

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 novembre 2018

---

Composition : M. NEU, président  
M. Métral et Mme Brélaz Brillard, juges  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Valérie Maurer, avocate à Neuchâtel,

et

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

---

**Art. 6, 16 et 17 LPGA ; art. 28 et 28a al. 1 LAI ; art. 88a al. 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 30 mars 1955, a travaillé en qualité de chauffeur poids lourds pour l'agence de placement I.\_\_\_\_\_ Sàrl à [...]. Il a été en incapacité de travail totale dès le 22 juin 2012, puis licencié par son employeur pour le 14 octobre 2012.

Atteint de lombosciatalgies, de scapulalgies, de cervicobrachialgies chroniques et de troubles discaux dégénératifs du rachis cervical, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 21 novembre 2012. 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 des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré et fait verser le dossier constitué par l'assureur perte de gain.

Dans un rapport du 20 juillet 2012, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a retenu un syndrome lombo-vertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et une discopathie L5-S1. L'assuré avait signalé une amélioration de la symptomatologie douloureuse thoracique supérieure à la suite de l'infiltration du 2 juillet 2012. Il était connu pour des lombalgies à répétition pour lesquelles il avait bénéficié de quatre infiltrations jusqu'en 2009. L'évolution était caractérisée par une recrudescence de la symptomatologie douloureuse depuis 2012 sans facteur traumatique déclenchant. Ces douleurs étaient d'allure mécanique et irradiaient dans le membre inférieur gauche dans un territoire diffus.

Il ressort de l'IRM cervicale réalisée le 20 septembre 2012 que l'assuré souffrait d'altérations biomécaniques inflammatoires de type Modic I en C5-C6 du côté droit avec une protrusion discale circonférentielle à prédominance droite où elle venait empiéter partiellement sur l'entrée du trou de conjugaison droit et d'un discret manchon inflammatoire paravertébral droit et le long du trajet de la racine C6 droite. Ces éléments contribuaient certainement selon le rapport à un conflit radiculaire irritatif

foraminal C6 droit à corrélérer avec l'examen clinique. Il y avait par ailleurs des troubles statiques sur discopathie cervicale pluri-étagée de C3 à C7, sans hernie ni contrainte significative sur le fourreau dural ou radiculaire.

Selon un rapport du 11 octobre 2012, le Dr J.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome cervicobrachial C6 irritatif droit. L'assuré avait notamment bénéficié d'une infiltration de l'insertion de l'angulaire de l'omoplate à droite. L'évolution était caractérisée par la persistance d'un syndrome cervicobrachial entraînant une impotence fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne surtout lors des mouvements au-dessus de l'horizontal et de rotation externe. Le status mettait en évidence une hypomobilité segmentaire C5-C6 avec zone d'irritation concordante à droite, une hypoextensibilité de l'angulaire de l'omoplate et une douleur épicondyléenne droite. Devant l'évolution peu favorable, le Dr J.\_\_\_\_\_ préconisait une infiltration parafacettaire, voire foraminale C5-C6 à droite.

Aux termes d'un rapport du 18 décembre 2012, le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de syndrome cervicobrachial C6 partiellement irritatif droit, de syndrome lombo-vertébral récurrent sans signe radiculaire, irritatif ou déficitaire et discopathie L5-S1. Les restrictions physiques étaient le port de charges au-dessus de l'horizontale et ce de manière répétitive. Des mesures de réadaptation étaient possibles. L'évolution était marquée par l'apparition d'un syndrome douloureux chronique qui s'était cristallisé, entraînant un arrêt de travail.

Sur demande de l'OAI, le Dr J.\_\_\_\_\_ a actualisé les informations relatives à la situation de l'assuré dans un rapport du 31 mai 2013, ayant la teneur suivante :

- « 1. **Evolution depuis le rapport du 18.12.2012 ?:** l'assuré a consulté le Dr. P.\_\_\_\_\_, neurochirurgien à [...] le 27.02.2012 en raison de persistance de cervico-brachialgies bilatérales prédominantes à D [droite] dans une topographie plutôt compatible avec C7 augmenté au valsalva et à l'activité. L'IRM montre une nette uncarthrose en C5-C6 et C6-C7. Le 19.04.2013, on procède alors à un bloc facettaire C5-C6 bilatérale. On assiste alors à une disparition des douleurs à G [gauche] et réduction des douleurs à D. Il est prévu de re-tester par des blocs facettaires en C6 et C7 pour évaluer l'indication à

une opération. Actuellement, elle n'est pas nécessaire à court terme.

2. **Etat actuel ?**: persistance de la même symptomatologie douloureuse, recrudescence de lombalgies basses et de douleurs poly-articulaires touchant les épaules, les coudes, les genoux irradiant au niveau cervical et la région dorsale. L'examen segmentaire, on note une hypomobilité en segmentaire en C5-C6, C6-C7 et L5-S1. Il n'y a pas de trouble sensitivomoteur. Les réflexes sont vifs et symétriques. L'examen frappe par la présence de douleurs poly-insertionnelles faisant évoquer la présence d'une fibromyalgie avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur. On assiste à une cristallisation de la symptomatologie douloureuse qui s'est étendue en tâche d'huile.
3. **Quelle est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée ?**: telle que dans le rapport à AI précédant ; dans une activité adaptée en limitant le port de charge au-dessus de l'horizontale et ce de manière répétitive et en porte-à-faux à 100%.
4. **Depuis quand ?**: depuis décembre 2012. »

Une expertise a été réalisée le 25 septembre 2013 par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, dans le cadre de l'instruction du dossier de l'assureur perte de gain. Ce médecin a retenu les diagnostics incapacitants de cervicobrachialgies droites chroniques et de troubles disco-dégénératifs du rachis cervical. Du point de vue rhumatologique, l'incapacité de travail de l'assuré comme chauffeur poids lourds était totale, au vu des contraintes de postures et des mouvements réguliers de la tête qu'imposait l'activité pour la conduite d'un véhicule. Dans une activité légère, excluant les ports de charges au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs de la nuque, prédominant en rotation droite et en flexion, la capacité de travail de l'assuré était entière, sans diminution de rendement dès le jour de l'expertise.

Vu les conclusions de l'expertise du 25 septembre 2013 et l'avis du 17 décembre 2013 du Service médical régional (ci-après : le SMR) y adhérant, l'assuré a été mis au bénéfice d'un stage auprès du Centre Orif à [...] du 30 juin au 26 octobre 2014 afin de déterminer si une orientation professionnelle était envisageable en lien avec les limitations fonctionnelles. Le stage a toutefois dû être interrompu au vu du certificat

médical du 15 août 2014 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, mettant l'assuré en arrêt de travail total.

A la demande de l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a remis un rapport le 5 septembre 2014 concernant l'interruption du stage. On en extrait ce qui suit :

« L'état actuel s'est nettement aggravé par rapport à celui du moment de l'expertise de septembre 2013 dont vous m'avez fait parvenir une copie. Les problématiques de cervicobrachialgies D chroniques en relation avec des troubles disco-dégénératifs du rachis cervical ne se sont nullement modifiées ni surtout améliorées, et l'impotence fonctionnelle du MSD [membre supérieur droit] est inchangée. En revanche, les lombalgies, en conséquence de l'intervention des hernies discales en 1993, qui s'étaient relativement atténuées ces dernières années, ont malheureusement réapparu ces derniers mois avec extension des douleurs et dysesthésies jusqu'au pied G, augmentant ainsi l'ensemble des symptômes avec une aggravation fonctionnelle pratique. D'ailleurs M. Q.\_\_\_\_\_ sera revu très prochainement par le Dr [...], chirurgien orthopédiste à [...], et la question d'une réintervention neurochirurgicale au niveau lombaire sera à nouveau évoquée et évaluée. Quant au niveau cervical, il n'est pour l'instant pas envisagé d'interventions neurochirurgicales, malgré l'échec des multiples infiltrations.

Quant à vos trois dernières questions, ce sont les responsables de l'ORIF à [...] qui, constat[a]nt l'impossibilité pratique de M. Q.\_\_\_\_\_ de poursuivre son stage d'observation et d'évaluation, qui [sic] ont proposé, au vu de leur analyse de la situation, d'interrompre ce stage, qui pour eux n'avait plus grand sens, et ils m'ont alors adressé M. Q.\_\_\_\_\_ pour établir un certificat médical. Je vous prie donc de prendre contact directement avec les responsables du centre ORIF pour répondre à vos questions sur les raisons de l'interruption du stage, et la capacité de travail dans une activité adaptée. »

Les éléments suivants ressortent du rapport du Centre Orif du 15 septembre 2014 :

« M. Q.\_\_\_\_\_ débute par une activité Informatique. Nous lui expliquons le sens de ces exercices et des process[us] de l'AIP [Atelier d'Intégration Professionnelle]. D'un point de vue pratique, votre assuré n'a pas eu suffisamment de temps de présence sur le module pour que nous puissions délivrer un feed-back significatif.

Lors du premier entretien, votre assuré nous fait part du fait qu'il n'est pas dans les meilleures dispositions pour démarrer cette mesure. En effet, il évoque l'hospitalisation de son épouse juste avant le début de sa mesure. Il nous confie qu'il a songé [à] mettre

fin à ses jours, car sa vie n'a plus d'intérêt. Votre assuré nous informe qu'il a contacté la [M]ain [T]endue.

Les 2 semaines de la mesure à l'AIP avant les vacances d'été, sont partagées entre les rendez-vous chez le médecin, en physiothérapie ainsi qu'une journée à l'hôpital pour accompagner son épouse ; ensuite c'est l'arrêt maladie qui le contraint à rester à domicile.

Sur 12 jours de mesure, votre assuré sera absent 5 jours et 6 demi-journées pour les raisons notifiées plus haut.

Notre Centre était fermé du 14.07.2014 au 08.08.2014. Le lundi de la reprise (11.08.2014), votre assuré nous a téléphoné pour nous informer de ses soucis de santé pendant les vacances. Le mardi matin, M. Q. \_\_\_\_\_ a vu son médecin traitant ; ce dernier vous a alors contacté. Votre assuré nous transmet que son médecin estime que la mesure doit être stoppée. »

Au vu de la situation, un examen clinique rhumatologique a été réalisé le 8 décembre 2014 par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du SMR. Les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail étaient une cervicoscapulalgie droite chronique non-déficitaire dans le cadre d'une petite hernie discale latérale droite C5-C6 et d'une protrusion discale C6-C7 avec uncarthrose à ces deux niveaux, ainsi qu'une lombalgie chronique non-déficitaire dans le cadre d'une discarthrose prédominante en L5-S1. Le Dr N. \_\_\_\_\_ s'est exprimé comme suit sur l'appréciation de la situation :

« Malgré l'aggravation de la discopathie C5-C6, nous constatons une amélioration de la mobilité cervicale par rapport à celle relevée lors de l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_, rhumatologue (cf rapport du 25.09.2013). En l'absence de détérioration sur le plan clinique, il n'y a pas lieu de modifier les limitations fonctionnelles indiquées par le Dr X. \_\_\_\_\_ lors de son expertise, c'est-à-dire les ports de charges au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs de la nuque.

[...]

Au niveau lombaire, nous constatons une progression de l'atteinte dégénérative, principalement de la discarthrose L5-S1. Malgré l'évolution défavorable sur le plan radiologique, les traitements effectués ont permis de contenir les douleurs. L'assuré dit n'avoir plus que de légères douleurs, lombaires lorsqu'il force en marchant. Il n'y a pas de sciatalgie. Le Dr J. \_\_\_\_\_, rhumatologue, précise également dans son rapport du 12.12.2012 que les douleurs lombaires ne sont pas accompagnées de signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Cette discarthrose justifie toutefois une diminution des contraintes mécaniques exercées sur la région lombaire basse. Il est préférable d'éviter les postures statiques prolongées et favoriser les

changements de position. Une activité sur ordinateur telle qu'elle a été tentée lors du stage à l'Orif (cf rapport du 15.09.2014) est exigible à condition que le patient ne passe pas plus de 2 heures en position assise sans pouvoir changer de position.

[...]

Dans une activité légère, respectant les limitations fonctionnelles, il n'y a pas lieu de retenir d'IT [incapacité de travail] au vu de l'examen clinique rassurant de ce jour avec une position assise bien tolérée, une gestuelle spontanée libre, une marche se déroulant d'un pas rapide sans boiterie et une force conservée aux 4 membres.

Le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, indique dans son rapport du 05.09.2014, qu'il a effectué un certificat médical afin d'interrompre le stage à l'Orif (incapacité de travail depuis le 11.08.2014). Il ne se prononce pas sur les raisons de l'interruption du stage. Le Dr L. \_\_\_\_\_ précise que les cervicobrachialgies D chroniques sont restées stables. Il relève en revanche la réapparition de lombalgies. Selon les dires de l'assuré, les lombalgies ont évolué très favorablement après les infiltrations lombaires effectuées durant le mois de novembre 2014. Cette exacerbation des lombalgies ne justifie donc pas une IT permanente dans une activité ne sollicitant pas trop la région lombaire. M. [...], directeur de l'Orif, indique que l'assuré avait signalé qu'il n'était pas dans les meilleures dispositions pour démarrer le stage en raison de l'hospitalisation de son épouse (cf. rapport du 15.09.2014). Ceci est un facteur non médical qui ne doit pas être pris en considération pour l'appréciation de la capacité de travail.

### ***Limitations fonctionnelles***

*Colonne cervicale* : port de charges supérieures à 20 kg jusqu'à la hauteur de la taille, 10 kg au-dessus, mouvements répétitifs de la nuque en rotation ou flexion/extension, position statique de la nuque en flexion ou extension.

*Colonne lombaire* : port de charges supérieures à 20 kg jusqu'à la hauteur de la taille, 10 kg au-dessus, position statique assise au-delà de 2 heures, position debout statique au-delà de 30 minutes, position en porte-à-faux, mouvements fréquents de flexion/extension ou rotation de la colonne lombaire.

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

Il y a une IT de 100% dans l'activité de chauffeur poids lourds depuis le 22.06.2012. Cette date correspond à la décompensation des troubles dégénératifs de la colonne cervicale et lombaire (cf rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 03.09.2012).

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

L'IT est restée totale dans l'activité de chauffeur poids lourds. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il n'y a pas d'IT durable.

**Concernant la capacité de travail**, elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis cervical et lombaire dans le cadre des troubles dégénératifs disco-arthrosiques. »

Selon l'avis SMR du 17 décembre 2014 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, il y avait lieu de suivre les conclusions de l'examen clinique rhumatologique du 8 décembre 2014, soit une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges au-delà de 20 kg jusqu'à la hauteur de la taille, au-delà de 10 kg au-dessus, position statique prolongée de la nuque, alternance de la position assis/debout deux fois par heure, porte-à-faux du tronc, mouvements fréquents de flexion/extension et rotation du tronc.

En date du 13 juillet 2016, considérant que l'assuré pouvait reprendre une activité adaptée à plein temps, soit des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant le refus du droit à la rente, l'assuré ne présentant pas un degré d'invalidité suffisant (27.43 %).

Par courrier du 14 septembre 2016, l'assuré, représenté par son conseil, a fait part de ses observations quant au projet de décision. Il a allégué qu'il n'existait pas d'activité adaptée vu ses limitations fonctionnelles, les exemples donnés par l'intimé étant incompatibles avec lesdites limitations et l'examen rhumatologique du 8 décembre 2014 insuffisamment motivé sur ce point. En particulier, même une activité industrielle légère à hauteur d'établi ou le contrôle qualité de pièces mécaniques légères étaient incompatibles avec ses limitations fonctionnelles vu l'absence de position statique de la nuque et de mouvements fréquents de flexion et extension, ainsi que de rotation du tronc. La nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et la position debout venait encore renforcer l'impossibilité de trouver une activité qui répondait aux limitations fonctionnelles. Son absence de formation et son âge ne lui permettaient pas non plus de réintégrer le

marché du travail. Subsidiairement, il a invoqué que la question du rendement n'avait pas été examinée et qu'il ne pouvait à l'évidence pas être de 100 % en raison de ses limitations fonctionnelles. S'agissant de la comparaison des revenus, le recourant a invoqué un taux d'abattement de 25 % vu ses difficultés linguistiques, ses limitations fonctionnelles et son âge. Le dossier n'était en outre pas suffisamment clair, ni étayé concernant le revenu sans invalidité.

Par décision du 21 février 2017, l'OAI a entièrement confirmé son projet du 13 juillet 2016.

**B.** Par acte du 4 avril 2017, Q.\_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 21 mai 2013, subsidiairement à son renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a réitéré les arguments figurant dans son courrier du 14 septembre 2016, en ajoutant que son état de santé s'était aggravé depuis 2012. L'échec du stage auprès du Centre Orif démontrait par ailleurs qu'il n'existait pas d'activité adaptée vu ses limitations fonctionnelles. De plus, sa capacité de concentration était altérée en raison de la médication prise.

Dans sa réponse du 16 juin 2017, l'intimé a conclu au rejet de recours et s'est référé à l'examen clinique rhumatologique du 8 décembre 2014, ainsi qu'à la décision litigieuse.

Répliquant le 3 juillet 2017, le recourant a renvoyé à ses précédentes écritures.

Par courrier du 5 juillet 2017, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire dont il a confié la réalisation au Dr W.\_\_\_\_\_, médecin praticien au Centre médical de [...].

Dans son rapport déposé le 13 février 2018, le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants, présents depuis 2012, de

cervicoscapulalgies chroniques dans le cadre d'un status après spondylodèse cervicale C5-C6 et C6-C7 (2015), d'un déconditionnement physique sévère, d'un trouble statique et d'un syndrome sous-acromial, ainsi que de lombosciatalgies gauches chroniques avec status après cure d'hernie discale L5-S1 gauche (1993), status après implantation d'un neurostimulateur (2016) et kinésiophobie. On extrait ce qui suit de l'expertise :

« Face à cette situation avec une persistance des douleurs lombaires et des sciatalgies, il semble qu'actuellement on discute d'une prise en charge chirurgicale au niveau lombaire. Toutefois, vu la situation actuelle sur le plan clinique tant symptomatique que psychologique, c'est très peu probable qu'une telle démarche apporte vraiment un changement sur le plan symptomatique : en effet le déconditionnement physique (à savoir le manque d'endurance et de souplesse musculaire) est tel que cette chirurgie risque fortement d'amener à un échec, avec l'apparition d'un failed back surgery. [...] Ainsi il vaudrait mieux surseoir à une telle démarche.

Les performances physiques sont faibles, limitées par l'endurance globale mais aussi sa situation douloureuse. Celle-ci pourrait être améliorée, d'un côté sur le plan médicamenteux avec la reprise du prégabaline au niveau des membres supérieurs et au niveau global par un myorelaxant permettant une reprise de reconditionnement musculaire. Il ne faut néanmoins pas oublier qu'un reconditionnement musculaire dans la situation actuelle ne produirait pas de changement notable avant 9 à 12 mois de travail musculaire. Un soutien sur le plan psychologique serait aussi une nécessité pour l'aider dans cette situation difficile. En conclusion, dans la situation actuelle, M. Q. \_\_\_\_\_ n'a actuellement pas de capacité de travail dans sa profession comme chauffeur de poids lourds. Même dans une activité adaptée les limitations sont importantes, vu les limitations constatées amenant à une capacité résiduelle actuellement à 25 %

[...]

### 3. Limitations fonctionnelles en relation avec les troubles constatés.

Voir le profil de rendement établi dans le cadre de l'évaluation des capacités fonctionnelles, correspondant à une activité de très faible productivité vu la faiblesse des charges, des nombreuses pauses qui ont dû être octroyées durant l'examen. »

Se déterminant par courrier du 15 mars 2018, l'intimé a produit un avis du Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR du 27 février 2018 et conclu sur cette base à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles jusqu'à la détérioration survenue à une date à fixer entre décembre 2014 et juin 2015, puis à une capacité de travail de

25 % à partir de cette date. Le Dr D.\_\_\_\_\_ s'est exprimé comme suit sur la question de la date de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré :

« [...] on apprend que l'assuré a été opéré au niveau cervical à la Clinique [...] par le Dr [...], neurochirurgien ; à la page n° 6, le Dr W.\_\_\_\_\_ écrit « en 2015 » ; d'après le descriptif des radiographies à la page n° 34, on trouve la description d'un CT scan cervical du 08.07.2015 où un status après spondylodèse C5/C6 et C6/C7 est signalé mais avec la mention que ce cliché intervient trop tôt après l'opération pour pouvoir apprécier la consolidation ; ladite opération a donc dû intervenir en juin 2015 (on doit déplorer que l'expert ne se soit pas renseigné plus précisément quant à cette opération). Par ailleurs, un neurostimulateur médullaire a été implanté en 2016 et une intervention neurochirurgicale au niveau lombaire aurait même été proposée à l'assuré en 2017, geste auquel le cardiologue de l'assuré aurait opposé son veto (page n° 7).

Même si - de manière fondée sur les données relatives à l'assuré lui-même et sur les données de la littérature médicale à ce sujet - le Dr W.\_\_\_\_\_ fait judicieusement remarquer que l'opération au niveau cervical, l'implantation d'un neurostimulateur médullaire, et le projet d'une opération neurochirurgicale au niveau lombaire n'étaient et ne sont ni vraiment indiqués médicalement ni couronnés de succès (pages n° 40 et 41), on se doit d'admettre qu'il existe une détérioration objective de la situation au niveau cervical et lombaire si on compare les radiographies décrites à la page n° 6 et 7 du Rapport d'examen clinique du 08.12.2014 et les radiographies décrites à la page n° 34 du rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_.

[...]

Malgré les limites qu'un regard critique force à porter sur le fondement biomécanique et fonctionnel de la discussion du Dr W.\_\_\_\_\_, il est évident que l'état de santé de l'assuré s'est significativement détérioré depuis décembre 2014, date de l'examen clinique rhumatologique au SMRSR, au plan rachidien mais aussi au plan général. En décembre 2014, le traitement antidiabétique se résumait à deux antidiabétiques oraux alors qu'actuellement l'insuline y est adjointe ; en décembre 2014, il n'y avait aucune notion de cardiopathie ischémique, alors qu'actuellement l'assuré a dû bénéficier de la mise en place d'un stent coronarien actif et que son traitement comprend un inhibiteur de l'enzyme de conversion, un hypolipémiant en plus de l'aspirine. [...]

Même si les arguments objectifs pour justifier l'importante opération neurochirurgicale au niveau cervical en 2015 (probablement juin 2015) manquent, le fait que cette opération ait été réalisée et que ses conséquences aient été négatives force à fixer le moment de l'aggravation dès lors irrémédiable à cette date-là. »

Le recourant a quant à lui souligné, par courrier du 20 avril 2018, le caractère probant de l'expertise et qu'il y avait lieu de suivre les

conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_. Rien ne justifiait de fixer le début de l'incapacité de travail de 75 % au mois de juin 2015, en particulier au vu du fait que le Dr D.\_\_\_\_\_ retenait une détérioration depuis décembre 2014 déjà.

### **E n d r o i t :**

**1.**           **a)** 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 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.**           Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

**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 (art. 6 LPGA).

**b)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 première phrase RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lors de l'octroi rétroactif d'une prestation échelonnée, il convient d'appliquer par analogie les dispositions relatives à la révision (TF 9C\_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié *in* ATF 137 V 369 et les références citées, en particulier ATF 125 V 413 consid. 2d).

**c)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une

activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et les références citées).

**d)** Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité) (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

**e)** 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**4.** 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5. a)** En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise déposée le 13 février 2018 par le Dr W.\_\_\_\_\_, qui retient une capacité de travail de 25 % dans une activité adaptée, au vu des cervicoscapulalgies chroniques et de lombosciatalgies gauches chroniques dont souffre le recourant. L'expertise remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, l'expert, dont l'indépendance n'est pas remise en cause, a fondé son rapport sur un examen clinique complet, englobant des investigations spécialisées sur le plan rhumatologique et pris en considération les plaintes exprimées par le recourant. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, en particulier de l'ensemble des rapports médicaux recueillis par l'intimé. Pour le reste, la description de la situation et son appréciation sont claires et compréhensibles.

**b)** Aucune pièce médicale versée au dossier ne justifie de s'écarter de l'expertise établie par le Dr W.\_\_\_\_\_. Les médecins s'accordent sur l'atteinte à la santé (rapports des 11 octobre 2012 et 31 mai 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_; des 18 décembre 2012 et 5 septembre 2014 du Dr L.\_\_\_\_\_; examen clinique rhumatologique du 8 décembre 2014 du Dr N.\_\_\_\_\_) et le SMR, dans son avis du 27 février 2018, admet l'incapacité de travail de 75 %.

**c)** Est toutefois litigieuse la question de la naissance du droit à la rente, soit le date de début de l'incapacité de travail de 75 %.

**aa)** Dans son rapport du 31 mai 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail du recourant est pleine dans une activité adaptée depuis décembre 2012. Le Dr X.\_\_\_\_\_ confirme cette appréciation dans son expertise du 25 septembre 2013. C'est seulement dans son rapport du 5 septembre 2014 que le Dr L.\_\_\_\_\_ fait état d'une aggravation des lombalgies, qui avaient réapparu avec extension des douleurs et dysesthésies jusqu'au pied gauche. Cependant, le Dr N.\_\_\_\_\_ a noté une amélioration de la situation dans son examen clinique rhumatologique du 8 décembre 2014, les traitements effectués ayant permis de contenir les douleurs selon les propos du recourant. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % selon le Dr N.\_\_\_\_\_. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a du reste retenu dans son expertise que sur la base des documents fournis, l'examen clinique rhumatologique du 8 décembre 2014 lui semblait bien détaillé et que les propos du recourant selon lesquels l'examen aurait été plutôt succinct ne sont pas confirmés. Par conséquent, rien ne permet de s'écarter du constat qu'en décembre 2014, le recourant avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

**bb)** L'état de santé du recourant s'est toutefois dégradé par la suite. Dans son avis SMR du 27 février 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_ estime que l'aggravation irrémédiable est survenue au mois de juin 2015. Malgré l'opération au niveau cervical subie à cette période selon le Dr D.\_\_\_\_\_ et l'implantation d'un neurostimulateur médullaire, il a constaté une détérioration objective de la situation aux niveaux cervical et lombaire en comparant les radiographies décrites dans l'examen clinique rhumatologique du 8 décembre 2014 et celles de l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_. Cette appréciation se fonde sur les rapports médicaux au dossier et le recourant n'apporte aucun élément objectif permettant de retenir une autre date.

**d)** Partant, il y a lieu de considérer que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée de décembre 2012 à mai 2015. A partir du 1<sup>er</sup> juin 2015, il a subi une incapacité de travail de 75 %.

**6.**           **a)** Se pose ensuite la question de l'exigibilité d'une activité adaptée pour la période allant de décembre 2012 à mai 2015, le recourant faisant valoir que son âge et ses limitations fonctionnelles l'empêchaient de retrouver un emploi.

**b)** A la lumière des constatations opérées ci-dessus (consid. 5 *supra*), il n'existe aucun élément qui laisserait à penser que le recourant n'était pas en mesure, d'un point de vue strictement médical, d'exercer à plein temps une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée apparaît également exigible. Âgé de 58 ans au moment où il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457), le recourant n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré. Si l'âge et les restrictions induites par les limitations fonctionnelles peuvent limiter dans une certaine mesure les possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendaient cette perspective illusoire. Il n'est par ailleurs pas arbitraire d'affirmer que le marché du travail offrait un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre important étaient adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans formation particulière.

**7.**           Cela étant constaté, il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

**a)** Le recourant conteste en premier lieu le revenu sans invalidité retenu par l'intimé. Il ressort en effet du rapport d'employeur du 11 janvier 2013 que le salaire horaire brut, indemnités vacances, jours fériés et gratifications comprises, s'élevait en 2012 à 37 fr. 72. Dans le document annexé à son envoi, l'employeur a également remis une attestation adressée à l'assurance-chômage, qui indique un horaire normal de travail entre 45 et 48 heures par semaine. Au vu de ces éléments, en

calculant un horaire de travail moyen de 46,5 heures par semaine et quatre semaines de vacances par année, on aboutit à un revenu annuel de 84'191 fr. 05 (37,72 fr. x 46,5 heures x 4 semaines x 12 mois).

**b)** Concernant l'abattement, l'intimé a retenu 15 %, en justifiant que le recourant était établi en Suisse depuis vingt ans et au bénéfice d'un permis C, raison pour laquelle il ne pouvait pas subir de désavantage salarial du fait de sa nationalité ou de son permis de séjour dans la mesure où les salaires statistiques avaient été arrêtés sur la base des revenus de la population résidente, aussi bien suisse qu'étrangère. Sa capacité de travail était entière, de sorte qu'il ne pouvait compter, en tant qu'homme, de désavantage salarial en raison de son taux d'activité. De plus, il pouvait difficilement se prévaloir d'une perte d'avantages liée à son ancienneté dans la mesure où il n'avait travaillé, au moment de son incapacité de travail, qu'une année auprès de son dernier employeur. Dès lors, seuls les critères de l'âge et des limitations fonctionnelles pouvaient justifier un abattement sur le revenu d'invalidité. Cette appréciation de la situation n'est pas critiquable et peut-être suivi en tout point, de sorte qu'il n'y a pas lieu de retenir un abattement supérieur à 15 %.

**c)** Au vu du revenu avec invalidité, non critiquable, de 65'177 fr. 10, la perte de gain s'élève à 28'790 fr. 51 et le degré d'invalidité à 34,20 %. En présence d'un préjudice inférieur à 40 % (27,43 % selon l'intimé, 34,20 % selon la Cour), le droit à la rente n'est pas ouvert pour la période de décembre 2012 à mai 2015.

**d)** S'agissant de l'aggravation de l'état de santé, soit à partir du 1<sup>er</sup> juin 2015, avec une capacité de travail de 25 %, la perte de gain s'élève à 69'051 fr. 88, représentant un degré d'invalidité de 80,56 %. En effet, il y a lieu d'indexer le revenu sans invalidité, ce qui aboutit à un montant de 85'715 fr. (84'191,05 x 0,8 % pour 2013, 0,7 % pour 2014 et 0,3 % pour 2015). Pour ce qui est du revenu avec invalidité, le salaire de référence pour des hommes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2014, de 5'312 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, TA 1, niveau de

qualification 1). Compte tenu de l'indexation à l'année 2015 (0,3 %), année déterminante pour la comparaison des revenus (art. 28 al. 1 LAI et consid. 5 *supra*), et de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2014 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 5'554 fr. 37, correspondant à un salaire annuel de 66'652 fr. 47. Attendu que l'on peut exiger du recourant qu'il exerce une activité professionnelle à 25 %, le salaire hypothétique annuel s'élève dès lors à 16'663 fr. 10 et la perte de gain à 69'051 fr. 90. Le droit à la rente est dès lors ouvert. Au vu du délai de trois mois de l'art. 88a al. 2 première phrase RAI applicable par analogie (consid. 3b *supra*), le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015.

A titre superfétatoire, il est relevé que même en tenant compte de la situation la plus défavorable pour le recourant s'agissant du revenu sans invalidité, soit 45 heures de travail par semaine et cinq semaines de vacances par année, on obtient un revenu après indexation de 81'291 fr., entraînant un préjudice de 64'627 fr. 88, soit un degré d'invalidité de 79,50 %, ouvrant également le droit à la rente entière.

**8. a)** Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre partiellement le recours et de réformer la décision attaquée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2015.

**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). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 21 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que le recourant Q.\_\_\_\_\_ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2015.
- III. Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il procède conformément aux considérants.
- IV. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. Une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Valérie Maurer (pour Q.\_\_\_\_\_),
- 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 :