

VD_FINDINFO AI 184/10 - 305/2011 vom 23. Juni 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-06-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_184_10_-_305_2011

FR: VD_FINDINFO AI 184/10 - 305/2011 du 23 juin 2011

IT: VD_FINDINFO AI 184/10 - 305/2011 del 23 giugno 2011

Regeste

AI{ASSURANCE}, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, DÉCISION DE RENVOI, CONSTATATION DES FAITS | 4 LAI, 44 LPG, 7 LPG, 8 LPG

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 23.06.2011 AI 184/10 - 305/2011

AI{ASSURANCE}, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, DÉCISION DE RENVOI, CONSTATATION DES FAITS | 4 LAI, 44 LPG, 7 LPG, 8 LPG

TRIBUNAL CANTONAL AI 184/10 - 305/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juin 2011

Présidence de Mme Di Ferro Demierre Juges :
Mmes Röthenbacher et Thalmann Greffière : Mme Mestre Carvalho ***** Cause pendante entre : L. _____, à Renens, recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8, 44 LPG; art. 4 et 28 LAI En fait : A. a) L. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1951, titulaire d'une maturité commerciale, marié et père de deux enfants adultes, a travaillé au sein de divers établissements bancaires du 1^{er} juin 1974 au 30 septembre 2006, date à laquelle il a mis fin à son activité de fondé de pouvoirs auprès de la banque O. _____ SA, qui l'employait depuis fin juin 1998. A compter du 1^{er} octobre 2006, il a entrepris une activité indépendante de conseiller en gestion d'entreprises, qu'il a interrompue le 1^{er} août 2008 pour s'inscrire auprès de l'assurance-chômage, dont il a perçu des indemnités journalières du 8 août 2008 au 7 août 2010. b) Le 6 août 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). A l'appui de sa requête, il a indiqué qu'il n'avait plus de disques entre les vertèbres lombaires (L3 à L5), qu'il présentait un fort rétrécissement du canal lombaire entraînant des douleurs dans le bas du dos et dans les jambes, et qu'il rencontrait des difficultés pour marcher. Il a précisé que ses atteintes existaient depuis début 2005, mais s'étaient nettement aggravées en 2007. c) Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a fait verser au dossier un extrait du compte individuel AVS de l'assuré, ainsi que divers documents fiscaux relatifs aux années 2004 à 2008. L'office s'est également adressé au Dr K. _____, spécialiste FMH en rhumatologie. Dans un rapport non daté indexé par l'OAI le 20 octobre 2009, ce médecin a exposé que l'intéressé présentait des atteintes se répercutant sur la capacité de travail, consistant en des lombosciatalgies droites incapacitantes sur troubles dégénératifs marqués du rachis lombaire, un canal étroit avec claudication neurogène, et une obésité morbide (BMI [Body Mass Index] 40). Il a fait état

d'une claudication à 300 mètres environ causée par la sciatalgie incapacitante de l'assuré, et a mentionné que dans son activité habituelle, ce dernier était soumis aux restrictions physiques suivantes : « [t] ous mouvements entraînant des ports de charges même légères dépassant 7-8 kg, surtout en porte [-] à [-] faux, rotations, position assise ou debout prolongée, marches prolongées, transports de plus d'une demi-heure, etc ». En outre, le Dr K. _____ a émis un pronostic défavorable et a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail probablement complète dans son activité habituelle, ainsi qu'une diminution de rendement. L'OAI a réceptionné le 22 octobre 2009 un rapport non daté émanant du Dr R. _____, médecin généraliste FMH. En substance, ce praticien s'est référé aux mêmes atteintes incapacitantes que le Dr K. _____, tout en évoquant encore un diabète de type II et une hypertension artérielle, et en précisant que l'obésité morbide était liée à un syndrome métabolique. Par ailleurs, ce médecin a renoncé à se prononcer sur la capacité de travail de son patient, se limitant à mentionner une probable intolérance à la position assise. Interpellé par l'OAI, le Dr U. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, s'est limité à indiquer, par retour de courrier du 27 octobre 2009, que l'assuré avait été vu pour la dernière fois à sa consultation le 2 septembre 2005. A la demande du Dr N. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), le Dr K. _____ a précisé, par écrit du 26 novembre 2009, que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée (activité sédentaire légère, avec alternance des positions) était nulle, compte tenu de ses importantes limitations fonctionnelles. Sur le plan médical, figurent également au dossier de l'OAI les deux documents suivants : - un rapport de l'Institut d'imagerie médicale [...] du 20 avril 2005, constatant – à la suite d'un CT-scan lombaire effectué le même jour – d'importantes discarthroses avec prolapsus discaux s'étendant de L3 à S1 associées à des réactions osseuses ostéophytaires marquées, un rétrécissement bilatéral de foramens latéraux L5-S1, et un possible conflit radiculaire L4 droit extraforaminal; - un rapport du Dr V. _____ (spécialiste FMH en neuroradiologie et radiologie) du 19 août 2005, exposant qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le 3 août 2005 avait mis en évidence des sténoses canalaires étagées de L2 à L5 et des troubles arthrosiques avec saillies disco-ostéophytaires à prédominance foraminale, surtout à droite, où l'on constatait une souffrance de la racine L5. d) L'intéressé a fait l'objet d'une enquête économique pour les indépendants le 15 décembre 2009. Dans un rapport du 23 décembre 2009, le Service des enquêtes de l'OAI a reconnu à l'assuré – vraisemblablement aux dires de ce dernier – une capacité de travail de 50% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. En outre, attendu que l'activité indépendante n'avait duré que 18 mois, ce service a considéré que le revenu sans invalidité déterminant correspondait au dernier salaire annuel versé par UBS SA. e) Suite à un avis médical SMR du 8 décembre 2009, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique effectué le 4 janvier 2010 par le Dr W. _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, du SMR. L'expert a notamment indiqué ce qui suit dans son rapport du 11 janvier 2010 : " Diagnostics - avec répercussion durable sur la capacité de travail • Lombosciatalgies D chroniques M54.46. ■ Troubles dégénératifs avancés du rachis lombaire avec discopathies étagées, processus ostéophytaires et arthrose inter-facettaire, induisant une sténose des canaux de conjugaison bilatéralement à D en L5-S1. ■ Modification de type MODIC 1. ■ Importants troubles statiques avec déconditionnement musculaire et dysbalance avancée. • Cervicalgies à caractère mécanique sur vraisemblable trouble arthrosique M54.2. - sans répercussion sur la capacité de travail • Obésité de classe 2. • Hypertension artérielle traitée. • Diabète de type II et dyslipidémie. Appréciation du cas Assuré âgé de 58 ans, déposant une demande de

prestations AI dans le courant du mois d'août 2008, dans un contexte de lombosciatalgies D évoluant depuis 2004 – 2005 en relation avec des troubles dégénératifs avancés du rachis lombaire. Sur le plan professionnel, l'assuré a effectué une carrière bancaire en tant que fondé de pouvoirs jusqu'en 2006, auprès de l'O. _____ SA. Licencié au mois de septembre 2006 pour raisons économiques [sic], l'assuré débute une activité en tant qu'indépendant (conseil en gestion d'entreprise), puis finit par s'inscrire au chômage au mois d'août 2008. A signaler, qu'à aucun moment il n'a bénéficié d'incapacité de travail médicalement attestée en relation avec la problématique à l'origine de la demande de prestations AI actuelle. L'examen clinique au SMR met en évidence un assuré obèse, présentant une obésité de classe 2 dans un contexte de déconditionnement musculaire global et focal, associée à d'importantes dysbalances. Sur le plan ostéoarticulaire, l'assuré présente une diminution de la mobilité de l'ensemble du rachis dans un contexte arthrosique et de déconditionnement musculaire. L'anamnèse évoque un trouble de la sensibilité du MID, retrouvé à l'examen clinique, sans mise en évidence de véritable territoire anatomique reconnu (hypoesthésie diffuse, sans erreur au piqué/touché de façon précise ou de troubles de la pallesthésie ou du sens positionnel dans un contexte d'œdèmes chroniques). Les documents radiologiques mis à disposition, mettent en évidence des troubles dégénératifs avancés du rachis lombaire, avec des modifications de type MODIC 2 au niveau des espaces L4-L5, L5-S1, associés à une discarthrose avancée (protrusion discale circonférentielle, phénomène ostéophytaire circonférentiel induisant une sténose foraminale prédominant au niveau de l'espace L5-S1 D). L'ensemble des plaintes mises en avant par l'assuré, leur caractère à caractère mécanique est en parfaite adéquation avec l'examen clinique réalisé au SMR et la documentation radiologique mise à disposition. A signaler l'absence de mise en évidence de signe en faveur d'un processus à caractère non organique, dans un contexte d'anamnèse plutôt sobre, focalisée sur des douleurs lombaires et aux dépens du MID (claudication neurogène). En conclusion : cet assuré de 58 ans, présente d'importants troubles ostéoarticulaires dégénératif[s] du rachis lombaire, à l'origine d'une symptomatologie algique chronique exacerbée par les activités physiques ou les positions statiques prolongées. L'anamnèse fournie par l'assuré est sobre, elle est en adéquation avec l'examen clinique réalisé au SMR et la documentation radiologique fournie. Au vu des atteintes à la santé présentées par l'assuré, toute activité à caractère physique est formellement contre-indiquée. L'activité antérieure de l'assuré, fondé de pouvoirs ou conseiller en gestion d'entreprise peut être considérée comme activité adaptée, pouvant être exercée à un taux de 100% avec une diminution de rendement de l'ordre de 25%, au vu des limitations fonctionnelles retenues, en relation avec le trouble ostéoarticulaire dégénératif et inflammatoire (modification de type MODIC 2), présenté par l'assuré. L'évaluation de cette capacité de travail ne se base que sur les atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire. La composante en relation avec la surcharge pondérale et [l]e déconditionnement musculaire présenté par l'assuré n'a pas été prise en considération. Si ces atteintes doivent être prises en considération, l'assuré ne présente, actuellement, qu'une capacité de travail de maximum 50% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Limitations fonctionnelles Pas de port de charges de plus de 5 kg de façon répétitive et, occasionnel au-delà de 7.5 kg. Eviter les positions statiques assises au-delà de 35 à 40 minutes sans possibilité de varier les positions de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis de façon formelle, pas de position en genuflexion ou accroupie de façon formelle. Pas de montée ou descente d'escalier de façon répétitive. Pas d'activité en hauteur. Diminution du périmètre de marche

à environ 150 à 200 mètres. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Sur la base de l'examen clinique réalisé ce jour au SMR, de l'étude et des examens complémentaires mis à disposition, des atteintes à la santé sur le plan ostéoarticulaire sont retenues depuis au moins le mois d'avril 2005. Au vu des atteintes sur le plan ostéoarticulaire, une diminution de rendement de l'ordre de 25% est retenue dans son activité habituelle de conseiller en gestion d'entreprise ou de fondé de pouvoirs bancaires. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Sur le plan strictement ostéoarticulaire, elle est restée inchangée. Une dégradation progressive de l'état de santé de l'assuré s'est produite depuis son licenciement en septembre 2006, en relation avec un important déconditionnement musculaire aggravé par la surcharge pondérale. Si ces éléments doivent être pris en considération, l'assuré présente actuellement une capacité de travail de tout au plus 50% dans une activité adaptée. Une telle capacité de travail est vraisemblablement pertinente depuis le moment du dépôt de demande de prestations AI (août 2009). Concernant la capacité de travail résiduelle, toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100%. Une diminution de rendement de l'ordre de 25% est retenue, au vu des atteintes ostéoarticulaires dégénératives et inflammatoires présentées par l'assuré. Dans l'état actuel des choses, dans un contexte de surcharge pondérale avancée et de déconditionnement musculaire manifeste, la capacité de travail retenue est de maximum 50% dans une activité adaptée. Toutefois, aussi bien la surcharge pondérale que le déconditionnement musculaire ne sont pas des atteintes habituellement prises en charge par l'AI, car celles-ci sont réversibles. Capacité de travail exigible Dans l'activité habituelle : 75% Dans une activité adaptée : 75% Depuis avril 2005

" f) Dans un rapport SMR du 21 janvier 2010, le Dr N. _____, se fondant sur les résultats de l'examen rhumatologique du 4 janvier précédent, a retenu que l'assuré souffrait principalement de cervicalgies sur cervicarthrose et de lombosciatalgies droites chroniques sur importants troubles statiques dégénératifs. En revanche, il a estimé que le syndrome métabolique avec obésité morbide n'était pas du ressort de l'AI. Il a considéré que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 75% dans son activité habituelle comme dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par l'expert W. _____. g) Le 10 février 2010, la Division administrative de l'OAI a notamment retenu que le revenu sans atteinte à la santé de l'assuré correspondait au dernier salaire annuel complet réalisé auprès d'O. _____ SA en 2005, montant qui se chiffrait – après indexation pour les années 2006, 2007, 2008 et 2009 – à 157'417 fr. 60. B. a) En date du 12 février 2010, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision, dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, motivé comme suit : " Résultat de nos constatations : Vous travailliez en tant que collaborateur auprès de l'O. _____ SA. Pour des raisons de santé, votre capacité de travail est considérablement restreinte depuis le mois d'avril 2005. Après examen des pièces médicales portées au dossier par le Service médical régional, force est de constater que dès cette date votre capacité de travail résiduelle est de 75% dans toute activité respectant vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 7.5 kg [;] alternance des positions ; pas de porte-à-faux, pas d'agenouillement ni d'accroupissement ; pas d'escaliers ni de travaux en hauteur ; pas de marche de plus de 200 mètres). Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé dans votre ancienne activité à l'O. _____ SA, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans cette même activité à un taux de 75%. Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant : Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible : sans invalidité CHF 157'417.60 avec invalidité CHF 118'063.20

La perte de gain s'élève à CHF 39'354.40 = un degré d'invalidité de 25% Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Compte tenu de votre âge, de votre parcours professionnel exclusivement bancaire et de votre niveau de formation initial, il n'est pas possible de réduire le préjudice économique par des mesures professionnelles. En effet, aucune mesure proportionnée n'atteindrait l'objectif salarial. " Le même jour, l'OAI a informé l'assuré que les conditions présidant à la mise en œuvre d'une mesure de placement étaient remplies, et que des démarches allaient être entreprises dans ce sens. b) L'intéressé n'a pas déposé d'objections formelles à l'encontre du projet de refus de prestations de l'OAI. C. Le 24 mars 2010, cet office a rendu une décision identique à son projet du 12 février 2010. D. a) Agissant par l'entremise de son conseil, l'assuré a recouru le 10 mai 2010 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} avril 2006 avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} avril 2007. En substance, il expose que son état de santé s'est détérioré depuis 2008, et qu'en raison de sciatiques chroniques bilatérales, il éprouve des douleurs considérables et une gêne permanente lorsqu'il se déplace ou lorsqu'il reste assis « plus de cinq minutes » – ses douleurs n'étant atténuées que partiellement, pour une durée limitée, par des périurales de cortisone qu'il subit tous les trois mois. Sur le fond, il fait valoir que le SMR lui a reconnu – sur la base d'un rapport d'expertise dénué de valeur probante – une capacité résiduelle de travail de 75%, alors même que ses médecins traitants ont attesté une incapacité totale de travail. En outre, il conteste les « salaires hypothétiques » retenus par l'OAI. A titre de mesures d'instruction, il sollicite l'audition de ses médecins traitants, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale pour déterminer son degré d'incapacité de travail. b) Appelé à se déterminer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par préavis du 22 juin 2010. c) Le recourant a répliqué le 15 septembre 2010, après consultation du dossier de l'intimé. Il reproche tout d'abord à cet office d'avoir exclu du ressort de l'AI les affections d'obésité morbide et de déconditionnement musculaire, celles-ci étant, d'après lui, liées aux injections de cortisone qu'il subit régulièrement et au manque de mobilité directement consécutif à ses problèmes lombaires, de sorte que l'on ne saurait lui reprocher sa prise de poids (30 kg depuis 2005), ni attendre de lui qu'il y remédie; or, selon le Dr W. _____, la prise en compte de ces atteintes par l'AI reviendrait à admettre une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée. Il ajoute que le SMR a porté un jugement de valeur déplacé pour minimiser sa situation, en se référant à une simple « surcharge pondérale » en lieu et place de l'obésité morbide diagnostiquée par le Dr K. _____. Par ailleurs, il relève que sa capacité résiduelle de travail a fait l'objet d'appréciations divergentes de la part de ses médecins traitants et du SMR, et que son assureur perte de gain J. _____ s'est fondé sur les constatations du Dr K. _____ pour lui allouer, depuis le 1^{er} août 2010, des indemnités journalières à raison d'une incapacité totale de travail. L'assuré conteste en outre le revenu d'invalidité retenu par l'OAI, dans la mesure où ce revenu correspond au 75% du salaire d'un cadre bancaire bien portant, fonction qu'il ne pourrait occuper à l'heure actuelle, en raison de ses atteintes à la santé. A l'appui de ses dires, il produit un constat adressé au médecin-conseil de J. _____ par le Dr K. _____ en date du 25 février 2010 (compte-rendu dans lequel ce médecin confirme ses précédentes constatations tout en relevant qu'actuellement, « seules quelques heures de bureau de type occupationnel pourraient être envisagées »), ainsi qu'un rapport du 16 juillet 2010 également rédigé par le Dr K. _____ et faisant état de ce qui suit : " J'insiste sur le fait que ce patient présente de vraies lombosciatalgies, que sa limitation fonctionnelle est plus qu'évidente, même si un

examen rapide ne permet de mettre en évidence de très gros déficit [sic]. Il paraît évident que les lésions anatomiques observées au niveau rachidien entraînent une compression/irritation des nerfs des membres inférieurs et que toute station debout prolongée, porte[■]à[■]faux, marche et surtout position assise, entraînent cette gêne. Je ne vous cacherai pas que [...] je ne comprends absolument pas par quel biais ils [ie : l'assurance-invalidité] sont arrivés à une capacité de travail de 75%... Ces quelques lignes pour vous exprimer que, dans une activité parfaitement adaptée, à savoir une position assise permettant au patient de changer de positions, de se lever occasionnellement, d'éviter tous ports de charges, etc, une capacité médico-théorique de 40 à 50% grand maximum peut être éventuellement envisagée. " d) Dans sa duplique du 11 octobre 2010, l'intimé a maintenu sa position. e) Le 13 mai 2011, l'assuré a produit un nouveau rapport du Dr K. _____ datant du 12 mai précédent. Ce médecin y évoquait les points suivants : "[L'état de santé de] ce patient que j'ai revu en février [...] s'aggrave strictement du point de vue lombaire avec intensité des lombalgies de plus en plus marquées. Ce patient de 60 ans en est arrivé au stade où il doit prendre une canne pour marcher, a une impression de jambes lourdes qui peuvent lâcher, tout ceci associé à d'intenses douleurs lombaires. Pour cette affection, j'ai fait effectuer une IRM [...]. Cette IRM conclut à une arthrose disco-vertébrale étagées avec phénomène inflammatoire des plateaux L2-L3, L3-L4, sans entrer dans les détails, il y a également une arthrose postérieure avec une tendance à rétrécir le canal lombaire, pouvant entre autre irriter certains nerfs. [...] A la consultation du 21 février, le patient me mentionnait ne plus avoir de sensibilité dans ses mains et des douleurs en partant de la nuque [...], un CT-scan cervical a été effectué qui met également en évidence une arthrose importante avec rétrécissement de trous de conjugaison ([...]), sans rétrécissement du canal ou hernie discale. Cette arthrose dite postérieure et rétrécissement des trous de conjugaison peut sans contester entraîner des douleurs cervicales et dans les bras, même des troubles atypiques de la sensibilité. Ce phénomène étant malgré tout nouveau, il y a encore plus aggravation de son état de santé. Si je m'en réfère à mes écrits du 16 juillet 2010, la situation s'est aggravée, tant sur le plan subjectif qu'objectif, il y a là de multiples éléments nouveaux [...]; mon estimation de la capacité résiduelle de travail reste de l'ordre de 40 à 50%, mais dans une activité adaptée, actuellement, au vu des plaintes énoncées, elle serait plus proche de 30 à 40% [...]" E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 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 en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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). b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1 er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes judiciaires de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA) – auprès du tribunal compétent, et il respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il est donc recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés

par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c ; 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). Il appartient au juge des assurances sociales d'apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 116 V 246 consid. 1a et les références ; cf. TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références ; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 et les arrêts cités ; TF 9C_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.2).

b) En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente AI. En revanche, l'intéressé ne critique pas le refus de l'OAI de mettre en œuvre des mesures professionnelles visant à réduire le préjudice économique.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, 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).

c) Il incombe à l'assureur – en l'espèce l'OAI – de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

d) Le juge des assurances sociales doit

examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (cf. ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées, TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3). 4. Dans le cadre de la présente affaire, l'OAI a retenu – sur la base de l'appréciation du SMR – que l'assuré était en mesure de travailler à 75% dans son activité habituelle ainsi que dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'assuré conteste ce point de vue. Il fait valoir, d'une part, que c'est à tort que le SMR – et, corollairement, l'OAI – a considéré que ses problèmes de poids et de déconditionnement musculaire ne relevaient pas de l'AI. D'autre part, il souligne que l'évaluation de sa capacité de travail par ce service diffère de l'avis porté par ses médecins traitants les Drs R._____, K._____ et U._____. a) A l'examen des pièces médicales au dossier, il apparaît que l'état de santé – respectivement la capacité de travail – de l'assuré a fait l'objet d'évaluations qui divergent sur plusieurs points essentiels, sans que l'on puisse pour autant dénier valeur probante aux avis médicaux recueillis. aa) Tout d'abord, il convient de se pencher sur la nature incapacitante des problèmes d'obésité et de déconditionnement musculaire présentés par le recourant. De l'avis du SMR, de tels troubles ne sont en principe pas du ressort de l'AI, dans la mesure où ils sont réversibles (cf. rapport du Dr W._____ du 11 janvier 2010 p. 8). De son côté, le recourant soutient précisément qu'il ne peut remédier aux atteintes en question, dès lors qu'elles sont la conséquence d'injections de cortisone répétées et d'un manque de mobilité engendré par ses pathologies lombaires. Pour ce qui est plus particulièrement de l'obésité, la jurisprudence fédérale considère qu'en soi, un tel trouble n'est pas constitutif d'invalidité. Celle-ci doit toutefois être admise si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (cf. TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.3 et 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.1; cf. TFA I 583/82 du 17 octobre 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 359). En l'occurrence, aucun

élément probant ou indice concret au dossier ne permet de déterminer précisément l'origine de l'obésité de l'assuré. En effet, l'on ne saurait se fonder sur les seules déclarations de celui-ci, selon lesquelles son excédent de poids serait la conséquence d'injections de cortisone – cela quand bien même il serait « notoire que les injections de cortisone [...] peuvent occasionner une prise de poids non négligeable » (cf. réplique du 15 septembre 2010 p. 11, ch. 33). De même, rien ne vient corroborer les dires de l'assuré selon lesquels il aurait pris 30 kg depuis 2005 (cf. *ibid.*, ch. 34), et subirait des périodales de cortisone tous les 3 mois (cf. recours du 10 mai 2010 p. 2, ch. 5). Tout au plus apparaît-il que l'intéressé a été adressé en 2009 au Service d'antalgie du Centre hospitalier [...] (Centre hospitalier X. _____), où « deux ou trois infiltrations » ont été prévues (cf. rapport du Dr K. _____ du 25 février 2010 p. 1 ch. 5, et constat du Dr K. _____ indexé par l'OAI le 20 octobre 2009 p. 1 ch. 1.4; cf. rapport d'évaluation de l'OAI du 30 septembre 2009 p. 2). Au vu de la jurisprudence susmentionnée, les allégations du recourant méritent toutefois d'être investiguées sur le plan médical, dès lors que si elles devaient être vérifiées, son obésité serait alors constitutive d'invalidité – le même raisonnement pouvant être repris *mutatis mutandis* s'agissant du déconditionnement physique de l'assuré. Or, selon l'expert W. _____, la reconnaissance du caractère invalidant de ces atteintes aurait pour effet de réduire à 50% la capacité de travail résiduelle du recourant (cf. *let. A.e supra* et 4a/bb *infra*). Il convient toutefois de préciser, au demeurant, que c'est en vain que le recourant reproche au SMR d'avoir porté un jugement de valeur dépréciatif en se référant à une simple « surcharge pondérale », en lieu et place de l'obésité morbide diagnostiquée par le Dr K. _____. D'une part, il apparaît que le Dr N. _____, dans son rapport du 21 janvier 2010, a fait état d'une obésité morbide et non d'une surcharge pondérale. D'autre part, quand bien même l'expert W. _____ a indéniablement fait usage des termes « surcharge pondérale » dans son rapport du 11 janvier 2010, il n'en a pas moins posé le diagnostic d'obésité de classe 2 (cf. rapport du 11 janvier 2010 p. 6) sur la base d'un BMI de 38.9 (cf. *ibid.* p. 4 : 122 kg pour 177 cm) – étant relevé qu'il faut distinguer entre l'obésité morbide, retenue à partir d'un BMI égal ou supérieur à 40, et l'obésité de classe 2 ou obésité sévère, concernant les BMI se situant entre 35 et 40 (cf. à ce sujet les Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité [p. 5], édictées par la Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders [SMOB], version du 9 novembre 2010, disponible sur le site www.smob.ch; cf. Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II [p. 6], version courte [sans références] – novembre 2006, disponible sur le site de l'Association suisse sur l'étude du métabolisme et de l'obésité [ASEMO] www.asemo.ch, rubrique Publications). Du reste, l'usage des termes « surcharge pondérale » dans le cadre d'une procédure AI concernant un assuré souffrant d'obésité – voire d'obésité morbide – n'est de loin pas exceptionnel, comme le démontre l'usage fréquent de cette terminologie par le Tribunal fédéral, respectivement le Tribunal fédéral des assurances (cf. entre autres TF 9C_730/2010 du 11 avril 2011, TF 9C_48/2009 précité, TF 9C_931/2008 du 8 mai 2009 et TFA I 319/06 du 14 mai 2007). Partant, le grief soulevé par l'assuré doit être écarté. bb) Par ailleurs, les différents médecins interpellés ont produit des avis divergents quant à la répercussion des troubles du recourant sur sa capacité de travail, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Du côté des médecins traitants de l'assuré, tant le Dr R. _____, généraliste, que le Dr U. _____, neurochirurgien, ont renoncé à se prononcer sur la question. Quant au Dr K. _____, rhumatologue, il a tout d'abord considéré que son patient était totalement incapable de reprendre une activité professionnelle (cf. rapport indexé par l'OAI le 20 octobre 2009 et complété le 26 novembre 2009). Puis, par constat du 16 juillet 2010, il a

évoqué une capacité de travail résiduelle de 40% à 50% dans une activité parfaitement adaptée. Si ce rapport est certes postérieur à la décision attaquée, il n'en demeure pas moins qu'il se réfère à des éléments médicaux liés à l'état de santé du recourant (à savoir essentiellement ses lombalgies), antérieurs au prononcé entrepris et en rapport direct avec celui-ci, de sorte qu'il y a lieu d'en tenir compte dans la présente cause (cf. consid. 2a supra). En revanche, tel n'est pas le cas du rapport de ce rhumatologue du 12 mai 2011 faisant état d'une capacité de travail de 30% à 40%, dès lors que ce document se réfère à une aggravation de l'état de santé survenue après le 16 juillet 2010, et donc postérieure à la décision entreprise (cf. ibid.); tout au plus sied-il de relever qu'il reviendra, cas échéant, au recourant de se prévaloir ultérieurement de cet argument auprès de l'OAI (cf. consid. 5b infra), tout en réservant le cas d'une arthrose disco-vertébrale antérieure à la décision. En ce qui concerne le SMR, l'expert W._____ a fait état d'une capacité résiduelle de travail de 75% – respectivement de 100%, avec diminution de rendement de 25% – tenant compte des limitations fonctionnelles de l'intéressé essentiellement dues à ses troubles ostéoarticulaires. Il a toutefois précisé qu'en prenant en considération la surcharge pondérale et le déconditionnement musculaire de ce dernier, cette capacité résiduelle de travail ne s'élevait plus qu'à 50% au maximum (cf. consid. 4a/aa supra). Quant au Dr N._____, il a retenu une capacité de travail de 75% dans l'activité habituelle du recourant comme dans une activité adaptée. Force est de relever que l'appréciation du Dr K._____ (en 2009 comme en 2010) diverge de l'avis du SMR. Bien plus, on constate des discordances au sein même des médecins de ce service. En effet, l'expert W._____ a expressément réservé la prise en compte des problèmes de poids et de déconditionnement musculaire du recourant, hypothèse qui a totalement été passé sous silence par le Dr N._____. En revanche, on ne peut tenir compte de l'allégation du recourant, selon laquelle son assureur perte de gain lui verserait des indemnités journalières en raison d'une incapacité de travail de 100% (cf. réplique du 15 septembre 2010 p. 13 ch. 38, et p. 16 let. B). En effet, il s'agit d'une simple affirmation qui n'est corroborée par aucun élément du dossier. b) En résumé, il apparaît que l'instruction menée par l'OAI est lacunaire. D'une part, l'intimé ne pouvait se permettre de statuer en l'absence d'une évaluation médicale suffisante sur l'origine et les conséquences du surpoids et du déconditionnement musculaire de l'assuré, cela d'autant que l'expert W._____ avait explicitement émis une caution à cet égard. D'autre part, au vu de la controverse médicale relative à l'évaluation de la capacité de travail du recourant, l'OAI était d'autant moins légitimé à rendre une décision sans avoir préalablement complété l'instruction sur cette question. 5. 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). En effet, selon la jurisprudence, il appartient au premier chef à l'OAI d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales et est codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI ;

ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985, K 646 p. 235 consid. 4). b) En l'occurrence, des doutes suffisants existent quant au caractère probant de l'expertise du SMR et de l'avis médical qui a suivi (cf. consid. 3d supra) – éléments sur lesquels l'OAI a pourtant fondé la décision entreprise. Il y a discordance manifeste – sans que l'on puisse dénier valeur probante à leurs avis respectifs – entre l'appréciation du Dr K. _____ et celle du SMR sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Par conséquent, la Cour de céans ne saurait statuer en l'état du dossier. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction sur le plan médical par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (soit au moins rhumatologique et interne) au sens de l'art. 44 LPGA, et qu'il rende une nouvelle décision. 6. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical et nouvelle décision. b) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à se prononcer sur les griefs soulevés par le recourant en rapport avec le calcul du revenu d'invalidé. De même, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par l'assuré. 7. a) Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 52 LPA-VD). b) Le recourant obtient gain de cause dans la mesure où la décision attaquée est annulée. Assisté par un avocat, il a donc droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD; ATF 135 V 473 consid. 2.1). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 24 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants. III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à L. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. IV. Le présent arrêt est rendu sans frais. La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Corinne Monnard Séchaud (pour le recourant), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.