21 juin 2018 du Dr T._____. Il paraît dès lors contradictoire que ce médecin, dans ce même rapport du 21 juin 2018, ait considéré que le syndrome d'apnée du sommeil semblait n'entraîner aucune diminution de rendement, ce médecin n'ayant au demeurant pas

explicité cette hypothèse. De même, à la question de savoir s'il pouvait chiffrer cette baisse de rendement, il a répondu par la négative. Cet élément ajoute à la contradiction. En effet, si cette diminution n'existait véritablement pas, tel que ce médecin le retenait plus haut dans son rapport, il devait être capable de l'indiquer clairement en réponse à la question, ce qui n'a pas été le cas.

En parallèle, dans son rapport du 22 août 2019, le Dr X._____ a, quant à lui, confirmé la persistance du syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil et du syndrome des jambes sans repos - étant rappelé que le traitement était bien appliqué à cette période - et conclu à une altération de la continuité et de la qualité du sommeil. Il a fondé son appréciation sur la base des résultats d'une seconde polysomnographie effectuée en nuit partagée entre le 21 et 22 août 2019. Celle-ci, bien que révélant des meilleurs résultats en comparaison avec le même examen réalisé entre le 20 et 21 juin 2018, confirmait que le syndrome d'apnées-hypopnées était d'origine obstructive et d'intensité sévère (avec un indice d'apnées-hypopnées de 27,6 par heure) et que l'agitation motrice avec mouvements périodiques des jambes était de 138,3 par heure sur l'ensemble de la nuit avec de nombreux micro-réveils.

Il découle des rapports susmentionnés que la qualité du sommeil du recourant semble altérée et qu'une diminution de rendement ne saurait être exclue. Toutefois, cette question n'a pas été instruite à satisfaction par l'intimé. En effet, le SMR, dans son avis du 30 janvier 2018, s'est focalisé sur le constat d'une pleine capacité de travail du point de vue respiratoire et sur la mauvaise compliance au traitement mentionnées dans le premier rapport du 17 janvier 2018 du Dr T._____. Quant à son avis du 21 juillet 2020, si le SMR a mentionné le second rapport du 21 juin 2018 du Dr T._____ et les différents rapports du Dr X._____, leurs contenus et résultats n'ont en rien été discutés. En particulier, le SMR ne s'est pas prononcé sur l'intensité sévère du syndrome d'apnées-hypopnées, malgré la compliance au traitement nouvellement constatée, ni sur le constat d'une agitation motrice et d'une altération de la continuité et de la qualité du sommeil. Il était à tout le

moins exigible du SMR de se prononcer sur les valeurs résultant des polysomnographies, cas échéant de les traduire en termes de limitations fonctionnelles et de capacité de travail. Il n'a également pas éclairci les contradictions susmentionnées du rapport du 21 juin 2018 du Dr T._____.

c) En présence d'une évaluation lacunaire de la capacité de travail du recourant en relation avec chacune des atteintes précitées, il doit être constaté que l'intimé a violé son obligation d'instruire, au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle recueille des informations auprès des médecins traitants du recourant et qu'elle en apprécie le contenu, en fonction duquel elle examinera la nécessité de la mise en œuvre d'un examen auprès du SMR, le cas échéant d'une expertise. Dans ce cadre, l'intimé procédera

également à l'instruction de la nouvelle atteinte cardiaque annoncée par le recourant en date du 12 octobre 2021 et, le cas échéant, déterminera ses interactions avec les troubles préexistants du recourant.

c) Il découle également de ce qui précède que les mesures d'instruction requises auprès de la Cour de céans, tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et à l'audition personnelle du recourant ainsi qu'à celles de ses médecins traitants sont rejetées.

S'agissant de la tenue de débats publics, il est relevé que, dans le cas où il est saisi d'une telle demande, le juge doit en principe y donner suite. Il peut cependant s'en abstenir lorsque la demande est abusive, lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien fondé, ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 136 I 279 consid. 1 ; Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n°16 ad art. 61 LPGA). Au vu du sort du recours, il peut ainsi être renoncé à la mise en œuvre de tels débats.

8. Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de traiter les motifs soulevés par le recourant quant au calcul du taux d'invalidité. Toutefois, il est précisé que l'intimé a manifestement commis une erreur dans la décision litigieuse. Il a en effet arrêté le taux d'invalidité à 17,8 %, sur la base du calcul du préjudice économique effectué le 19 avril 2021 par son service de réadaptation. Or, tel qu'indiqué dans son courrier du 25 août 2021, il devait intégrer, dans la décision litigieuse, le nouveau calcul rectifié du 24 août 2021 de son service de réadaptation, lequel retenait un degré d'invalidité de 10,35 %. Il lui reviendra de corriger cette inadvertance, tout en examinant le bien-fondé des critiques soulevées par le recourant au cours de la procédure judiciaire.

Dans ce cadre et à toutes fins utiles, il est précisé, s'agissant du grief du recourant, selon lequel son revenu sans invalidité devrait être porté à 71'000 fr., compte tenu d'une future progression salariale,

d'heures supplémentaires et des responsabilités que lui confiaient son employeur, que l'on ne tient compte d'une hypothétique évolution salariale en raison d'un développement des capacités professionnelles individuelles (complément de formation, par exemple) ou de circonstances telles qu'une éventuelle promotion ou d'un changement d'emploi que si des indices concrets rendent une telle évolution de la carrière professionnelle vraisemblable de manière prépondérante. De simples déclarations d'intention de la personne assurée ne suffisent pas (TF 8C_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6 ; TF 9C_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 18 ad art. 16 LPGA). Par surabondance, il semble que l'employeur appliquait au recourant le salaire horaire minimal de 25 fr. 86 prévu par la Convention collective de travail (CCT) de la branche suisse de l'installation électrique et de l'installation de télécommunication du 1^{er} janvier 2005-2014 (art. 35.4 et annexe 8) concernant les collaborateurs avec seulement un titre scolaire dans la branche et bénéficiant de cinq ans d'expérience professionnelle (cf. arrêtés des 11 novembre 2004 et 30 juin 2008 du Conseil fédéral étendant le champ d'application de ladite CCT). Cela étant, à ce stade, le recourant ne semble pas se prévaloir d'élément concret qui permettrait d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il aurait eu droit à une augmentation de salaire, laquelle aurait été supérieure aux minima de la CCT, ou que l'expérience acquise lui aurait automatiquement apporté une promotion (cf. TF 8C_290/2013 et 8C_304/2013 du 11 mars 2014 consid. 6.2).

9. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 6 mars 2022 par Me Etienne Patrocle, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'715 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois 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 admis.
- II.** La décision rendue le 19 octobre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S._____ un montant de 2'715 fr. (deux mille sept cent quinze francs), à titre d'indemnité de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Etienne Patrocle (pour S. _____),
- 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 :