

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 380 vom 13. Oktober 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-10-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__380

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 380 du 13 octobre 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 380 del 13 ottobre 2014

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 13

octobre 2014 _____ Présidence de Mme Thalman Juges :
Mme Pasche et M. Bonard, assesseur Greffier : M. Germond ***** Cause pendante
entre : M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat-conseil de l'ASSUAS à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton
de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 6ss et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 et 2
LAI E n f a i t : A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, boulanger
de formation, a déposé, le 25 février 2002, une première demande de prestations AI auprès
de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne (ci-après : l'OAI bernois). Il
indiquait souffrir d'une allergie à la farine, d'une hernie discale en L4-L5 ainsi que d'un
blocage vertébral en L5-S1 depuis le 25 avril 2001. Dans un rapport médical du 28 mars
2002, le Dr K. _____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics ayant des
répercussions sur la capacité de travail de syndrome lombospondylogène persistant sur
instabilité ségmentaire L5/S1 sur spondylolyse avec spondylolisthésis L5/S1 degré 1 selon
Mayerding, de status post-laminectomie L5, spondylodèse L5-S1 (24.09.2001) et de
syndrome lombovertébral intermittent résiduel. Il a mentionné notamment ce qui suit : " Le
patient avait déjà présenté en 99, lors d'une hospitalisation pour prurit d'origine
indéterminée, un syndrome lombovertébral aigu, pour lequel un bilan radiologique avait
laissé suspecter une lyse isthmique bilatérale L5 et un discret spondylolisthésis L5-S1. La
douleur avait bien répondu à un traitement de Paracétamol et physiothérapie. L'affection
actuelle remonte à fin avril 2001, où le patient a présenté une lombalgie aiguë avec
phénomène de blocage. Les douleurs irradiaient dans la fesse droite, cependant sans
syndrome radiculaire. L'investigation radiologique a mis en évidence une lyse de L5 avec
spondylolisthésis de L5 sur S1, instable. Pour cette raison, le patient est présenté au
neurochirurgien et bénéficiera d'une opération de laminectomie avec spondylodèse L5-S1.
L'évolution est satisfaisante, puisque les blocages et les ischialgies ont disparus. Il persiste
cependant un important syndrome lombovertébral algique, charge dépendant,
principalement en position debout ou assise de longue durée. Pour cette raison, une reprise
théorique à 50% a été estimée dès le 1.2.02 (patient actuellement sans emploi, au chômage).
" Ce praticien indiquait en outre qu'il n'y avait pas de limitation mentale ou psychique et
que les limitations physiques étaient en relation avec le syndrome lombovertébral résiduel,

cette pathologie lombaire ayant pour conséquence que le patient ne pouvait assumer un travail d'ouvrier de fonderie principalement en raison des charges à porter lesquelles ne devraient en principe pas dépasser 10 kg ainsi que des positions physiques à adopter. Dans une activité adaptée, à savoir dans laquelle les ports de charges ne dépassaient pas une dizaine de kilos et permettant l'alternance de positions assise ou debout, il estimait que probablement un horaire complet pourrait être envisagé sans limitation de rendement. Il ajoutait que l'assuré demandait l'aide de l'AI pour l'application de mesures professionnelles lui permettant d'évaluer sa capacité de travail résiduelle et se déclarait prêt à envisager une reprise de travail, même à temps complet, si cette activité était compatible avec ses problèmes lombaires. Le Dr K. _____ a joint à son rapport divers rapports médicaux dont le protocole opératoire de l'intervention effectuée par le Dr Z. _____, spécialiste en neurochirurgie, de l' [...] à [...] le 24 septembre 2001 et le rapport du 22 mars 2002 de ce praticien. Dans un document du 19 juin 2002 intitulé proposition, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI bernois a indiqué notamment ce qui suit: " Le travail actuel ne peut plus être exigé. Le port de charges ne doit pas dépasser les 10 kg. Probablement apte à 100% dans une activité adaptée Revenu Dès le 01.01.02 Fr. 23.40/h x 164 h/mois + vacances selon fiche maison [...] employeur. Situation actuelle M. M. _____ est au chômage. Avec l'ORP nous avons analysé ensemble la situation et cherché des solutions. Il s'agit d'un assuré motivé, désireux de travailler, peut-être un peu trop anxieux et avec la tendance de trop vite mettre en avant ses problèmes de dos. (...)L'assuré désire travailler dans le monde du transport ou en tant que conducteur de machines. Pour cela il lui faut acquérir le permis poids lourd ou le permis de cariste. Nous avons longuement discuté de l'adéquation du projet au problème discal et M. M. _____ en a parlé à son médecin : tant qu'il ne doit pas soulever ou décharger de la marchandise, l'activité est possible. Le

E. 17

octobre 2013, les Drs B. _____ et P. _____ du SMR ont retenu ce qui suit sur l'état de santé de l'assuré : " Assuré de 51 ans, divorcé, 2 enfants adultes, CFC de boulanger et reclassé par l'AI en cariste. Selon les RM [rapports médicaux] que nous avons reçus lors de sa nouvelle demande de prestation, il n'y avait aucune évolution notable de l'état de santé au cours des trois dernières années. L'assuré, pour des raisons économiques nous informait-on s'est vu réduire à 50% son activité de machiniste cariste par son employeur. Dans l'avis médical du 12 septembre 2013, nous avons dit que son activité était adaptée et qu'il n'y avait donc sur le plan médical pas de raison de réduire sa CT [capacité de travail]. Son médecin traitant le Dr V. _____, spécialiste en médecine psychosomatique et psychosociale nous fait parvenir une lettre dans laquelle il s'oppose à notre décision. Il cite les atteintes suivantes: appendicectomie en 1969, cure d'hydrocèle en 1974, urolithiases en 1993, trois atteintes non invalidantes, laminectomie L5 et spondylodèse L5-S1 en 2001, débridement orthoscopique du ménisque interne en 2005, arthroscopie pour kyste du LCA du genou G en 2008, atteintes pour lesquelles l'assuré a été reclassé dans une activité adaptée. Suspicion non confirmée d'angor en 2008, dyskinésie oesophagienne en 2008, R-test normal en 2009, atteintes non invalidantes. Troubles anxieux de type attaques de panique en 2009, apnée du sommeil traitée par CPAP en 2009, diverticulose au niveau du colon en 2009 et ablation par coloscopie en 2011 de 3 polypes recto-sigmoïdiens type adénome tubuleux de bas grade. Ces dernières atteintes ne sont pas non plus invalidantes d'autant que notre assuré n'a pas cessé durant ces périodes son activité à temps plein. Le Dr V. _____ insiste sur le fait que l'entreprise pour laquelle travaille notre assuré a été

rachetée par un grand groupe et que vu le faible rendement que présente notre assuré, la nouvelle direction a diminué son taux de travail de moitié pour le payer pour ce qui correspond à son activité réelle. Cet argument n'est pas médical car si notre assuré aurait un rendement réduit, son rendement réel à un taux de 50% ne serait que de 25% ! L'autre argument du médecin est que si nous refusions de lui donner une rente de 50%, notre assuré à terme perdrait toute activité car il n'aurait pas les moyens de s'adapter à un nouvel environnement. Ceci est une assertion prospective et l'AI n'assure pas les risques potentiels. De plus le Dr V._____ confirme bien que l'activité actuelle est bien une activité adaptée pour notre assuré. Dans ces conditions, nous maintenons notre avis du 12 septembre 2013. ” Par décision du 9 décembre 2013, l'OAI a intégralement confirmé son refus d'allouer ses prestations à l'assuré motif pris que sa capacité de travail demeurait entière dans son activité de machiniste ainsi que dans toute activité adaptée. D. Par acte du 10 janvier 2014, M._____, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus de prestations précitée. Il conclut, avec suite de dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'OAI est tenu au service d'un trois quarts de rente dès le 1^{er} novembre 2013 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision litigieuse le dossier de la cause étant renvoyé à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision. Le recourant soutient sur la base du rapport du 1^{er} octobre 2013 de son médecin traitant (Dr V._____) qu'il dispose d'une capacité de travail de 50 % maximum en toute activité adaptée à son handicap comme dans celle actuelle de machiniste, la mieux adaptée selon lui. S'agissant de cette dernière activité, il précise l'avoir exercée à 100 % mais avec une diminution de rendement de 50 %. Suite à un changement d'employeur, son taux de capacité, respectivement de rendement effectif a été réduit à 50 %. A suivre le recourant, l'avis médical SMR contradictoire du 17 octobre 2013 ne saurait prévaloir sur celui « circonstancié et convaincant » du Dr V._____. L'appréciation du service médical de l'AI serait plus juridique que médicale et comporterait des erreurs s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail. Il reproche pour le surplus à l'OAI dans sa décision, de ne pas avoir décrit les activités adaptées à son état de santé ainsi que de ne pas avoir évoqué ses limitations fonctionnelles qui au vu de ses troubles, justifieraient un abattement de 15%. Le recourant en déduit qu'il présente un taux d'invalidité de 65 % lui ouvrant ainsi droit à un trois quarts de rente. Il a également produit un courrier adressé le 9 janvier 2014 par son employeur (C._____ du groupe???._____) à son conseil, dont la teneur est la suivante : “ Cher Maître, Suite à la demande de Monsieur M._____, nous tenons à préciser certains points. Du 15 juin au 16 septembre 2004, M. M._____ était à l'AI à 100% et se soumettait à des mesures de réadaptation. Durant cette période, M. M._____ s'est vu confier des tâches compatibles avec ses capacités physiques dans le but de réussir sa réinsertion professionnelle. A l'issue de cette période, le stage s'est avéré très positif et M. M._____ s'est vu proposer un contrat de travail à 100% de durée indéterminée. La description des tâches, faisant partie intégrante de son contrat de travail du 16 septembre 2004, sont décrites comme suit: • En qualité de cariste, transport sur le site d'exploitation, au moyen d'un élévateur, de produits et de matériaux en conformité aux instructions reçues. • En qualité d'opérateur, mise en oeuvre et conduite des installations, exécution du programme de fabrication en qualité, quantité et délai, contrôle de conformité des produits en cours de fabrication et exécution des tâches d'entretien planifiées. Depuis de nombreuses années, M. M._____ souffre physiquement et ceci se reflète dans ses absences justifiées par des certificats médicaux. Malheureusement, l'état de santé de M. M._____ se dégrade. Nous avons reçu en août

2013 un certificat médical nous indiquant: • Qu'il ne peut pas porter des charges supérieures à 5kg • Qu'il ne peut faire aucun travail avec les bras en hauteur en dessus du niveau des épaules. M. M._____ est un employé très compétant qui exécute ses tâches à notre entière satisfaction. C'est une personne ponctuelle et fiable, qui connaît très bien son travail et qui se montre en tout temps disponible. De par sa polyvalence, nous avons toujours essayé d'aménager ses activités en fonction de ses douleurs. Depuis quelques temps, M. M._____ n'arrive plus à assumer l'entier de son cahier des charges (cariste et opérateur) à cause de ses douleurs. En nous basant sur le contrat de travail qui nous lie ainsi que sur l'état de santé de notre collaborateur, nous sommes amenés à constater que M. M._____ n'a de loin plus un rendement à 100%. Son récent congé modification n'est pas lié avec ses problèmes de santé, mais en relation avec la diminution de l'activité de la briqueterie de [...]. Tout en restant à votre entière disposition, nous vous présentons, cher Maître, nos meilleures salutations. ” Le recourant requiert, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire nécessaire à l'évaluation de son taux de capacité de travail résiduel. Au terme de sa réponse du 10 mars 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée. Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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, formé en temps utile, compte tenu des fêtes d'hiver (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA), et devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action 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 let. a LPA-VD). 2. 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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2). 3. Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; TFA I 490/2003 du 25 mars 2004, consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient, à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et

130 V 75 consid. 3.2). L'article 17 LPGA prévoit que, 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 (al.1).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012; ATF 130 V 71 consid. 3). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références). En l'espèce, la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente est celle rendue le 16 septembre 2003. En effet, cette décision a été rendue après instruction de la situation du recourant tant sur le plan médical que sur le plan économique. Quant aux décisions subséquentes, elles sont complémentaires en ce sens qu'elles ont permis à l'assuré, qui ne trouvait pas d'emploi, de compléter sa formation de cariste par l'obtention d'un permis de conducteur de chargeuse sur pneus ou chenilles et ainsi d'être à nouveau engagé à plein temps par l'un de ses anciens employeurs.

4. 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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Aux termes de 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). d) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1). 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; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (TF 9C_791/2012 du 1^{er} mars 2013, consid. 3.3, 9C_113/2008 du 11 novembre 2008, consid. 4.2 et 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à

l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012, consid. 2, 9C_885/2007 du 15 septembre 2008, consid. 3.2, 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). e) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de doute sur la pertinence de ses constatations, compte tenu des divergences avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). 5. a) En l'espèce, lors la première décision, les diagnostics posés par les Drs K._____ et Z._____ étaient ceux d'un syndrome lombospondylogène persistant sur instabilité segmentaire L5/S1 sur spondylolyse avec spondylolisthésis L5/S1 degré I selon Mayerding, de status post-laminectomie L5, de spondylodèse L5-S1 et de syndrome lombovertébral intermittent résiduel. Les limitations fonctionnelles dues au syndrome lombovertébral résiduel, étaient que l'assuré ne devait en principe pas porter de charges dépassant 10 kg et que l'activité professionnelle devait permettre l'alternance de positions assise ou debout. Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail de l'assuré était entière. Tant l'activité de cariste que celle exercée dans l'entreprise C._____ ont été considérées comme des activités adaptées. b) Lors de la décision dont est recours, le Dr V._____ a posé le 5 mars 2010 les diagnostics de status 9 ans et demi après spondylodèse L5/S1 pour spondylolisthésis et instabilité de ce segment, status 4 ans et demi après arthroscopie du genou droit pour lésion de la corne postérieure du ménisque interne, status 2 ans après arthroscopie du genou gauche pour kyste du ligament croisé antérieur, syndrome des apnées obstructives du sommeil appareillé, troubles de la motilité oesophagienne et troubles anxieux avec somatisations multiples. Il a indiqué avoir diagnostiqué une lombosciatique L5 avec un syndrome déficitaire sensitif et que sous AINS, la symptomatologie avait régressé, mais que le recourant se plaignait cependant encore d'importantes lombalgies surtout lors de stations assises. Dans son rapport du 1^{er} octobre 2013, il explique que les importantes lombo- sciatalgies empêchent le recourant de faire tout effort physique lourd et de maintenir longtemps une même position, même assise. Il ajoute que même appareillé, son syndrome d'apnées de sommeil limite ses capacités de concentration qui s'émoussent au fil des heures de travail. Enfin, il estime que les capacités de compréhension et d'apprentissage sont limitées ce qui rendrait toute tentative de reconversion très aléatoire. Compte tenu de ces éléments, il considère que la capacité de travail du recourant ne peut excéder 50%. Il retient les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charges supérieures à cinq kilos et pas de travaux exécutés avec les bras en hauteur en dessus du niveau des épaules (rapport du 26 août 2013). Cette appréciation est toutefois insuffisamment motivée. En outre, elle est contredite par les rapports des médecins spécialistes qui ont examiné le recourant. En effet, ce qui concerne les lombosciatalgies, le Dr F._____ (rapport du 12 mars 2010), en se fondant sur un examen complet du recourant (IRM, examens clinique et biologique) relève que l'examen clinique s'avère rassurant, aucun signe de gravité n'étant mis en évidence. Il estime qu'une évolution favorable sera rapide, permettant une reprise à temps partiel dans un premier temps de l'activité professionnelle. Il proposait une prise en charge en hydrokinésithérapie. De même, le Prof. D._____ a posé les diagnostics de lombalgies

chroniques, de status post spondylodèse L5-S1 pour spondylolisthésis en 2001 et de tabagisme. S'agissant des paresthésies, il note qu'elles sont d'apparition récente et peu systématisées sans nécessiter d'examen complémentaires particuliers. Il décrit un status globalement rassurant concernant les lombalgies en prescrivant uniquement le port d'un lombostat à utiliser par intermittence. Il précise en outre que le recourant est disposé à reprendre une activité à 100 % à compter du 20 mai 2013. Relevant que des facteurs également socio-économiques interviennent dans le tableau clinique, il déclare se trouver dans l'impossibilité d'attester une incapacité de travail invalidante à 50 % de l'assuré. Les conclusions de ces deux praticiens spécialistes sont concordantes. Elles résultent d'un examen détaillé et approfondi du cas du recourant et sont convaincantes. Il y a ainsi lieu de retenir que les lombalgies dont est atteint le recourant n'entraînent pas d'incapacité de travail dans sa profession habituelle. En ce qui concerne les troubles au genou, aucun médecin ne mentionne qu'ils entraîneraient une incapacité de travail. Il n'est enfin pas établi que le syndrome d'apnée du sommeil limiterait les capacités de concentration du recourant. En effet, il résulte des rapports du Dr S. _____ que l'appareillage par CPAP alors mis en place permet au recourant de bien dormir sans ressentir de fatigue ni somnoler en journée. Ainsi ce trouble dont le recourant souffre depuis plusieurs années n'entraîne pas d'incapacité de travail dans la mesure où il a été corrigé à satisfaction. Le recourant n'a d'ailleurs pas dû cesser depuis son apparition l'exercice à plein temps de son activité professionnelle. Enfin les troubles anxieux avec somatisations multiples tels que diagnostiqués par le Dr V. _____ ne sont pas documentés. c) Le recourant soutient également avoir exercé sa profession de machiniste à 100 % mais avec une diminution de rendement de 50 %, ce qui serait toléré dans une entreprise familiale du type de celle qui l'employait mais qui ne l'aurait plus été suite au rachat de l'entreprise par un grand groupe, d'où le licenciement puis le réengagement du recourant à 50 % dans le courant de l'année 2013, soit à un taux en adéquation avec son activité réelle. Cette allégation s'avère infondée dès lors que dans son courrier du 9 janvier 2014, l'employeur fait certes mention de douleurs de l'assuré dans l'accomplissement de son travail mais précise que le récent congé modification (à savoir la diminution du taux d'activité de l'assuré à 50 % avec effet dès le 1^{er} juin 2013) est dû uniquement à des motifs économiques, soit une restructuration de ladite entreprise (cf. également le ch. 2.2 du « Questionnaire pour l'employeur » du 27 mai 2013). Quant à l'affirmation du Dr V. _____, identique à celle du recourant, elle ne repose, elle non plus sur aucun élément au dossier. d) Il résulte de ce qui précède qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant n'est établie depuis le 16 septembre 2003. Celui-ci pouvant travailler à plein temps dans son activité habituelle, l'OAI n'avait pas à établir une liste détaillée d'autres activités adaptées, ni à procéder à une comparaison des revenus en retenant un taux d'abattement comme le voudrait le recourant. e) Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, telle que requise par le recourant, s'avère inutile et doit être rejeté. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C_763/2013 du 12 février 2014, consid. 3.2, 9C_818/2008 du 18 juin 2009, consid. 2.2 et 9C 440/2008 du 5 août 2008). 6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée

confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); 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 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'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. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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