

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 967 vom 7. Juli 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-07-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_967](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__967)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 967 du 7 juillet 2011

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 967 del 7 luglio 2011

### Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE{EN GÉNÉRAL}, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL} | 28 LAI, 4 LAI, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

### Erwägungen

#### E. 7

et 8 LPGA; 4 et 28 LAI; 88a al. 1 RAI E n f a i t : A. Le 4 juin 1998, L. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1952, installateur sanitaire, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), indiquant souffrir d'un syndrome lombo-vertébral avec discopathie L5-S1. La division administrative de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) indique, dans un rapport intermédiaire du 7 janvier 2000, que l'assuré a effectué un stage d'évaluation auprès du Centre de formation Y. \_\_\_\_\_, du 16 août au 15 novembre 2000. L'appréciation est très positive. Il est toutefois relevé que l'intéressé a présenté un rendement oscillant entre 60 % et 70 %, en raison de son absence prolongée du marché du travail. Dans un rapport médical du 8 mai 2001, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, mentionne que le CT-scan de la colonne lombaire effectué en 1997 et en octobre 2000 montre une hernie discale paramédiane gauche L5-S1 tout à fait nette expliquant une lombo-sciatalgie depuis cinq ans. Malgré l'absence de déficit, il estime qu'un avis chirurgical doit être requis. Le 15 juin 2002, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, diagnostique une hernie discale L5-S1 gauche opérée le 15 juin 2001 et une insuffisance segmentaire L5-S1 post-opératoire. Il indique que la marche ainsi que la position assise sont limitées à moins d'une heure. Il estime la capacité de travail nulle dans toute activité. Les Drs Q. \_\_\_\_\_, rhumatologue, et J. \_\_\_\_\_, psychiatre, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont établi un rapport d'examen bidisciplinaire le 20 septembre 2002. Ils indiquent notamment ce qui suit : " Diagnostic • Syndrome lombo-vertébral modéré à sévère sur status après cure de hernie discale lombaire L5-S1 avec possible récurrence et/ou canal étroit arthrosique surajouté et probable instabilité lombaire mono-segmentaire • Status après fractures multifragmentaire[s] étagées du fémur et de la jambe D avec remaniements sévères suggérant des séquelles d'ostéomyélite. Appréciation consensuelle du cas Dans l'activité d'installateur sanitaire, la capacité de travail est d'ordre occupationnel. Dans un métier adapté au rachis, la capacité résiduelle est de l'ordre de 60%. Etant donné l'attitude vicieuse actuelle, on peut s'attendre à une diminution du temps de travail : l'assuré a besoin de changer très fréquemment de position, environ quatre fois par heure. Le pronostic d'une instabilité, même avec les nouvelles techniques d'injection de silicone, n'est pas bon chez ce patient douloureux chronique de longue date ; l'on ne peut s'attendre à une pleine capacité de travail, même dans un métier adapté à moyen terme. Suivant les déplacements de ses parents, l'assuré vit plusieurs déménagements durant son enfance, terminant sa scolarité secondaire à [...]. Au moment de

son apprentissage, il manifeste une certaine intolérance au cadre de travail trop rigide de l'usine métallurgique de [...], où il a commencé une formation de mécanicien, Il se trouve mieux à sa place dans l'activité d'installateur sanitaire, dont il obtient le CFC. L'accident de circulation, qui provoque de graves lésions de sa jambe droite en 1975 l'amène à demander des mesures professionnelles à l'AI sous la forme d'un apprentissage de mécanicien sur cycles et motos. Ce dernier est interrompu par un nouvel accident en 1979, puis par la faillite de son patron en 1980. Après avoir repris son métier, l'assuré connaît sa période faste, sous forme de travaux effectués durant près de cinq ans en Arabie Saoudite pour le compte du roi [...]. L'assuré se voit promu chef de chantier, dirigeant 150 ouvriers philippins. Au terme de son engagement, il revient en Suisse et travaille pour divers employeurs, avant de présenter des lombosciatiques en rapport avec une hernie discale. Désireux de reprendre le travail dans une activité adaptée, l'assuré fait une nouvelle demande de mesures professionnelles à l'AI. Durant son stage à Y.\_\_\_\_\_, l'assuré apparaît certes comme un original, très engagé dans la vie sociale et politique, dans la défense des plus démunis. Il manifeste de par son caractère une certaine difficulté à trouver sa place dans des cadres rigides comme une activité d'usine. Une mesure de réadaptation professionnelle devrait lui laisser une certaine marge de liberté, permettant de développer ses capacités d'inventivité et de débrouillardise. Dans ces conditions, l'assuré ne présente pas, d'un point de vue psychiatrique, de limitations fonctionnelles à la mise en oeuvre de mesures professionnelles. Les limitations fonctionnelles : Elles sont de nature ostéo-articulaire (rachis et séquelles traumatologiques du MID). Ce sont : - le porter à l'horizontal doit être limité à des charges légères de

#### **E. 10**

kg au maximum - le soulever du sol ou en dessus des épaules limité à 5 kg - le pousser-tirer sur palettes à 50 kg - éviter les activités en flexion-rotation du tronc debout - éviter la flexion-rotation en position assise - éviter les activités à quatre pattes, ou à genoux, accroupi - éviter de monter sur une échelle/un échafaudage - éviter de marcher en équilibre ou d'utiliser un engin vibrant - éviter la même position plus d'une heure Concernant la capacité de travail exigible, dans le métier d'installateur sanitaire, il n'y a plus d'exigibilité depuis 1997. Dans un travail adapté une exigibilité de 100% a été reconnue ensuite jusqu'à l'aggravation de mars 2001 avec incapacité totale dans un métier adapté. Une exigibilité de 60% peut être reconnue depuis la date du présent examen, faute d'un status post-opératoire comparatif antérieur. Capacité de travail exigible Dans l'ancien métier 0% depuis 1997, définitive. Dans une activité adaptée 100% de 1997 à mars 2001, puis 0% jusqu'au présent examen, puis 60%." Dans un rapport du 6 mai 2003, le Dr C.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de hernie discale L5-S1 gauche, d'hémilaminectomie L5-S1 gauche et discectomie, et d'insuffisance segmentaire L5-S1 post-opératoire. Il mentionne en outre l'échec du traitement conservateur ainsi que de la physiothérapie. Il précise que les blocs facettaires L4-L5 et L5-S1 de septembre 2002 ont apporté une amélioration modérée de courte durée, et que ceux d'avril 2003 (L5-S1) ont échoué. Il estime la capacité de travail comme étant probablement nulle quelle que soit l'activité – avis partagé par le Dr Z.\_\_\_\_\_, anesthésiste, dans un certificat médical datant également du 6 mai 2003, annexé au rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ – et ajoute qu'une évaluation par un médecin-conseil est souhaitable. Par décision du 26 janvier 2004, l'OAI a accordé à L.\_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité du 1 er juin 2001 au 30 septembre 2002, fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, puis une demi-rente dès le 1 er octobre 2002, basée sur un taux d'invalidité de 54 %. Le prénommé a formé opposition à cette décision le 26 février 2004. Dans un écrit du 16 mars 2004 adressé

à l'assuré, le Dr Z. \_\_\_\_\_ expose qu'il ne lui est pas possible d'intervenir concernant l'appréciation émise par l'OAI dans la présente affaire. Il relève en particulier que sa position et celle du Dr C. \_\_\_\_\_ sont connues de l'office précité, lequel s'est sciemment déterminé en ne tenant que partiellement compte de leur avis, ce qui est son droit. Il observe par ailleurs qu'en l'absence de fait nouveau, l'OAI ne rentre pas en matière sur d'éventuelles interventions de tiers, quels qu'en soient les auteurs. Figurent encore au dossier : - Un certificat du Dr C. \_\_\_\_\_ du 12 novembre 2004 attestant d'une incapacité totale de travail dès le 22 avril 2003 ; - Une confirmation pré-opératoire datant également du 12 novembre 2004, relative à une intervention prévue pour le 9 décembre suivant à la Clinique M. \_\_\_\_\_ ; - Un rapport signé par le Dr Z. \_\_\_\_\_ le 14 février 2005, mentionnant les différentes opérations pratiquées en 2001, 2002 et 2003, et retenant que la capacité de travail de l'assuré est nulle, mais pourrait être supérieure dans une activité adaptée. A ce constat est joint un rapport du 29 septembre 2004 du Dr D. \_\_\_\_\_, du Centre [...], relatif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire effectuée le 28 septembre 2004. Il ressort de ce compte-rendu qu'en comparaison avec un précédent examen du 22 janvier 2002, les altérations au niveau L4-L5 présentent un aspect inchangé, et que, s'agissant du status après disectomie L5-S1 gauche, il n'y a pas de modification notable de l'aspect IRM de la colonne lombaire; cela étant, le Dr D. \_\_\_\_\_ observe une « discarthrose L5-S1, hypertrophie des facettes articulaires et arthropathie bilatérale plus prononcée à ce niveau un peu plus nettement du côté gauche », ainsi qu'une « protrusion postérieure de l'ensemble du disque un peu plus nettement médiane avec une extension intraforaminale des deux côtés, avec sténose mixte osseuse et discale des trous de conjugaison des deux côtés de moyenne importance » ; - Une confirmation pré-opératoire datée du 25 février 2005, se référant à une opération prévue pour le 17 mars suivant à l'Hôpital B. \_\_\_\_\_ ; - Une fiche se rapportant à un entretien téléphonique du 19 avril 2005 entre la Dresse X. \_\_\_\_\_ du SMR et le Dr C. \_\_\_\_\_, document dont il appert qu'il n'y a pas eu de nouvelle intervention depuis le 22 avril 2003, et que, sur le plan radiologique, il n'y a pas de modification notable de l'aspect IRM de la colonne lombaire depuis le 22 janvier 2002 – le Dr C. \_\_\_\_\_ attestant par ailleurs une incapacité de travail totale dans l'activité antérieure de l'assuré, mais estimant que l'exercice d'une activité adaptée est exigible sur le plan médical. Par décision sur opposition du 7 juin 2005, l'OAI a partiellement admis l'opposition du 26 février 2004, en ce sens qu'il a fixé le début de la demi-rente au 1<sup>er</sup> janvier 2003 et non au 1<sup>er</sup> octobre 2002, sur la base d'un degré d'invalidité de 53%. Pour le reste, il a en substance confirmé son prononcé du 26 janvier 2004. Par jugement du 3 avril 2006, le Tribunal cantonal des assurances (TASS) a annulé la décision précitée et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous forme d'une expertise confiée à un médecin d'un centre hospitalier universitaire, puis nouvelle décision. Il a notamment considéré ce qui suit : "7. a) En l'espèce, le rapport du SMR du 20 septembre 2002 est complet, détaillé et bien motivé, de sorte qu'il a valeur probante au sens de la jurisprudence. Les Drs Q. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ estiment la capacité de travail du recourant nulle dans son ancienne profession depuis 1997. Dans une activité adaptée, ils l'estiment à 100 % de 1997 à mars 2001, ce qui correspond à l'appréciation des divers médecins qui ont examiné le recourant pendant cette période. Ils retiennent une capacité de travail nulle jusqu'à l'examen par le SMR, ce qui correspond à l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_ qui l'estimait nulle en février 2002. L'OAI, pour calculer la perte de gain, s'est fondé sur les revenus avec et sans invalidité en 2003, alors qu'il aurait dû prendre en compte l'année du début du droit à la rente. Peu importe toutefois, dès lors qu'il n'y a pas eu de modification dans les revenus

du recourant pendant cette période. L'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 69'410 fr. qui n'est pas contesté. Ce chiffre est fondé sur les renseignements fournis par l'Association [...], selon le rapport du 4 mars 2003 de la Division administrative de l'OAI. Après comparaison des revenus en se fondant sur les Descriptions de postes de travail (DPT), l'OAI obtient une perte de gain de 21 %. Si l'on se fonde sur les statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2002, le salaire annuel, indexé en 2003, serait de 57'806 fr, qu'il conviendrait de réduire de 10 %, compte tenu du handicap de l'époque du recourant, ce qui entraînerait une perte de gain de l'ordre de 25 %. Conformément aux développements exposés sous c. 5e supra, c'est donc à juste titre que l'intimé a considéré que le délai d'attente a débuté en 1998, de sorte que l'incapacité totale de travail ayant débuté en mars 2001 entraîne le droit à une rente entière trois mois plus tard, soit dès le 1er juin 2001 (art. 88a al. 2 RAI). b) Lors de leur examen de septembre 2002, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ du SMR ont estimé la capacité de travail du recourant à 60 % dans une activité adaptée. Aucun élément pertinent figurant au dossier ne permet de s'écarter de cette appréciation." Le TASS a ensuite considéré que depuis l'examen du SMR de septembre 2002 jusqu'à la décision attaquée du 7 juin 2005, il n'existait aucun rapport d'examen clinique du recourant, et qu'il n'était dès lors pas possible de statuer en l'état du dossier. Aussi a-t-il annulé la décision entreprise et renvoyé l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction, afin que celui-ci ordonne une expertise devant notamment décrire l'évolution de l'état de santé du recourant au-delà de la date de l'examen du SMR.

B. L'OAI a mandaté le Prof. K.\_\_\_\_\_ du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_), qui a établi son rapport le 8 janvier 2007. Il en résulte notamment ce qui suit : " 4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10) 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents? Ø Lombalgies chroniques (présentes depuis 2000). Ø Surcharge fonctionnelle avec plusieurs signes de non organicité (je ne peux pas les dater) (ils n'étaient pas signalés dans le rapport SMR [...] de septembre 2002). 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Ø Séquelles de fractures du fémur et du tibia droit (1979). Ø Tachycardie et hypertension artérielle modérée (à investiguer auprès d'un médecin généraliste ou interniste). 5. Appréciation du cas et pronostic : Ce patient présente indéniablement un état douloureux chronique lombaire pouvant être rattaché à une discopathie L5-S1 n'ayant pas entraîné de répercussion neurologique. Les troubles ne se sont pas améliorés après une première intervention neurochirurgicale en 2001. Ils ont persisté après une deuxième intervention neurochirurgicale en juillet 2006; mais le patient signale néanmoins une amélioration de son état douloureux depuis lors. Sur le plan objectif, il y a indéniablement une limitation de la mobilité lombaire, en partie explicable par un raccourcissement des masses musculaires lombaires et des ischiojambiers. Les muscles abdominaux paraissent faibles. A ce tableau organique se superpose un état de surcharge fonctionnelle qui paraît important au vu de la mise en évidence de nombreux signes de non organicité. Monsieur L.\_\_\_\_\_ paraît anxieux et se décrit comme nerveux et émotif. Il faut relever que l'examen psychiatrique lors de l'expertise de 2002 n'a pas révélé un état pathologique psychiatrique déterminé. Il n'est pas fait mention non plus d'état anxieux ou dépressif. B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique [:] Limitation de la mobilité lombaire notamment pour les mouvements d'extension et de flexion du tronc et pour les inflexions latérales. Au plan psychique et mental : Ce patient paraît anxieux, mais non déprimé. Il raisonne normalement. Il paraît bien adapté au milieu social qu'il fréquente: Ses connaissances intellectuelles ont l'air

satisfaisantes. Au plan social : Il n'y a pas de retrait signalé. Monsieur L. \_\_\_\_\_, qui a fait de la politique dans le passé, a dû abandonner en raison de l'impossibilité pour lui de rester en position assise plus d'une ou deux heures.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici : 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? Le patient n'a pas pu reprendre ses activités comme installateur-sanitaire. Description précise de la capacité résiduelle de travail : La capacité résiduelle de travail dans le métier susmentionné est actuellement nulle. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Non. 2.2 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure? Certainement oui. 2.3 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Juin 2001. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Le patient n'a pas repris d'activité lucrative.

C. Influence sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons? Oui. Immédiatement. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Oui. 2.1 Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) Utilisation d'AINS et d'analgésiques de façon régulière (le patient semble être opposé à la prise de médicaments). Adaptation, si on trouve, d'un poste de travail adéquat. 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? Dans le travail antérieur, ces mesures seront certainement peu bénéfiques. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré? Oui. 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Tout travail en positions debout et assise alternativement (une heure environ dans chaque position), puis un changement est nécessaire (le patient devrait par exemple se relever pendant cinq à dix minutes environ après une position assise durant une heure). 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ? Sept heures par jour. 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure. Non. 3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ? Une activité est possible chez ce patient.

Réponse à la question : Suite au jugement du TCA prière de décrire l'évolution de l'état de santé de l'assuré suite à l'examen effectué par le SMR en date du 20.09.2002, d'évaluer sa capacité de travail dans une activité adaptée et de décrire lesdites activités. Par rapport à l'examen effectué par le SMR en date du 20.09.2002, il y a eu une évolution dans le sens où la mobilité lombaire est actuellement davantage restreinte dans les mouvements antéro-postérieurs. Il y a également une évolution dans le sens où des signes fonctionnels de non organicité se sont développés vraisemblablement depuis cette époque. L'exigibilité dans un travail adapté est néanmoins identique à ce qu'elle était en 2002 à mon avis. Une activité globale de 50 % peut raisonnablement être reconnue." Interpellé par la Dresse G. \_\_\_\_\_ du SMR, le Prof. K. \_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit par lettre du 27 février 2007 : "En reprenant et en réétudiant le dossier, je confirme que la capacité de travail dans une activité adaptée devrait être de 80 % environ (sept heures par jour). Cette capacité est donc supérieure à 60 % telle qu'elle avait été estimée par le SMR en 2002. Toutefois, compte tenu de l'apparition depuis 2002 d'éléments de surcharge fonctionnelle, le rendement serait diminué. Globalement la capacité de travail que j'ai retenue comme raisonnablement exigible a été donc estimée à 50 % dans mon expertise." Dans un avis du 23 avril 2007, la Dresse G. \_\_\_\_\_ mentionne notamment ce qui suit : "L'examen SMR du 09.09.2002 conclut à un syndrome lombo-vertébral, status après cure de hernie discale L5-S1, et l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques. La CT dans une activité adaptée est

fixée à 100% de 1997 à mars 2001, puis 0%, puis 60% dès septembre 2002. Décision AI: rente entière du 1.6.01 au 30.09.02, puis demi-rente dès le 1.10.02. Opposition. Recours, Le jugement du TCA du 03.04.2005 conclut à la nécessité d'une expertise pour évaluer la CT dès septembre 2002. Entre[-]temps l'assuré a subi plusieurs blocs facettaires et thermocoagulations facettaires, puis une nouvelle opération le 10.07.2006 (PLIF L5-S1 et vissage à visée stabilisatrice bilatérale en L5 et S1) qui a apporté une amélioration des douleurs. L'expertise du 08.01.2007 du Prof. K. \_\_\_\_\_ met en évidence un état douloureux chronique lombaire, sans répercussion neurologique, avec une limitation de la mobilité lombaire. Il s'y ajoute un état de surcharge fonctionnelle qui paraît importante au vu de la mise en évidence de nombreux signes de non organicité. La CT reste nulle dans l'activité d'installateur sanitaire. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : alternance de position debout et assise ([1] h max). La CT dans une activité adaptée est indiquée en des termes contradictoires, puis précisée: cette activité peut être exercée 7 heures par jour soit à 80%, donc à un taux supérieur à l'estimation du SMR en 2002. Toutefois, compte tenu de l'apparition depuis 2002 d'éléments de surcharge fonctionnelle, le rendement serait diminué, si bien que la CT raisonnablement exigible est de 50%. Cette expertise confirme donc les diagnostics et les limitations fonctionnelles indiqués dans le rapport de l'examen clinique SMR de 2002. Dans une activité adaptée, la CT actuelle théorique est de 80% sur le plan objectif, et la différence avec l'examen SMR (qui la fixait à 60%) peut être expliquée par l'évolution favorable, décrite par l'assuré lui-même dans l'expertise. Le Prof. K. \_\_\_\_\_ indique par ailleurs que la CT globale est de 50% en évoquant un trouble non organique mis en évidence par les signes de Waddell. Selon la jurisprudence, un trouble non organique n'est pas à la charge de l'AI, en l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante ou de signes de gravité. Toutefois étant donné que l'assuré est actuellement déconditionné sur le plan physique par une longue période d'inactivité professionnelle, nous adhérons au taux de 50% établi par le Prof. K. \_\_\_\_\_, pour la période suivant l'examen SMR de 2002. Nous estimons qu'après un reconditionnement progressif au travail, cet assuré pourrait atteindre une CT de 70% dans une activité adaptée." Dans un projet de décision du 5 novembre 2008, l'OAI a considéré ce qui suit : " Résultat de nos constatations : • Au vu du jugement du Tribunal cantonal des assurances (TCA) du 3 avril 2006, renvoyant le dossier pour complément d'instruction, nous avons fait réaliser une expertise rhumatologique auprès du Dr K. \_\_\_\_\_. • Le TCA avait estimé que le rapport d'examen clinique du Service médical régional AI (SMR) du 20 septembre 2002 qui concluait à une capacité de travail de 60 % était probant mais qu'il convenait de déterminer si votre état de santé est resté stationnaire depuis cette date ou s'il s'était aggravé comme vous le prétendiez. • Le Dr K. \_\_\_\_\_ évalue votre capacité de travail exigible à 80 % dans une activité adaptée tout en précisant qu'un trouble non organique réduisait en fait votre capacité de travail de 50 %. Force est de constater que les conclusions de l'expert ne peuvent pas être suivies. • L'expert estime en effet que votre mobilité lombaire est d'avantage restreinte dans les mouvements antéro-postérieurs qu'en 2002 et que des signes fonctionnels de non organicité [s]e sont développés. Il relève cependant que ces modifications sont sans influence sur la capacité de travail exigible retenue en septembre 2002. Il y a dès lors lieu de s'en tenir à cette capacité de 60 %. A noter par ailleurs qu'un trouble non organique n'est pas invalidant en l'absence de comorbidité psychiatrique. [En] l'espèce, l'examen psychiatrique de 2002 ne mentionne aucune atteinte psychique et aucun élément au dossier n'indique l'existence d'une comorbidité psychiatrique invalidante. • Au vu de ce qui précède, il convient de conclure que votre

capacité de travail est de 60 % depuis septembre 2002 et que celle-ci n'a pas varié depuis. • Pour la période pendant laquelle votre capacité de travail dans une activité adaptée était entière (soit jusqu'en mars 2001) le calcul de votre préjudice se présente donc comme suit (cf. revenus retenus dans le jugement du TCA du 3 avril 2006) : Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible : sans invalidité CHF 69'410.00 avec invalidité CHF 52'025.00 La perte de gain s'élève à CHF 17'385.00 = un degré d'invalidité de 25 % Selon l'article 28, al. 1 LAI dans sa tenue avant le 1 er janvier 2004, un taux d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Votre incapacité de travail était totale dans n'importe quelle activité du 1 er mars 2001 à fin septembre 2002. Vous avez donc droit à une rente entière pour la période du 1 er juin 2001 au 31 décembre 2002 (article 88 a al. [1] RAI). Comme exposé plus haut votre capacité de travail dans une activité adaptée [est] à nouveau de 60 % depuis le mois de septembre 2002. Le calcul du préjudice se présente dès lors comme suit : Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible : sans invalidité CHF 69'410.00 avec invalidité CHF 31'215.00 La perte de gain s'élève à CHF 38'195.00 = un degré d'invalidité de 55%. Selon l'article 28, al. 1 LAI dans sa teneur avant et après le 1 er janvier 2004, un taux d'invalidité de 55 % donne droit à une demi-rente d'invalidité. Notre décision est par conséquent la suivante : Vous avez donc droit à une rente entière du 1 er juin 2001 au 31 décembre 2002 fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, puis à une demi-rente dès le 1 er janvier 2003, fondée sur un taux de 55%, ceci sous déduction des rentes déjà perçues. " Par décision du 23 janvier 2009 confirmant le projet précité, l'OAI a alloué au recourant une rente entière d'invalidité du 1 er juin 2001 au 31 décembre 2002, puis une demi-rente à compter du 1 er janvier 2003. C. Par acte du 23 février 2009, L. \_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre cette décision en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée depuis le 1 er juin 2001. Il allègue que son état de santé s'est particulièrement aggravé au cours du deuxième semestre 2008 en raison de maux de dos dus à des implants métalliques bloquant complètement ce dernier et d'un eczéma aussi persistant qu'handicapant. Dans sa réponse du 24 juillet 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours soutenant que le recourant ne l'a pas informé de l'aggravation qu'il allègue et n'a fourni aucune pièces médicale établissant celle-ci. Le recourant a maintenu ses conclusions dans sa réplique du 10 novembre 2009. Il fait valoir en substance que l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ manque de clarté et qu'en outre son état de santé s'est aggravé depuis cette analyse, raisons pour lesquelles il estime qu'il doit être procédé à une nouvelle expertise. Il requiert par ailleurs l'audition du Dr C. \_\_\_\_\_, dont il produit notamment une attestation datée du 6 novembre 2009, ainsi libellée : "Le diagnostic retenu est "Failed back surgery Syndrome", ce qui correspond à des douleurs résiduelles après pathologies rachidiennes opérées. Nous estimons que sa capacité de travail est nulle dans son métier de base et de l'ordre de 25% (en temps) dans un métier adapté. Les douleurs étant l'élément clé dans la détermination de la capacité de travail, notre appréciation est par définition subjective". Il a également versé au dossier une attestation de ce médecin datée du 3 août 2006 mentionnant un arrêt de travail à 100% depuis le 14 janvier 2001. L'OAI a maintenu ses conclusions dans sa duplique du 24 novembre 2009. Il a également conclu au rejet de la requête en complément d'instruction. 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI énonce qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. 2. 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI). b) Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 sv. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. c) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise

présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2, 123 V 175 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4).

3. a) La question à examiner est celle de l'évolution de la capacité de travail du recourant depuis le 20 septembre 2002, date du rapport d'examen du SMR. En effet, dans son jugement du 3 avril 2006, le TASS a retenu que le rapport du 20 septembre 2002 des Drs Q.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ du SMR – estimant que le recourant n'était plus à même d'exercer son activité habituelle, et que sa capacité de travail dans une activité adaptée était entière de 1997 à mars 2001, puis nulle de mars 2001 jusqu'à la date du rapport en question, et enfin de 60% dès celle-ci – avait valeur probante. Ce jugement n'ayant pas fait l'objet d'un recours, il est dès lors entré en force et ne saurait être remis en question dans le cadre de la présente procédure.

b) Les Drs Q.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ diagnostiquent un syndrome lombo-vertébral modéré à sévère sur status après cure de hernie discale lombaire L5-S1 avec possible récurrence et/ou canal étroit arthrosique surajouté et probable instabilité lombaire mono-segmentaire. L'expert K.\_\_\_\_\_ pose également le diagnostic de lombalgies chroniques présentes depuis 2000. Il diagnostique en outre une surcharge fonctionnelle avec plusieurs signes de non organicité. Par rapport à l'examen effectué par le SMR en date du 20 septembre 2002, il expose qu'il y a eu une évolution dans le sens où la mobilité lombaire est actuellement davantage restreinte dans les mouvements antéro-postérieurs, ainsi qu'une évolution dans le sens où des signes fonctionnels de non organicité se sont développés vraisemblablement depuis cette époque. Il ajoute que les troubles ne se sont pas améliorés après une première intervention neurochirurgicale en 2001, qu'ils ont persisté après une deuxième intervention neurochirurgicale en juillet 2006, mais que le recourant signale néanmoins une amélioration de son état douloureux depuis lors. Il en conclut que dans un travail adapté l'exigibilité est identique à ce qu'elle était en 2002, à savoir lors de l'examen pratiqué par les Drs Q.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, qui ont retenu une capacité de travail dans une activité adaptée de 60% et non pas de 100% comme le soutient le recourant. L'expert ne mentionne pas d'ailleurs de limitations fonctionnelles plus nombreuses que celles retenues par les Drs Q.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_. En revanche, l'appréciation de l'expert quant à une capacité de travail de 80% n'apparaît pas fondée au regard des constatations objectives mentionnées dans son rapport. Il en va de même de la prise en compte de signes comportementaux, l'expert n'expliquant pas les raisons pour lesquelles il retient une capacité de travail de 50% alors qu'il a exposé de manière détaillée que l'exigibilité était identique à celle retenue par les Drs Q.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_. Il y a dès lors lieu de retenir une capacité de travail de 60 % dès septembre 2002. Les rapports médicaux des Drs C.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, ne sauraient remettre en cause cette appréciation. En effet, ces rapports, qui retiennent une

capacité de travail nulle dans une activité adaptée, respectivement de 25% selon l'attestation du Dr C. \_\_\_\_\_ du 6 novembre 2009, sont insuffisamment motivés. S'agissant plus particulièrement de l'attestation précitée du Dr C. \_\_\_\_\_, force est de constater que de l'aveu même de ce médecin (cf. let. C supra), son appréciation quant à la capacité de travail de l'assuré se fonde sur les douleurs de ce dernier et est par conséquent subjective. Il découle de ce qui précède que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée de 1997 au 1<sup>er</sup> juin 2001, qu'elle est ensuite nulle dès cette date jusqu'au 20 septembre 2002, et que depuis lors, elle s'élève à 60%. Vu ce qui précède, le dossier est complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction n'apparaît ainsi pas nécessaire et la requête du recourant en ce sens doit dès lors être rejetée. 5. Sur le plan économique, le calcul effectué par l'OAI n'est pas critiquable et doit être ainsi confirmé. Le taux d'invalidité est ainsi de 25% de 1997 au 1<sup>er</sup> juin 2001, de 100% dès cette date jusqu'au 20 septembre 2002, puis de 55% depuis lors. Le recourant a par conséquent droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2001 au 31 décembre 2002, puis à une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (art. 88 a al.1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 6. a) Le recours doit en conséquence être rejeté. 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD; cf. également TF 9C\_801/2010 du 5 juillet 2011 consid. 5.1 et réf. cit.). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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