

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 212 vom 15. März 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-03-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_212](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__212)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 212 du 15 mars 2011

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 212 del 15 marzo 2011

### Regeste

DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INVALIDITÉ{INFIRMITÉ}, HERNIE DISCALE, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.03.2011 Arrêt / 2011 / 212

DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INVALIDITÉ{INFIRMITÉ}, HERNIE DISCALE, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 489/09-132/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mars 2011

\_\_\_\_\_ Présidence de M. Neu Juges : Mme Pasche et M. Métral Greffière : Mme Berberat \*\*\*\*\* Cause pendante entre : M. \_\_\_\_\_, à La Tour-de-Peilz, recourant, représenté par Me Baptiste Viredaz, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 4 et 28 LAI E n f a i t : A. a) M. \_\_\_\_\_, né en 1961, au bénéfice d'un CFC de mécanicien auto obtenu en 1982, a entrepris une formation de technicien en informatique, tout en suivant des cours en formation continue. Il a notamment travaillé du 6 août 2001 au 30 septembre 2005 en qualité de technicien en informatique à 100 % auprès de l'entreprise [...] à [...]. Son contrat de travail a été résilié par l'employeur, pour cause de restructuration de poste. Souffrant de lombalgies occasionnelles depuis plusieurs années, l'assuré a bénéficié d'un arrêt de travail à 100 % du 7 avril au 31 août 2003, puis à 50 % du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2003. Dans l'intervalle, soit en date du 26 mai 2003, il a été opéré d'une volumineuse hernie discale médiane para-médiane droite L5-S1 luxée vers le bas par hémilaminectomie L5-S1 droite. Dès le 10 mars 2005, il a bénéficié d'un nouvel arrêt de travail en raison de lombo-cruralgies bilatérales avec paresthésies et hypoesthésies plantaires du pied droit. Son cas a été pris en charge par [...] Assurance, assureur perte de gain de l'employeur qui a versé des indemnités journalières jusqu'au 25 mai 2006. Le 18 août 2005, l'intéressé a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une hernie discale L5-S1 et de la persistance d'un syndrome lombaire douloureux. Dans un rapport médical du 23 octobre 2005, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient d'importante hernie discale et de persistance d'un syndrome vertébral lombaire, réapparu en mars 2005, tout en précisant que son état était stationnaire. Il a estimé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, ajoutant qu'une activité à mi-temps dans un bureau pouvait être envisagée. Dans un rapport médical du 11 décembre 2006, le Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de status après cure de hernie discale

médiane paramédiane droite L5-S1 luxée et de sclérose dégénérative L5-S1 avec syndrome lombo-vertébral statique et fonctionnel. Il a relevé que l'état de santé de l'intéressé était stationnaire après aggravation. Il a en outre indiqué que l'activité exercée jusqu'ici était exigible à 100 % avec une diminution de rendement de 25-30 %. En outre, le syndrome lombaire était certainement limitatif, mais une activité professionnelle le plus souvent assise était possible avec des ménagements lombaires usuels. Il lui semblait en effet déraisonnable chez cet informaticien actif depuis 25 ans et venant par ailleurs d'effectuer un certificat complémentaire d'administrateur en système Microsoft d'exiger l'exercice d'une autre activité. En cas d'aggravation ultérieure, l'éventualité d'une spondylodèse lombosacrée était envisageable, mais une nouvelle intervention neurochirurgicale n'était alors pas indiquée. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ a transmis à cet effet deux courriers des 8 mai 2003 et 1<sup>er</sup> avril 2005 qu'il avait adressés au Dr D. \_\_\_\_\_. Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (SMR) qui a constaté que le Dr Y. \_\_\_\_\_ estimait préférable de laisser l'assuré exercer l'activité d'informaticien (qui nécessitait parfois des positions et port de charges ne respectant pas les limitations fonctionnelles) en admettant une diminution de rendement plutôt que de mettre en oeuvre des mesures professionnelles. L'activité de mécanicien n'était pas exigible. Selon le SMR, il y avait lieu d'interroger le Dr Y. \_\_\_\_\_, ce dernier ne s'étant pas prononcé sur la capacité de travail médicalement et théoriquement exigible dans une activité adaptée, ni sur les limitations fonctionnelles (avis médical du 24 juillet 2007). Par courrier du 8 octobre 2007, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a mentionné qu'au vu de l'examen clinique sur le plan lomboradiculaire et de son dernier rapport du 11 décembre 2006 adressé à l'AI, l'assuré était tout à fait apte sur le plan médico-théorique à exercer une activité professionnelle à 100 % dans un emploi adapté, c'est-à-dire qui tienne compte des mesures habituelles d'épargne lombovertébrale et d'hygiène posturale. Les limitations fonctionnelles étaient représentées par un syndrome lombovertébral partiel statique et fonctionnel, en grande partie chronifié, déjà décrit dans son rapport détaillé et les documents annexes y relatifs. Par lettre du 19 octobre 2007, le Dr D. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que son patient présentait pour la première fois un état dépressif en relation avec sa situation socio-économique. Par avis médical du 28 novembre 2007, le SMR a relevé les éléments suivants : "La teneur des éléments médicaux spécialisés (Dr Y. \_\_\_\_\_) laisse comprendre que d'un point de vue médico-théorique l'assuré aurait été apte à reprendre son activité d'informaticien moins d'une année après le début de l'IT (10.03.2005), plein temps avec une diminution de rendement de 25-30 %. On sait en outre que l'exigibilité est de 100 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : positions statiques assis / debout au-delà de 30 minutes / port de charges moyennes à lourdes / porte-à-faux du rachis / engins vibrants. L'assuré a continué à parfaire sa formation et connaissances en informatique. Le médecin traitant annonce un épisode dépressif en lien avec la situation socio-professionnelle. Cette pathologie est d'ordre réactionnel et n'est pas responsable d'une diminution de la CT". Au vu de ces éléments, la gestionnaire de l'OAI a constaté que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 %, mais avec une diminution de rendement estimée à 25 et 30 %, alors qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée aux limitations décrites par le SMR (fiche d'examen du dossier n°3 du 24 janvier 2008). Dans le cadre d'un entretien avec le service de réadaptation de l'OAI (REA), l'intéressé a indiqué qu'il pensait pouvoir travailler à temps partiel comme informaticien mais pas à 100%, en raison du port de charges (matériel informatique à changer, serveur), des positions assises prolongées lors de piquets (hotline) et des positions inconfortables (à genou, accroupi, etc...). Il ne voyait par ailleurs pas ce qu'il pouvait faire et peinait à faire le

deuil de sa situation socio-professionnelle antérieure. Il se disait plutôt manuel et pratique, la programmation n'étant pas son fort (note relative au 1<sup>er</sup> entretien du 11 mars 2008). Par communication du 21 mai 2008, l'OAI a accepté de prendre en charge les frais relatifs à une observation professionnelle au sens de l'art. 69 RAI. L'intéressé a dès lors suivi un stage d'observation au Centre U. \_\_\_\_\_ à [...] du 8 décembre 2008 au 20 mars 2009. Du 2 au 13 février 2009, l'assuré a effectué une formation pratique auprès de E. \_\_\_\_\_ afin de vérifier l'adéquation entre la place de travail et ses limitations fonctionnelles. Dans l'intervalle, l'intéressé a présenté une incapacité de travail totale du 7 au 12 janvier 2009, date à laquelle il a repris le stage à 50 % (capacité attestée par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et nouveau médecin traitant de l'assuré dès le 20 novembre 2008). Dans un rapport médical du 17 mars 2009, ce praticien a relevé que son patient avait présenté dès le début de son activité une exacerbation de la symptomatologie avec une augmentation du syndrome lombovertébral, puis un blocage lombaire avec des difficultés à la marche, une tendomyose para-vertébrale diffuse, ainsi qu'une myogélose fessière bilatérale, une diminution de la sensibilité sur le territoire S1 D avec une aréflexie achilléenne D. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a en outre indiqué ce qui suit : "A plusieurs reprises M. M. \_\_\_\_\_ a développé des blocages lombaires ayant nécessité une prise en charge physiothérapeutique et médicamenteuse intensive incluant une corticothérapie et des antalgiques de classe III. Il existe donc une cohérence et une convergence des éléments cliniques, radiologiques et observationnels puisque les différents observateurs, notamment lors du stage au Centre U. \_\_\_\_\_, ont pu se rendre compte de façon indiscutable que M. M. \_\_\_\_\_ n'est pas apte à travailler plus de 50 % et que même avec ce taux d'occupation, il est obligé de s'allonger durant 1-2h quotidiennement afin de soulager les douleurs. Comme l'a mentionné mon collègue le Dr Y. \_\_\_\_\_, il n'y a pas d'indication à une nouvelle intervention neurochirurgicale ni à de nouvelles investigations neurologiques. Je considère donc que M. M. \_\_\_\_\_ présente une capacité de travail résiduelle max. de 50 % dans une activité adaptée et qu'il est à craindre que dans cette activité le rendement soit abaissé". Dans son rapport du 23 mars 2009, le Centre U. \_\_\_\_\_ a conclu notamment que : "En action dans les différents modules, nous relevons qu'il alterne les positions toutes les 15 à 30 minutes et il prend régulièrement des pauses pour soulager son dos. Il nous dit que les positions, assise / debout et prolongées, lui causent de fortes douleurs et des insomnies. Bien que les activités réalisées semblaient remplir les conditions idéales de travail, il s'est plaint de douleurs accrues. Ses douleurs l'ont amené à consulter son médecin qui a réduit son taux de travail à 50 % pour une durée indéterminée. M. M. \_\_\_\_\_ a nourri un réel espoir lors de l'évocation d'une possibilité de formation en entreprise chez E. \_\_\_\_\_. Malheureusement lors de l'évaluation de stage, le responsable a signalé que votre assuré ne pouvait pas travailler comme logisticien sur un long terme. En effet même à 50 % et avec alternance des positions assis/ debout, il ne parvenait pas à assumer les tâches usuelles de préparations, emballages, chargements et déchargements de palettes. De surcroît, son rendement sur la demi-journée était de 50 %. Au vu du peu de possibilités professionnelles qui s'offrent à votre assuré, nous avons effectué des recherches dans le domaine de la conception publicitaire ou du graphisme, domaines en lien avec l'outil informatique. Les entreprises contactées nous informent que les débouchés sont nuls si la personne n'est pas certifiée dans ce domaine. Les chances de réussite, d'une formation de type CFC, sont fortement conditionnées par un état de bien-être physique minimum que votre assuré n'a pas. M. M. \_\_\_\_\_ a bien coopéré et il s'est montré partie prenante dans le stage qu'il a effectué dans notre Centre, compte tenu des enjeux de sa réalité. Il nous a

démontré une envie de changement, mais ses problèmes de santé le rattrapent et freinent toute avancée dans ses projets. Cela nous conduit à la conclusion que, dans l'état actuel, seule une réévaluation sur le plan médical nous semble indiquée". Par avis médical du 30 avril 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR a observé une concordance entre l'appréciation du médecin, qui avait pu constater des exacerbations sous forme de contractures et d'irritations radiculaires, et celles des responsables du Centre U. \_\_\_\_\_ ayant constaté que l'assuré ne pouvait maintenir longtemps les mêmes positions. Dans ce contexte, le SMR a considéré qu'en raison de lombosciatalgies chroniques sur status après cure de hernie discale en 2003, l'assuré ne pouvait faire valoir une capacité de travail supérieure à 50 % (en termes de présence) et ce dans toute activité. Dès lors, la capacité de travail exigible était de 50 % dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, soit excluant la position statique assise / debout de plus de 30 minutes, le port de charges moyennes à lourdes, les postures en porte-à-faux du tronc et le travail sur engins vibrants. b) En date du 15 mai 2009, l'OAI a communiqué à M. \_\_\_\_\_ un projet de décision par lequel il lui octroyait une demi-rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 50 %. Il a constaté que l'assuré avait été dans l'obligation de réduire le taux de présence de son stage au Centre U. \_\_\_\_\_ de 100 à 50 % dès le 8 décembre 2008 en raison de douleurs. Après nouvel examen de son dossier, le SMR a estimé sa capacité de travail à 50 % dans son activité antérieure de technicien en informatique et dans toute activité dès le 10 mars 2005. Il avait dès lors droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2006, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an. Exerçant son droit d'être entendu, l'intéressé a contesté le projet précité en se référant à un certificat médical du 9 juillet 2009 établi par le Dr J. \_\_\_\_\_. Ce praticien a indiqué que la capacité de travail maximale était de 50 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement. Il avait en effet pu observer à plusieurs reprises son patient à sa consultation. Sur cette base et à partir des éléments médico-chirurgicaux à sa disposition, il ne faisait aucun doute que son patient présentait une diminution de rendement même dans une activité adaptée. Le rendement ne dépassait pas ainsi 50 %, taux corrélé par les observations faites lors du stage de formation en entreprise. L'assuré a par ailleurs relevé que dans son rapport médical du 17 mars 2009, le Dr J. \_\_\_\_\_ avait déjà retenu que sa capacité résiduelle de travail était de 50 % au maximum dans une activité adaptée et qu'il était à craindre que dans cette activité, son rendement soit abaissé. Par avis médical du 10 août 2009, la Dresse W. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que les activités proposées lors du stage effectué par l'assuré ne respectaient pas les limitations fonctionnelles. En effet, le rapport de stage indiquait que le rendement avait été jugé insuffisant dans le déchargement et chargement d'un camion, les ports de charges de 10-15 kg, la tenue en porte-à-faux, les tenues de positions hautes et basses, alors qu'il avait été jugé très bon pour l'accueil et le travail de bureau. Par ailleurs, le SMR a conclu que la remarque du Dr J. \_\_\_\_\_ figurant dans son rapport du 17 mars 2009 était une supposition anticipatoire et non une affirmation basée sur des faits objectifs, ledit praticien ne définissant en outre pas les limitations fonctionnelles retenues. Par conséquent, le SMR a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 50 % dans une activité adaptée de type administrative, excluant le port de charges de plus de 10 kg, les positions en porte-à-faux du tronc, mais autorisant une alternance 2X/heure, si nécessaire en répartissant l'activité harmonieusement dans la journée (2 heures le matin-2heures l'après-midi). Par décision du 23 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 mai 2009, les motifs ayant été précisés dans un courrier du 21 août 2009. B. a) Par acte de recours de son mandataire du 13 octobre 2009, l'assuré conclut principalement à l'annulation de la décision attaquée, à la reconnaissance du

droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2006 et au versement d'intérêts moratoires à 5 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2008, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants. Le recourant relève tout d'abord qu'une diminution de rendement a été observée dans toutes les activités évaluées durant le stage, alors même que, selon le Centre U. \_\_\_\_\_, les activités réalisées semblaient remplir les conditions idéales de travail. Dans son avis médical du 30 avril 2009, le SMR a sous-entendu que si le taux de présence qui pouvait être exigé était de 50 %, son rendement était vraisemblablement diminué. Contrairement à l'avis du SMR du 10 août 2009, le Dr J. \_\_\_\_\_ a confirmé en date du 9 juillet 2009 son estimation du mois de mars 2009, puisqu'il a retenu une diminution de rendement de 50 % sur la base des observations cliniques et des éléments médicaux chirurgicaux à sa disposition. Enfin, les limitations fonctionnelles ont été définies et admises par toutes les parties (rapports médicaux du Dr J. \_\_\_\_\_ du 17 mars 2009, du Dr D. \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2005 et du SMR du 30 avril 2009). Le recourant se demande dès lors comment il est possible d'affirmer qu'il n'y a pas de diminution de rendement, alors qu'il doit prendre des pauses répétées de 10 à 15 minutes 1 fois par heure pour soulager son dos. S'agissant du montant du salaire sans invalidité, il admet qu'il aurait été de 84'700 fr. en 2005, mais de 85'208 fr. en 2006. Compte tenu d'un salaire d'invalidé de 50 % avec une diminution de rendement de 50 %, son taux d'invalidité est dès lors de 75 %, ouvrant le droit à une rente entière. b) Dans sa réponse du 3 décembre 2009, l'intimé a confirmé sa décision du 23 septembre 2009 en se référant à une prise de position du Dr L. \_\_\_\_\_ du 30 novembre 2009 selon lequel le recourant présentait une capacité de travail de 50 % en terme de présence, c'est-à-dire une capacité de travail à mi-temps, mais sans diminution de rendement. c) Dans sa réplique du 21 janvier 2010, le recourant s'est référé aux rapports du Dr J. \_\_\_\_\_ fondés sur des observations cliniques objectives, effectuées durant et peu après le stage d'observation, lesdits rapports corroborant les constatations faites à cette occasion. Ces éléments étaient concordants et convaincants quant aux possibilités réduites de rendement, y compris dans une activité adaptée à 50 %. d) Dans sa duplique du 8 février 2010, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. 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). 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). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr. 2. Est litigieuse l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé, en particulier la capacité résiduelle de travail effective ainsi que le rendement au travail du recourant. a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé

d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). 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). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 3. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail compte tenu des atteintes à la santé qu'il présente. L'intéressé soutient en se fondant sur les rapports du Dr J. \_\_\_\_\_ et de l'E. \_\_\_\_\_ que sa capacité de travail est de 50 % avec une diminution de rendement de 50 % dans toute activité. L'intimé considère pour sa part, en se basant sur les rapports du SMR, que la capacité de travail de l'assuré est de 50 % dans toute activité, sans diminution de rendement. a) Sur le plan somatique, les médecins consultés ont tous retenu le diagnostic de lombosciatalgies chroniques sur status après cure de hernie discale médiane paramédiane droite L5-S1 en 2003. Leur avis divergent par contre s'agissant de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée compte tenu des limitations fonctionnelles. En l'occurrence, il est incontestable que l'assuré n'est plus en mesure

d'assumer à 100 % son ancienne activité de technicien en informatique (rapports médicaux des Drs D. \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2005, Y. \_\_\_\_\_ du 11 décembre 2006, L. \_\_\_\_\_ du 30 avril 2009 et J. \_\_\_\_\_ des 17 mars 2003 et 9 juillet 2009). En effet, cette activité ne répond plus aux limitations fonctionnelles, mises en évidence par le Dr Y. \_\_\_\_\_, soit les mesures habituelles d'épargne lombovertébrale et d'hygiène posturale (courrier du 8 octobre 2007), puis précisées par le SMR en ce sens que l'activité adaptée devait exclure la position statique assise / debout de plus de 30 minutes, le port de charges moyennes à lourdes (soit plus de 10 kg selon le rapport du SMR du 10 août 2009), les postures en porte-à-faux du tronc et le travail sur engins vibrants (rapport du SMR du 30 avril 2009). b) Cela étant, on peine à comprendre comment la capacité résiduelle de travail a pu être fixée à 50 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité réputée adaptée. Ainsi, sur le plan de la capacité de travail dans l'activité habituelle, le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 17 mars 2009, auquel se réfère le SMR dans son rapport du 30 avril 2009, manque de clarté, puisqu'il fait allusion à une capacité de travail de 50 % avant de retenir finalement dans ses conclusions une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Après avoir examiné l'avis médical du SMR du 30 avril 2009, le Dr J. \_\_\_\_\_ en a pris acte, sans véritablement contester le taux de capacité de travail dans l'activité habituelle, préférant se focaliser sur le taux de rendement dans une activité adaptée (courrier du 9 juillet 2009). En outre, dans ses rapports des 11 décembre 2006 et 8 octobre 2007, le Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a retenu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle avec une baisse de rendement de 25 à 30 %, alors que le Dr D. \_\_\_\_\_, ancien médecin traitant de l'assuré, a totalement exclu la reprise de l'activité habituelle, même à un taux réduit (rapport du 23 octobre 2005). Enfin, si le Centre U. \_\_\_\_\_ a mis en évidence les difficultés rencontrées par le recourant compte tenu des atteintes physiques qu'il présente, il ne s'est absolument pas prononcé quant au taux de capacité de travail dans l'activité habituelle. Au vu des éléments précités, on ne saurait dès lors souscrire à l'avis de l'intimé selon lequel la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle est de 50 %, dans la mesure où les avis des médecins consultés sont, sur ce point, manifestement divergents et n'emportent pas la conviction. c) S'agissant de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles décrites plus haut, l'équipe d'observation du Centre U. \_\_\_\_\_ a constaté que l'assuré était indéniablement limité au niveau du dos. Confronté à des travaux et des postes semblant remplir les conditions idéales de travail, l'assuré a tout d'abord été occupé dans le domaine de l'informatique pour un temps de présence, semble-t-il, de 100 %. Toutefois, l'évaluation n'a pas été possible compte tenu des douleurs qui diminuaient la capacité de concentration de l'assuré sur une journée entière. En outre, l'intéressé devait toutes les 30 minutes décontracter son dos et observer des pauses afin de soulager ses douleurs lombaires et éviter un surcroît de fatigue, ce dernier évoquant par ailleurs des problèmes de sommeil après une journée entière de travail. Il a ainsi été amené par la suite à consulter son médecin qui a réduit son taux de travail à 50 % pour une durée indéterminée. Pour un taux de présence à 50 %, son taux de rendement a été fixé à 45 % dans le domaine de la soudure à l'étain et à 50 % dans l'activité de montage de tableaux électriques. Sur le plan médical, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée (rapports des 11 décembre 2006 et 8 octobre 2007). Dans son rapport du 23 octobre 2005, le Dr D. \_\_\_\_\_ n'a pas exclu la reprise d'une activité adaptée, sans toutefois se prononcer ni sur le taux de capacité de travail, ni sur les limitations fonctionnelles, ni sur l'éventualité d'une diminution de rendement. Quant au Dr J. \_\_\_\_\_, il a retenu que la capacité de travail de son patient était de 50 % avec un

rendement ne dépassant pas 50 % (rapport du 9 juillet 2009). Enfin, le SMR a attesté une capacité de travail à 50 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008, consid. 4.1). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient, en effet, aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (TFA I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (TF 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3). Le juge ne peut ainsi pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir, ceci pour éviter qu'il soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2). La Cour de céans ne saurait par conséquent fonder son jugement sur le travail que le recourant s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé. Toutefois, force est de constater que les données médicales, loin de compléter les conclusions des organes d'observation professionnelle, se contredisent en partie et ne sont pas dûment motivées (rapports médicaux des Drs D.\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2005, Y.\_\_\_\_\_ du 11 décembre 2006, L.\_\_\_\_\_ du 30 avril 2009 et J.\_\_\_\_\_ des 17 mars 2003 et 9 juillet 2009). Ainsi, le SMR a privilégié l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, sans expliquer les motifs pour lesquels il s'écarterait des avis des Drs D.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_. Cela revient à accorder la préférence aux rapports médicaux les plus récents en fonction du seul critère temporel, indépendamment de leur valeur probante et de leur contenu (TF 9C\_629/2007 du 15 mai 2008, consid. 3.2). Toutefois, l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_ (rapport du 9 juillet 2009) n'emporte pas la conviction, puisque ce praticien a justifié une diminution de rendement en se référant essentiellement aux observations faites lors du stage de formation en entreprise chez E.\_\_\_\_\_, élément qui n'est pas décisif en l'espèce, puisque ledit stage ne respectait pas les limitations fonctionnelles (avis médical du SMR du 10 août 2009), l'assuré devant en effet assumer des tâches usuelles de préparations, d'emballages, de chargements et de déchargements de palettes. Pour sa part, le SMR a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée sans diminution de rendement. Tout en s'écarter des avis du Dr J.\_\_\_\_\_ et du Centre U.\_\_\_\_\_ sur ce dernier point, il a justifié son évaluation en se référant "aux observations concordantes" entre l'appréciation du médecin, qui avait constaté des exacerbations sous forme de contractures et d'irritations radiculaires, et les responsables du Centre U.\_\_\_\_\_ qui avaient observé que l'assuré ne pouvait maintenir longtemps les mêmes positions. L'avis du SMR, formulé de façon succincte, voire contradictoire et dépourvu de motivation circonstanciée, s'avère dès lors manifestement insuffisant pour déterminer précisément la capacité de travail dans une activité adaptée et le taux de rendement. Les explications fournies par le SMR dans le cadre de la procédure de

recours n'apportent aucun élément nouveau (avis médical du 30 novembre 2009). 4. Dans ces conditions, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant aux conséquences des atteintes somatiques sur la capacité de travail du recourant dans toute activité. L'instruction menée par l'intimé est manifestement lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. Partant, le Tribunal de céans n'a pas d'autre alternative que d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise indépendante (art. 44 LPGA, compte tenu des prises de position du SMR en procédure), respectivement toute mesure utile au regard des affections somatiques présentées par le recourant, puis qu'il rende une nouvelle décision. Vu l'issue du litige, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD). Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 23 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, en ce sens que la cause est renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais de justice. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à M. \_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) 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 Viredaz, avocat à Lausanne (pour le recourant), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne. 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.