

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 547 vom 3. Dezember 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-12-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__547

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 547 du 3 décembre 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 547 del 3 dicembre 2014

Regeste

PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, RENTE D'INVALIDITÉ, RENTE TEMPORAIRE, RÉDUCTION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88a RAI

Erwägungen

E. 3

décembre 2014 _____ Présidence de M. Neu Juges :
MM. de Goumoëns et Bidiville, assesseurs Greffier : M. Addor ***** Cause
pendante entre : X. _____, à Rolle, recourant, représenté par Me Roberto Izzo, avocat à
Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE
VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 16 et 17 LPGA ; 4 al. 1
et 28 al. 2 LAI ; 88a RAI E n f a i t : A. a) Marié et père de deux enfants, D. _____ et
A. _____, nés respectivement en 1991 et 1996, X. _____ (ci-après : l'assuré ou le
recourant), ressortissant portugais né en 1958, séjourne sans interruption en Suisse depuis le
mois de février 1986. Il est au bénéfice d'un permis C (permis d'établissement). Sans
formation professionnelle, il a travaillé dès le 1 er avril 1987 en qualité de magasinier au
service des Caves F. _____ à Z. _____ et disposait d'un permis de cariste. Ayant
présenté une incapacité de travail totale depuis le

E. 8

mars 2010, il a été licencié au 31 décembre 2010. Le 18 mai 2010, il a fait parvenir à
l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI), par
l'intermédiaire de son médecin traitant, le Dr G. _____, spécialiste en médecine
physique et rééducation, médecine interne et neurologie, le formulaire « détection
précoce ». Dans le rapport médical joint (daté du 11 mars 2010), le Dr G. _____ avait
posé les diagnostics de « cervico-dorso-lombalgies importantes chroniques dans le cadre de
lésions dégénératives diffuses, discopathie L4-L5 avec instabilité, hernie discale D8-D9
latéralisée à gauche, discopathie dégénérative C5-C6 ». b) A la suite de son entretien avec
une collaboratrice de l'office AI en date du 14 juin 2010, l'assuré a déposé le 24 juin 2010
une demande de prestations AI. Procédant à l'instruction du dossier, l'office AI a demandé
au Dr G. _____ de compléter un rapport médical, ce qu'il a fait en date du 7 juillet 2010.
Il a indiqué assurer le suivi du patient depuis le 10 mars 2010, date d'un examen en
demi-urgence à la Clinique M. _____. Il a précisé que l'assuré souffrait de dorsalgies et
de lombalgies récidivantes exacerbées depuis une dizaine d'années, ainsi que de
dorso-lombalgies dégénératives sans déficit neurologique, le tout accompagné d'anxiété.
Evoquant un risque de chronicisation, le Dr G. _____ a considéré que l'activité exercée

n'était plus exigible. Le port de charges était exclu. L'exercice d'une autre activité était envisageable une fois le traitement effectué. Outre la prescription d'antalgiques et un traitement de physiothérapie, il a signalé que l'assuré allait être hospitalisé à U. _____ au début du mois d'août dans le cadre d'un programme de réconditionnement. Le Dr G. _____ a joint à son rapport divers documents, dont un rapport de physiothérapie du 19 avril 2010, un rapport du Dr T. _____, spécialiste en cardiologie et médecine interne, du 19 février 2010, un rapport d'ergothérapie non daté faisant suite à des séances d'ergothérapie du 23 mars au 4 avril 2010 ainsi que des comptes-rendus d'exams IRM du 29 janvier 2010 (IRM lombaire du 28 janvier 2010), du 27 janvier 2010 (IRM dorsale du 26 janvier 2010) et du 22 janvier 2010 (IRM cervicale du même jour). A la demande de l'office AI, l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'assuré lui a fait parvenir en date du 8 juillet 2010 une copie de son dossier. Dans un questionnaire complété le 28 juillet 2010, l'employeur a confirmé le versement à l'assuré d'indemnités journalières en cas de maladie. Le 30 décembre 2010, les capacités fonctionnelles de l'assuré ont fait l'objet d'une évaluation par un ergothérapeute. Celui-ci a conclu son rapport en relevant qu'il lui paraissait évident que l'intéressé ne pouvait pas reprendre une activité de manutentionnaire à temps complet. Il devrait plutôt bénéficier d'une réorientation vers un emploi avec moins de port de charges, alliant station debout statique et dynamique, ainsi que position assise. L'ergothérapeute recommandait un suivi dans un groupe de réhabilitation du rachis. Donnant suite à la suggestion du Dr G. _____ ayant suggéré un reclassement professionnel dans son rapport du 6 juin 2011 à l'intention de l'office AI, celui-ci a mis en œuvre une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle. Un stage a été organisé aux Etablissements [...] à [...] du 8 août au 4 septembre 2011. Le taux de présence de l'assuré a été de 100%. S'agissant des capacités physiques (motricité), il était relevé dans le rapport final du 30 août 2010 (recte : 2011) que le stage de quatre semaines s'était effectué en dents de scie et que la résistance physique de l'assuré ainsi que son tonus avaient semblé limités certains jours, même si aucune absence n'était à relever. Selon les auteurs du rapport, tant que l'état de l'assuré ne serait pas stabilisé, une réadaptation dans le marché ordinaire du travail paraissait difficilement envisageable et le soin était laissé au corps médical de se prononcer sur sa capacité de travail. L'assuré avait convenu au cours du stage qu'il était mieux en mouvement que dans les positions statiques. En outre, la position debout n'était pas envisageable dans le cadre d'une activité professionnelle, sauf exceptionnellement et sans port ou transfert de charges. Aux yeux des responsables du stage, la résistance de l'assuré paraissait insuffisante pour la journée entière et ses déplacements, tout en étant corrects, étaient mal équilibrés. Quant à la gestuelle fine, la mobilité des doigts l'excluait en raison de l'existence de la maladie de Dupuytren affectant les doigts des deux mains. En définitive, il a été considéré que l'état de santé de l'assuré rendait très faibles ses chances de réadaptation, ce qui excluait en l'état toute proposition concrète en vue d'un réentraînement (rapport de synthèse du 18 octobre 2011). Le 25 août 2011, l'office AI a demandé au Dr G. _____ de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité légère ménageant le rachis. Il a estimé le 31 août 2011 que dite capacité était de 50% et se référait en cela à un rapport de la Dresse C. _____, médecin associée au département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital W. _____, du 6 juillet 2011, joint en annexe. Ce rapport faisait suite à un séjour de l'assuré du 23 mai au 10 juin 2011 au sein de ce département en raison de douleurs rachidiennes à caractère invalidant. Elle a retenu comme diagnostic principal des rachialgies chroniques sur troubles dégénératifs pluriétagés, incluant une uncarthrose au

niveau cervical, des séquelles de la maladie de Scheuermann et une hyperostose vertébrale ankylosante (maladie de Forestier au niveau dorsal) ainsi que des discopathies aux trois derniers niveaux lombaires avec protrusion discale médiane et paramédiane droite en L4/L5 et arthrose postérieure au même niveau. A titre de diagnostics secondaires, elle a retenu une maladie de Dupuytren touchant les deux mains. Sur la base d'une nouvelle évaluation des capacités fonctionnelles de l'assuré par des ergothérapeutes (en date du 8 juin 2011), elle a estimé que sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée (sans port de charges et permettant de fréquents changements de positions debout-assis). Sur le plan psychologique, l'évaluation n'avait pas objectivé de signe de la lignée dépressive ou psychotique. En revanche, quelques signes anxieux ont été observés, auxquels s'ajoutaient des propos teintés d'une certaine méfiance. L'assuré est en outre apparu très revendicateur concernant ses antécédents médicaux et professionnels, avec quelques ruminations de préjudices relatifs à sa prise en charge médicale. S'exprimant à propos des pièces médicales recueillies dans un avis du 6 septembre 2011, le Dr K. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a pris acte qu'à l'issue du séjour de l'assuré à l'Hôpital W. _____, en juin 2011, la Dresse C. _____, suivie par le Dr G. _____, était d'avis que dans une activité légère, la capacité de travail de l'assuré était de 50% en raison de l'atteinte de l'ensemble du rachis. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au mois de juin 2011. Dans une fiche de calcul du 20 septembre 2011, l'office AI a retenu un revenu d'invalidé de 28'147 fr. 20 sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) en 2008, indexé à 2011, et compte tenu d'un taux d'activité de 50% et d'une réduction de 10% au titre des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation. Quant au revenu sans invalidité, il a été fixé à 63'889 fr. selon les informations transmises par l'employeur. Le 25 septembre 2011, l'office AI a fait savoir à l'assuré qu'en raison de son état de santé, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible pour le moment. Par projet d'acceptation de rente du 26 septembre 2011, l'office AI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 août 2011, dite prestation étant réduite à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2011 en raison d'une amélioration de l'état de santé dès le mois de juin précédent, soit après trois mois. En substance, l'administration a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité de magasinier-cariste sans interruption notable depuis le 1^{er} mars 2010. En revanche, il présentait depuis le mois de juin 2011 une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à son état de santé et respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions, pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale et pas de travaux fins avec les mains. Pour la comparaison des gains, l'office AI s'est fondé sur un revenu sans invalidité de 63'889 fr. et sur un revenu d'invalidé de 28'147 fr. 20, d'où un degré d'invalidité de 55,94%. A la suite de ce projet, l'assureur perte de gain a annoncé le 3 octobre 2011 à l'assuré qu'il allait adapter le versement des indemnités journalières dès le 1^{er} janvier 2012, soit à l'échéance d'un délai de trois mois, en fonction d'une capacité résiduelle de travail de 50%. Le 12 octobre 2011, le Dr G. _____ a confirmé une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telles qu'énoncées par l'office AI dans son projet du 26 septembre précédent. Dans une lettre du 13 octobre 2011 à l'office AI, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale, a signalé une recrudescence des douleurs lombaires ayant nécessité la prescription d'antalgiques et l'organisation de séances de physiothérapie. Dans ces conditions, la reconnaissance d'une capacité de travail de 50% lui

paraissait discutable au regard des limitations fonctionnelles retenues et il a suggéré la mise en œuvre d'une expertise pour clarifier ce point. A son avis, la capacité de travail de l'assuré était de 25% tout au plus. Le 24 octobre 2011, l'assuré a présenté des objections au projet d'acceptation de rente du 26 septembre précédent. Se fondant sur la lettre précitée du Dr J. _____, il a fait état d'une recrudescence des douleurs lombaires, justifiant à ses yeux une incapacité de travail totale. Il a en conséquence demandé que le Dr G. _____ soit interpellé afin qu'il se prononce sur ce point. Si, sur cette base, l'office AI ne devait pas revoir sa position dans le sens de l'octroi d'une rente entière, il a d'ores et déjà sollicité la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique neutre et indépendante. Appelé à se prononcer sur les arguments développés, le Dr B. _____, du SMR, s'est exprimé en ces termes dans un avis médical du 16 novembre 2011 : « (...) L'avocat conteste la décision avec un rapport médical du Dr J. _____, médecin généraliste (...). Ce dernier en préambule confond incapacité et invalidité, ce qui n'est pas la même chose. L'incapacité durable reconnue est bien de 100%, et non 50%. L'invalidité, après calcul qui dépend de l'Office, atteint 55%. La CT [capacité de travail, réd.] adaptée aux LF [limitations fonctionnelles, réd.] du rapport médical du 6 septembre 2011, est bien de 50%. Il nous rapporte en deuxième intention une recrudescence des douleurs lombaires justifiant la prise d'antalgiques de classe I, et un AT [arrêt de travail, réd.] de 100%. Nous rappelons qu'un AT est différent d'une IT [incapacité de travail, réd.], qui s'apparente à une perte de capacité de gain. En l'occurrence, il estime discutable une capacité de travail adaptée de 50%, et pense sans arguments que la situation de l'assuré mériterait une incapacité de travail de 75%. Cette considération ne s'appuie sur aucune appréciation sérieuse ou argumentation valable pour justifier cette augmentation de 25%. Les limitations fonctionnelles telles que définies dans le rapport médical du 6 septembre 2011 sont tout à fait compatibles avec le 50% défini par la Dresse C. _____, suivie par le Dr G. _____, rhumatologue. La relecture du rapport de l'Hôpital W. _____ de la Dresse C. _____, rhumatologue, est convaincant, argumenté et fouillé, lors du séjour de juin 2011. Nous notons aussi que l'assuré était déjà sous antalgiques de classe I, et qu'il apparaissait très revendicateur. Nous remarquons aussi que d'après le stage aux Etablissements [...], l'assuré veut bien retravailler, mais pas tout de suite. Il était d'ailleurs satisfait de ce stage. Au total, les éléments du Dr J. _____, médecin généraliste, ne sont pas de nature à modifier notre position. La situation est inchangée depuis le dernier rapport médical du 6 septembre 2011. » Par décision du 14 décembre 2011 (décision n° 1), l'office AI a confirmé l'octroi à l'assuré d'une rente entière du 1^{er} mars 2011 au 31 août 2011 basée sur un taux d'invalidité de 100%. Il lui a en outre reconnu le droit à une rente d'un montant de 731 fr. par mois pour son enfant A. _____. Dans une décision également datée du 14 décembre 2011 (décision n° 2), il a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2011, basée sur un taux d'invalidité de 56% ainsi qu'une rente pour son enfant A. _____ d'un montant de 366 fr. par mois. La motivation de ces deux décisions était identique à celle contenue dans le projet du 26 septembre 2011. B. Par acte du 25 janvier 2012, X. _____ a déféré les deux décisions du 14 décembre 2011 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Avec suite de frais et dépens, il conclut à leur réforme en ce qu'il a droit, d'une part, à une rente entière d'invalidité rétroactivement au 1^{er} mars 2011 et une rente pour ses enfants A. _____ et D. _____ et, d'autre part, à une rente entière d'invalidité rétroactivement au 1^{er} septembre 2011 et à une rente pour chacun de ses deux enfants prénommés. S'agissant de la décision n° 1, il reproche à l'office AI de n'avoir pris en compte qu'une seule rente pour enfant, en plus de la rente entière

d'invalidité. Il explique à cet égard qu'après avoir commencé un premier apprentissage, son fils D. _____ l'a interrompu en date du 7 juin 2010. Il a ensuite trouvé une nouvelle place d'apprentissage le 8 août 2011. Dès lors que D. _____ était en formation au moment du dépôt de la demande de prestations AI et lorsque la décision litigieuse a été rendue et qu'il l'est toujours au moment du dépôt du recours, le recourant estime que c'est à tort que l'office AI n'a pas pris en compte sa situation en ne lui octroyant pas de rente pour son fils D. _____. Il demande dès lors que cette décision soit corrigée, conformément aux conclusions prises. En ce qui concerne la décision n° 2, le recourant conteste la position de l'office intimé, selon laquelle son état de santé se serait amélioré depuis le mois de juin 2011. Il observe à cet égard que la décision litigieuse se fonde exclusivement sur le rapport rendu par le SMR le 6 septembre 2011. Or, de l'avis du recourant, la lecture de l'ensemble des rapports médicaux au dossier révèle l'inefficacité des traitements suivis, à tout le moins sur le moyen et le long terme. Les perspectives d'une évolution favorable ne ressortent d'aucun élément au dossier. Le recourant déplore ainsi l'absence de résultat probant en matière de traitements médicaux, en dépit d'une attitude collaborante de sa part à l'ensemble des mesures prescrites par les médecins. De plus, le recourant relève que le Dr G. _____ n'a pas été en mesure, en réponse à une demande du Dr K. _____ du 26 août 2011, de se prononcer sur sa capacité de travail, arguant qu'il était en évaluation professionnelle. Le Dr K. _____ ne disposait donc pas de l'avis du Dr G. _____, au moment de la rédaction de l'avis du 6 septembre 2011. Ce n'est que dans une lettre du 12 octobre 2011 que le Dr G. _____ s'est prononcé en faveur d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, dès le

E. 13

mars et 19 juillet 2012, produit un rapport médical détaillé concernant l'assuré. Ce rapport médical, probant, reprend les différentes pathologies de l'assuré et leurs conséquences sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Il conclut que ce taux ne peut dépasser 20% actuellement en raison des troubles dégénératifs du rachis, d'une coxarthrose bilatérale, d'une gonarthrose à droite ainsi que de maladies évolutives (maladie hyperostose diffuse et maladie de Dupuytren). Le rapport médical du Dr V. _____ atteste du retentissement actuel des pathologies de l'assuré sur sa capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée. Il conclut à une capacité de travail de 20%. Son travail est probant et permet assurément de conclure à une aggravation de l'état de santé de Mr X. _____, prévisible en raison d'une pathologie évolutive et de l'avancement en âge de l'assuré depuis le rapport SMR de septembre 2011. Pour autant, cette analyse ne remet pas en question les conclusions des Drs G. _____ et C. _____ en 2011. Leur appréciation, à l'époque, d'une capacité de travail de 50% de l'assuré dans une activité adaptée, tenait compte de l'ensemble des pathologies de Mr X. _____. Le Dr V. _____ ne fait état d'aucun élément que les spécialistes traitants auraient omis. En conclusion, le rapport médical du Dr V. _____ atteste une aggravation de l'état de santé de Mr X. _____ depuis le rapport d'examen SMR du 6 septembre 2011, contesté par l'assuré. Aucun élément médical dont on n'aurait pas tenu compte dans l'appréciation de septembre 2011 n'est apporté. Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de ce rapport. » Sur cette base, l'office intimé propose une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. En date du 22 novembre 2012, le recourant a produit un rapport complémentaire du Dr V. _____ du 20 novembre 2012. Répondant à diverses questions du conseil du recourant figurant dans une lettre du 22 octobre 2012, ce praticien s'est exprimé comme suit : « Lors de leur évaluation et conclusions de 2011, les Drs C. _____

et G._____ ne disposaient pas d'un bilan radiologique récent complet. Des clichés radiologiques standards ont été réalisés le 24.2.2012 (Rachis complet, épaules de face, bassin, genoux). Les lésions décrites étaient sans aucun doute déjà présentes en 2011. Car le type de lésions relevé est d'évolution lente. Dans son rapport du 6.7.2012 [recte : 6 juillet 2011, réd.], la Dresse C._____ retient parmi la liste des diagnostics principaux et entre parenthèses : « maladie de Forestier au niveau dorsal ». Le bilan radiologique du 24.2.2012 montre clairement que l'atteinte de la maladie de Forestier touche en plus de la colonne dorsale, les colonnes cervicales et lombaires, ainsi que le bassin et les membres inférieurs sous formes d'entésopathies d'insertions (crêtes iliaques, protubérances ischiatiques, pont osseux sacro-iliaque droit, insertions des tendons rotuliens et quadricipaux), se traduisant par des ossifications pathologiques conduisant à une diminution de la mobilité des articulations. La coxarthrose bilatérale et la gonarthrose à droite ne sont pas mentionnées dans les précédents rapports. Ces observations radiologiques concordent avec les limitations de mobilités mentionnées lors de mon examen clinique, en particulier une limitation de mobilité des hanches en rotation interne et en extension, ainsi qu'une limitation en flexion des genoux. L'hyperlordose lombaire relevée par la Dresse C._____ est vraisemblablement en partie secondaire au flexum de hanches. A l'examen clinique des épaules il n'y a quasiment plus de laxité, tant les épaules sont enraidies. La rigidité des tissus précède les manifestations osseuses sous l'effet des sollicitations mécaniques. La maladie de Dupuytren est bien mentionnée dans le rapport de la Dresse C._____ du 8.7.2012 [recte : 6 juillet 2011, réd.], mais est considérée comme un diagnostic secondaire. Il n'est fait aucune référence aux avis du Dr R._____, spécialiste de la maladie de Dupuytren. Dans ses rapports des 17.8.2011 et 26.9.2011 le Dr R._____ qualifie le handicap des mains de très important. Dans ses conclusions la Dresse C._____ semble considérer comme diagnostic influençant la capacité de travail uniquement le problème du rachis à l'origine de l'hospitalisation. La Dresse C._____ ne parle pas de la maladie de Dupuytren dans ses conclusions. L'appréciation de la capacité de travail d'au moins 50% dans une activité adaptée apparaît comme ne prenant en compte que les rachialgies. Les capacités fonctionnelles de Mr X._____ avaient été évaluées le 30.12.2010 par le service d'ergothérapie de l'Hôpital W._____ « Au Purdue Pegboard test, les résultats démontrent que Mr X._____ a des difficultés à exécuter des activités de motricité fine avec la main droite et en bimanuel. De plus, lors de la passation Mr X._____ a plus de difficultés pour saisir les objets avec la main droite. La pince utilisée pour saisir les objets varie, soit en bi ou tridigital. Au Box and Block test, Mr X._____ a une dextérité manuelle qui se situe considérablement en dessous de la moyenne pour des hommes âgés entre 50-54 ans. Au dynamomètre de Jamar, Mr X._____ présente une force de préhension pour les deux mains en dessous des normes pour les hommes âgés de 50 à 59 ans. » Les conclusions des Drs C._____ et G._____ en 2011 ne tenaient pas compte de l'ensemble des pathologies ni de leur gravité. Le rapport établi par la Dresse C._____ le 6.7.2012 [recte : 6 juillet 2011, réd.] concernait des traitements du rachis lors d'une hospitalisation et non une expertise. » Dans sa lettre d'accompagnement, le recourant relève que le Dr V._____ précise, en substance, que les lésions décrites étaient sans aucun doute présentes en 2011 car le type de lésions relevées est d'évolution lente. Le praticien prénommé ajoute que les conclusions de la Dresse C._____ et du Dr G._____ en 2011 ne tenaient pas compte de l'ensemble des pathologies ni de leur gravité, en particulier s'agissant des conséquences de la maladie de Dupuytren. Le Dr V._____ confirme ainsi que l'état de santé de l'intéressé, tel que constaté au moment de la rédaction de son rapport,

présentait les mêmes affections qu'à l'époque où a été rendue la décision litigieuse. Le recourant conteste donc la position de l'intimé, dès lors que les pathologies dont il souffre existaient déjà lorsque la décision litigieuse a été rendue. Pour le surplus, il observe que, dans sa lettre du 13 octobre 2011, le Dr J. _____ avait fixé le taux d'incapacité de travail à 75% au minimum en raison d'une recrudescence des douleurs lombaires. Selon le recourant, la décision attaquée ne saurait par conséquent être maintenue, dès lors que deux praticiens parviennent à la conclusion que le taux d'invalidité retenu dans la décision litigieuse ne correspondait pas à sa situation lorsqu'il a été statué sur son cas. Il confirme l'intégralité de ses conclusions. Le 27 novembre 2012, le recourant a envoyé au tribunal le rapport final établi par la Fondation [...] le 30 octobre 2012, sur mandat de l'Office régional de placement. A l'issue d'un stage de quatre semaines effectué en août/septembre 2012 en qualité d'employé de conditionnement, il était relevé que, malgré une activité légère et la possibilité d'alterner les positions, l'assuré avait souffert de douleurs importantes. Il s'était toutefois montré motivé, avait convenablement exécuté le travail demandé, tant du point de vue quantitatif que qualitatif et avait entretenu de bonnes relations avec le personnel. Cependant, au vu des limitations fonctionnelles énoncées par le Dr V. _____ dans son rapport du mois d'août 2012, les responsables du stage considéraient que, selon les critères de la Fondation [...], une réinsertion professionnelle dans le premier marché de l'emploi ne semblait pas possible pour l'instant, si bien que le dossier avait été clôturé. Le recourant fait remarquer que les considérations qui précèdent corroborent les éléments déjà communiqués dans le cadre de la présente procédure. Le 20 décembre 2012, l'intimé a transmis un avis du SMR du 5 décembre 2012, dans lequel le Dr S. _____ prenait position en ces termes sur le rapport médical complémentaire du Dr V. _____ du 20 novembre 2012 : « (...) Le Dr V. _____ fournit un nouveau rapport transmis par l'avocat de l'assuré, Maître Izzo, daté du 20 novembre 2012. Aux chapitres 1, 2, 3 et 5 de son rapport, le Dr V. _____ nous dit que les lésions radiologiques constatées dans son premier rapport existaient probablement lors de l'évaluation des Drs C. _____ et G. _____ en 2010 et 2011, de même les pathologies qu'il atteste comme la coxarthrose bilatérale et la gonarthrose. Il affirme aussi que le retentissement de la maladie de Dupuytren de l'assuré a été, à l'époque, sous-estimé. Il essaie ainsi de démontrer que les Drs C. _____ et G. _____ ont omis ou mal évalué la pathologie de l'assuré. Rappelons que l'AI n'indemnise pas des lésions radiologiques ni des maladies mais leur retentissement sur les limitations fonctionnelles et la capacité de gain d'un assuré. On ne peut donc retenir les arguments avancés par le Dr V. _____, l'appréciation de la Dresse C. _____ étant basée sur l'examen et l'observation à l'hôpital de cet assuré du 23 mai au 10 juin 2011. Au chapitre 6 de son certificat, le Dr V. _____ cite en référence l'évaluation des capacités fonctionnelles réalisées à l'Hôpital W. _____ le 30 décembre 2010 par Mr L. _____, ergothérapeute. Je ne retrouve pas, à la lecture de ce document les tests cités par le Dr V. _____ (Purdue pegboard, Box and Block test). A noter que ces tests, pour avoir pleine valeur informative, doivent être réalisés avec la collaboration complète de l'assuré, ce qui ne semble pas avoir été le cas (score PACT 100). Le rapport d'examen SMR du 6 septembre 2011 retenait déjà dans les limitations fonctionnelles : « pas de travaux fins avec les mains ». Le retentissement de la maladie de Dupuytren de l'assuré était déjà pris en compte par les spécialistes dans leurs conclusions. La conclusion du Dr V. _____ reprend les éléments qu'il a développés plus haut ; pour lui, les pathologies de l'assuré et leur gravité ont été mal évaluées par les Drs C. _____ et G. _____. Ces arguments, pour les raisons évoquées plus haut, ne peuvent être retenus. Seules les limitations fonctionnelles, clairement détaillées par les Drs C. _____ et

G._____ justifient la capacité de travail attestée par les deux spécialistes. Il n'y a pas lieu de revenir sur cette appréciation. » L'office intimé conclut dès lors une nouvelle fois à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, depuis le mois de juin 2011 et ce, à tout le moins, jusqu'à la date de la décision attaquée. La question d'une éventuelle aggravation de la situation postérieure à la date de cette décision reste pour le moment ouverte. Il précise que les mesures d'instruction qui s'avéreront le cas échéant nécessaires, concernant cette période, seront mises en œuvre à l'issue de la présente procédure. Il propose en conséquence le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Dans une lettre du 24 janvier 2013, le recourant observe que l'intimé, par l'intermédiaire de son Service médical régional (avis du 21 septembre 2012), a fait siennes les conclusions du rapport du Dr V._____, admettant ainsi que son état de santé s'était aggravé au point de justifier une capacité de travail de 20% seulement. Le recourant en déduit que l'intimé convient que son état de santé remplit les conditions d'octroi d'une rente entière, à tout le moins depuis la remise du rapport du Dr V._____, en août 2012. Il n'y a ainsi aucune raison objective de faire dépendre l'octroi de la rente entière, à tout le moins à compter de cette époque, de l'issue de la présente procédure. En effet, l'office intimé n'a sollicité aucune mesure d'instruction visant à remettre en cause les conclusions du Dr V._____, auxquelles il a déclaré se rallier en septembre 2012. Partant, il se méprend en affirmant que la question d'une éventuelle aggravation de la situation postérieure à la date de la décision attaquée reste ouverte pour le moment. Cela étant, demeure seule litigieuse, selon le recourant, la question de savoir si cet état prévalait ou non déjà au moment où la décision querellée a été rendue. Plus précisément, l'objet du présent litige est de savoir si le recourant peut prétendre l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période courant de mars 2011 à août 2012. Il demande dès lors à la Cour de céans qu'elle invite l'office intimé à reconsidérer sa position compte tenu des éléments intervenus dans le dossier depuis le dépôt du recours, en particulier à la suite du rapport du Dr V._____ du mois d'août 2012. S'exprimant par lettre du 20 février 2013, l'office intimé signale avoir interpellé le Dr J._____ à la suite de sa demande de réouverture du dossier effectuée le 11 septembre 2012 et être en possession de ses réponses aux questions posées. D'éventuelles mesures d'instruction pourraient être mises en œuvre si de nouveaux éléments venaient à être produits. L'intimé précise par ailleurs que la question des mesures d'instruction à mettre en place en rapport avec cette récente demande, comme celle du droit éventuel aux prestations futures, relève de sa seule compétence. Enfin, l'intimé ajoute que la situation n'est pas aussi claire que le prétend le recourant. En effet, alors que celui-ci demande qu'une décision dans le sens d'une aggravation soit rendue pour la période courant dès le mois d'août 2012, l'intimé conteste l'existence d'une aggravation postérieurement à la date des décisions attaquées. Le 1^{er} mars 2013, le recourant a produit un rapport complémentaire du Dr V._____ du 27 février 2013, dans lequel celui-ci, interpellé par le conseil du recourant sur divers points, a écrit ce qui suit : « Votre courrier du 24 janvier 2013 m'est bien parvenu. Concernant l'évaluation des tests fonctionnels, Mr X._____ a bénéficié de deux évaluations l'une le 30.12.2010 et l'autre le 8.6.2011. Mon complément au rapport médical du 27.8.2012 comporte une erreur et vous prie de m'en excuser. Il aurait dû être inscrit : Les capacités fonctionnelles de Mr X._____ avaient été évaluées le 30.12.2010 puis le 8.6.2011 par le service d'ergothérapie de l'Hôpital W._____ : « Au Purdue Pegboard test, les résultats démontrent que Mr X._____ a des difficultés à exécuter des activités de motricité fine avec la main droite et en bimanuel. De plus, lors de la passation, Mr X._____ a plus de difficultés pour saisir les objets avec

la main droite. La pince utilisée pour saisir les objets varie, soit en bi ou tridigital. Au Box and Block test, Mr X. _____ a une dextérité manuelle qui se situe considérablement en dessous de la moyenne pour des hommes âgés entre 50-54 ans. Au dynamomètre de Jamar, Mr X. _____ présente une force de préhension pour les deux mains en dessous des normes pour les hommes âgés de 50 à 59 ans. Plus loin le texte se poursuit par « Les résultats au Jamar ont diminué par rapport au test effectué le 30.12.2010 ». Je joins en copie le rapport complet du 8.6.2011 qui comprend les tests mentionnés. La maladie de Dupuytren s'aggrave. Monsieur X. _____ n'est en mesure d'effectuer ni des travaux fins, ni des travaux grossiers avec les mains, ni de porter des charges. Dans son rapport du 13.10.2011 à l'Al, le Dr J. _____, médecin traitant de Mr X. _____, est d'avis que l'incapacité de travail est d'au moins 75%. Comme Mr X. _____ a rendez-vous en avril 2013 avec le Dr R. _____, je lui écris en lui demandant s'il lui est possible de préciser les limitations des mains et leurs répercussions sur la capacité de travail. L'observation de la Dresse C. _____ s'est portée principalement sur la colonne. Dans mes rapports du 27.8.2012 et du 20.11.2012 je montre qu'il existe également une atteinte du squelette périphérique (épaules, hanches, genoux) liée à la maladie de Forestier. De plus, début 2013, Mr X. _____ s'est plaint de douleurs du coude gauche, le bilan radiologique du 14.1.2013 (rapport ci-joint) montre des ossifications anormales en relation avec la maladie de Forestier. La mobilité du coude gauche est douloureuse et limitée. Une infiltration de l'insertion de la musculature épitrochléenne a apporté un soulagement passager. De la physiothérapie est en cours. Il n'existe pas de traitement spécifique de la maladie hyperostose diffuse (maladie de Forestier). L'activité physique est conseillée afin de maintenir les mobilités encore présentes, et l'abstention des contraintes mécaniques est recommandée afin de ne pas favoriser l'aggravation de la maladie. Le pronostic est mauvais. » Le recourant note en substance que, selon le Dr V. _____, l'observation de la Dresse C. _____ s'est portée principalement sur la colonne, alors que l'atteinte touche aussi le squelette périphérique en liaison avec la maladie de Forestier. En cela, le Dr V. _____ confirme le contenu de ses précédentes évaluations, à savoir que les conclusions des Drs C. _____ et G. _____ ne tenaient pas compte de l'ensemble des pathologies et de leur gravité. Le recourant en déduit que ces dernières existaient déjà au moment où la décision litigieuse a été rendue. Pour le surplus, sans remettre en cause les compétences professionnelles des médecins du SMR, il fait remarquer que ni le Dr K. _____, ni le Dr Q. _____ et ni le Dr S. _____ ne sont rhumatologues, de sorte qu'une pleine valeur probante ne saurait sans autre être conférée à leur appréciation. Pour le surplus, le recourant se réfère intégralement à ses précédentes écritures qu'il confirme. Dans une lettre du 12 mars 2013, le recourant fait valoir que la position de l'office intimé telle qu'exprimée dans ses déterminations du 20 février 2013 n'est pas défendable. En effet, en se ralliant au point de vue formulé par le Dr V. _____ dans son rapport du mois d'août 2012, l'intimé a admis, du moins implicitement, qu'à compter du 1^{er} août 2012 au plus tard, l'incapacité de gain du recourant due à son invalidité lui ouvrait le droit à une rente entière. L'administration ne saurait après coup remettre en cause cette opinion sans apporter des éléments concrets et probants. Or, tel n'est pas le cas. En faisant dépendre l'instruction de la nouvelle demande de l'issue de la présente procédure, alors même que les conclusions du Dr V. _____ ne sont pas remises en cause et qu'aucune mesure d'instruction n'est envisagée par l'intimé, celui-ci commet un déni de justice que le recourant s'attache à dénoncer. Il demande par conséquent qu'il soit fait droit à sa requête, conformément à sa lettre du 24 janvier 2013. Le 21 mars 2013, l'intimé a fait parvenir à la Cour de céans un

avis médical du SMR daté du 13 mars précédent, dans lequel le Dr Q. _____ écrivait ce qui suit : « Le courrier de Me Izzo du 1^{er} mars 2013 se réfère au rapport du Dr V. _____ du 20 novembre 2012. L'avocat estime que les Drs C. _____ et G. _____ n'auraient tenu compte que de l'atteinte rachidienne au détriment des atteintes périphériques liées à la maladie de Forestier présentes au moment de la décision litigieuse (décembre 2011). Le document original date du 27 février 2012 sous la plume du Dr V. _____, rhumatologue FMH. Ce confrère évoque tout d'abord les résultats des tests de la capacité fonctionnelle du 30 décembre 2010 et du 8 juin 2011 démontrant une baisse de force et de dextérité de la main droite, liées à une progression de la maladie de Dupuytren. Il ajoute que la Dresse C. _____ aurait en quelque sorte négligé de prendre en compte les atteintes des épaules, des hanches et des genoux dues à la maladie de Forestier. Le Dr V. _____ conclut sur une recommandation de poursuivre une activité physique sans contrainte mécanique. Le mandat confié au SMR précise encore que seule nous intéresse la situation jusqu'en décembre 2011 dans le cadre du recours. Considérant ce qui précède, on peut émettre les remarques suivantes : · Le rapport du Dr G. _____ du 11 mars 2010 ne signale aucune atteinte périphérique. · Le Dr H. _____ [médecin à l'hôpital d'U. _____, réd.] ne mentionne pas davantage d'atteinte périphérique en juin 2010. · Le rapport de la Dresse C. _____ du 6 juillet 2011 se fonde sur une hospitalisation du 23 mai 2011 au 10 juin 2011. En ce qui concerne l'atteinte périphérique, est mentionnée une maladie de Dupuytren bilatérale. Il n'y a pas de déficit sensitif ou moteur à l'examen des membres supérieurs ou inférieurs. · La première évocation d'une raideur des épaules par le Dr V. _____ se trouve dans son rapport du 27 août 2012, basé sur une consultation du 21 février 2012. Dans ces circonstances, on peut dire que l'atteinte périphérique évoquée par le Dr V. _____ n'était pas objectivable lors de la décision de décembre 2011. La capacité de travail de juin à décembre 2011 est de 50%, telle que définie dans le rapport SMR du 6 septembre 2011. » L'intimé note qu'il ressort de cet avis que la capacité de travail doit bien être évaluée à 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles entre juin et décembre 2011. Fondé sur ce qui précède, il propose une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. En réponse aux objections émises par le recourant dans sa lettre du 12 mars 2013, l'intimé s'est déterminé dans une ultime écriture du 18 avril 2013. Il indique avoir demandé les renseignements qu'il pouvait demander en l'état du dossier et affirme ne pas savoir si de nouveaux éclaircissements seraient nécessaires pour déterminer le droit à des prestations futures. Cela dépendra des éléments qui seraient versés au dossier d'ici la fin de la procédure de recours. Il lui est dès lors impossible de rendre en l'état une nouvelle décision, concernant la période qui suit la date de la décision dont est recours. 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 dispose 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 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 1968 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 compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. En l'espèce, le litige porte sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et, singulièrement, sur le point de savoir s'il peut, suivant les conclusions du recours, prétendre l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période postérieure au 1^{er} septembre 2011, dite prestation n'étant pas contestée par l'intimé pour la période courant du 1^{er} mars 2011 au 31 août 2011 (cf. toutefois considérant 4 ci-après). Il s'agit en d'autres termes de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré, dans une mesure justifiant la réduction à une demi-rente de la prestation servie jusqu'au 31 août 2011. S'agissant pour le surplus de la rente complémentaire réclamée pour l'enfant D. _____, le recourant a convenu dans sa réplique du 23 mai 2012 que cette prestation lui avait été versée rétroactivement, par suite de la reconsidération de la décision attaquée, de sorte que cette question n'est désormais plus litigieuse. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGGA 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 al. 1 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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 (première phrase). En vertu 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, 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 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1). c) L'art. 61 let. c LPGGA prévoit le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1 p. 396); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1). 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_540/2012 du 17 décembre 2012 consid. 2.1). Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'administration (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et 3c p. 353 sv. ; TF I 53/06 du 22 mars 2007 consid. 5). d) On précisera également que les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (I 362/99 du 8 février 2000, in SVR 2001 IV n° 10 p. 27). Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêts 9C_739/2010 du 1^{er} juin 2011 consid. 2.3, 9C_1035/2009 du 22 juin 2010, consid. 4.1 in SVR 2011 IV n° 6 p. 17, et arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 35/03 du 24 octobre 2003, consid. 4.3 et les références in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3). 4. Selon la jurisprudence (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3 avec la référence), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En vertu de l'art. 17 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ; 113 V 273 consid. 1a p. 275). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372, 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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 p. 110 ss ; TF 9C_97/2011 du 21 juillet 2011 consid. 4).

Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4 ; 131 V 164 consid. 2.3.3 ; 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2). 5. Se fondant pour l'essentiel sur le rapport de la Dresse C. _____ du 6 juillet 2011, l'intimé retient une amélioration de l'état de santé du recourant à compter du 1^{er} septembre 2011, dès lors que cette spécialiste, suivie en cela par le Dr G. _____, a fixé la capacité de travail de l'intéressé à 50% dans une activité adaptée. Le recourant estime en revanche que dite amélioration n'est pas démontrée, notamment au regard de l'ensemble des pathologies qu'il présentait encore, de sorte qu'une capacité de travail de 50% ne saurait raisonnablement être exigée de sa part. Il s'agit dès lors de se demander si c'est à juste titre que l'intimé a réduit à une demi-rente d'invalidité la rente entière servie jusqu'au 31 août 2011. a) Dans son rapport du 21 mars 2011 (à l'intention du Dr G. _____), la Dresse C. _____ a relevé que les premiers symptômes d'une problématique lombaire avaient été ressentis au début des années 2000, l'assuré ayant signalé une aggravation progressive des douleurs lombaires depuis 2009, soit lorsque celles-ci s'étaient étendues au niveau de tout le rachis et avaient irradié dans les membres inférieurs. En mars 2010, les douleurs lombaires ont contraint l'assuré à un arrêt de travail complet. Un séjour à l'hôpital d'U. _____ à la fin de l'été 2010 n'a pas apporté d'amélioration déterminante et la reprise professionnelle proposée n'a pas pu être concrétisée. Une hospitalisation à l'Hôpital W. _____ à la fin du printemps 2011 n'a pas non plus apporté l'amélioration attendue, l'assuré n'ayant notamment pas signalé une diminution des douleurs. Il n'en demeure pas moins que, selon la Dresse C. _____ (rapport du 6 juillet 2011), l'assuré pouvait raisonnablement assumer l'exercice d'une activité adaptée (sans port de charges, avec possibilité de changer souvent de positions debout-assis) à 50% au moins. Le stage d'un mois effectué aux Etablissements [...] du 8 août au 4 septembre 2011 n'a cependant pas permis de confirmer (ni d'infirmier) ce taux, les responsables du stage ayant laissé le soin au corps médical de se déterminer sur la capacité de travail de l'intéressé. Invité par l'office intimé à se prononcer sur ce point, le Dr G. _____ a confirmé le 31 août 2011 sans le motiver le taux de 50% retenu par la Dresse C. _____, taux qu'il a d'ailleurs maintenu le 12 octobre 2011, toujours sans explications. Sur cette base, l'office intimé a décidé le 14 décembre 2011 de réduire le droit du recourant à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2011. b) En septembre 2011, le recourant s'est plaint au Dr J. _____ d'une recrudescence des douleurs lombaires, ayant nécessité le maintien d'un arrêt de travail à 100%. Dans sa lettre du 13 octobre 2011 à l'office intimé, ce praticien a estimé que les restrictions constatées ne permettaient pas de reconnaître au recourant une capacité de travail de 50%. Il l'a adressé au Dr V. _____ pour évaluation. A la suite de trois consultations ayant eu lieu les 21 février, 13 mars et 19 juillet 2012, ce médecin a rédigé un rapport médical daté du 27 août 2012, destiné au Dr J. _____. Outre des diagnostics spécifiques au rachis, il a retenu différentes pathologies affectant les épaules, les hanches (coxarthrose bilatérale), les genoux (gonalgies bilatérales

et gonarthrose) ainsi que les mains (maladie de Dupuytren). Certes, cette dernière affection – qui évolue depuis 1990 (cf. rapport du Dr V. _____ du 27 août 2012) – est d’ores et déjà évoquée par le Dr T. _____ dans son rapport du 19 février 2010 au Dr J. _____, puis par la Dresse C. _____ (cf. rapport du 6 juillet 2011), ce qui explique que l’office intimé en ait tenu compte à titre de limitations fonctionnelles. On s’étonne toutefois qu’il ait repris le taux de capacité de travail de 50% retenu par la Dresse C. _____, dès lors que celle-ci n’a à aucun moment examiné l’incidence de cette maladie sur la capacité de travail du recourant. Elle l’a du reste considérée comme un diagnostic secondaire. Or, le Dr V. _____ signale que, dans ses rapports des 17 août et 26 septembre 2011, le Dr R. _____, spécialiste de la pathologie en question, qualifie le handicap des mains de très important. En convenant d’ailleurs elle-même dans son rapport du 21 mars 2011 que le recourant présente une importante maladie de Dupuytren aux deux mains (stade III-IV), la motivation de la capacité de travail retenue par la Dresse C. _____ le 6 juillet 2011 paraît peu convaincante. Cela est d’autant moins le cas lorsque l’on considère que c’est exclusivement sous l’angle des pathologies affectant le rachis qu’elle s’est penchée sur le cas de l’assuré. Les diagnostics retenus dans son rapport du 6 juillet 2011 en témoignent. Elle a certes fait allusion à des gonalgies bilatérales mécaniques à la montée et à la descente (cf. rapport du 21 mars 2011). Il n’en demeure pas moins que la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée ne se rapporte qu’à une profession excluant le port de charges et ménageant la possibilité de changer fréquemment de positions. D’autres limitations fonctionnelles éventuelles, notamment en relation avec l’usage des mains, ne sont ainsi pas mentionnées par la Dresse C. _____. Pour autant, tout en excluant expressément des travaux fins avec les mains, l’office intimé maintient, à l’instar de la Dresse C. _____, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Mais il y a plus. c) Dans son rapport du 27 août 2012, le Dr V. _____ explique que la maladie de Dupuytren est une maladie évolutive, avec souvent des rechutes malgré les traitements. Il en va de même selon lui de la maladie de Forestier, qu’il a diagnostiquée chez le recourant. Celle-ci peut conduire à une sténose spinale ou foraminale, cervicale ou lombaire, par un développement ostéophyttaire postérieur et par une hyperostose des facettes articulaires. Pour sa part, la Dresse C. _____ retient aussi que le recourant présente des lésions dégénératives étagées au niveau de tout le rachis, les déséquilibres musculaires installés et surtout l’état anxieux ayant participé à la pérennisation et la chronicisation des douleurs. Ces pathologies, associées à des troubles statiques et dégénératifs précoces au niveau du rachis dus à une activité professionnelle astreignante débutée à l’adolescence, sont de nature à compromettre une éventuelle amélioration de l’état de santé. En l’occurrence, en effet, tant le séjour à l’hôpital d’U. _____ en 2010 que l’hospitalisation à l’Hôpital W. _____ en 2011 et les traitements entrepris à ces occasions n’ont pas contribué de manière significative à une évolution favorable de l’état de santé du recourant. Bien plutôt, dès le mois de septembre 2011, celui-ci s’est plaint au Dr J. _____ d’une recrudescence des douleurs lombaires. Le Dr V. _____ estime dès lors que la capacité de travail du recourant n’excède pas 20% dans une activité adaptée. d) L’office intimé considère que l’appréciation du Dr V. _____, bien que pleinement probante, ne suffit pas à remettre en cause les conclusions de la Dresse C. _____. Les rapports de cette dernière apparaissent certes convaincants. Ils ne contiennent toutefois que des diagnostics portant sur le rachis. Les rapports de cette praticienne ne prennent ainsi pas en compte l’intégralité de la situation médicale du recourant, contrairement à celui du Dr V. _____ du 27 août 2012 et de ses compléments, qui s’attache au contraire à identifier lege artis chacune des pathologies

rhumatologiques présentées par le recourant, à en exposer la genèse et l'évolution de manière claire et à en analyser l'impact sur sa capacité de travail, complétant ainsi les constatations effectuées par la Dresse C. _____, à l'endroit desquelles il n'exprime du reste nul désaccord, hormis s'agissant de la capacité résiduelle de travail, telle qu'à évoluer dans le temps. L'observation de sa consœur s'étant portée effectivement principalement sur la colonne, l'appréciation de la capacité de travail d'au moins 50% dans une activité adaptée apparaît comme ne prenant en compte que les rachialgies. Un tel point de vue doit être suivi. En effet, la capacité de travail de 50% retenue par la Dresse C. _____ se fonde sur des limitations fonctionnelles qui ne tiennent pas compte des effets de la maladie de Dupuytren sur l'usage des mains (cf. rapport du 6 juillet 2011). Cela étant, le Dr V. _____ convainc lorsqu'il explique en quoi l'évaluation de la capacité résiduelle de travail faite par la Dresse C. _____ ne tient pas suffisamment compte de la réelle mesure de la nature évolutive des pathologies présentées telles que présentées par le recourant, ni de leur genèse dans le cas d'espèce au regard du caractère dégénératif des lésions du rachis. Sur le plan objectif, aucune amélioration n'a été constatée à la suite des hospitalisations successives de l'assuré, celui-ci ayant continué par ailleurs de faire état de douleurs, non seulement dorsolombaires, mais également au coude gauche, ce que le Dr V. _____ explique, de manière convaincante, par le fait qu'il n'existe pas de traitement spécifique de la maladie hyperostotante diffuse (maladie de Forestier) et qu'en dépit des traitements administrés, le pronostic reste dès lors mauvais, justifiant de ne retenir qu'une capacité de travail dans une activité adaptée n'excédant pas 20%. L'appréciation du Dr V. _____ est du reste corroborée par les responsables du stage effectué par le recourant en été 2012 dans le cadre d'une mesure relative au marché du travail. Alors qu'un taux d'activité de 50% était initialement prévu, les auteurs du rapport ont conclu que la Fondation [...] était ouverte à la reprise d'une collaboration lorsque la situation de santé de l'assuré lui permettrait de repartir dans une démarche de réinsertion professionnelle avec une capacité de travail de 30% au minimum, correspondant au pré-requis de la Fondation précitée. e) Il découle de ce qui précède que l'amélioration de l'état de santé invoquée par l'office intimé à l'appui de la réduction de la rente entière allouée n'est pas rendue vraisemblable. Bien plutôt, les pathologies dégénératives présentées par le recourant et dûment objectivées par le Dr V. _____, contre lesquelles la plupart des traitements entrepris ont largement échoué, conduisent à conclure, sinon à une aggravation, du moins à une chronicisation de l'état de santé. A cela s'ajoute que, pour retenir une application de l'art. 88a RAI, il eût fallu qu'aucune complication n'ait été à craindre, ce qui n'est pas le cas au vu du rapport complémentaire du Dr V. _____ du 27 février 2013, qui étaye de manière convaincante son doute quant à une évolution favorable au regard des observations cliniques effectuées (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4 ; 131 V 164 consid. 2.3. ; 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2). Il y a donc lieu d'écarter l'appréciation de la capacité de travail faite par la Dresse C. _____ au profit de celle émanant du Dr V. _____, qui retient une capacité de travail de 20%. Le rapport d'expertise de ce praticien, précisé par les rapports complémentaires des 20 novembre 2012 et 27 février 2013, revêt en effet une pleine valeur probante, ce dont l'intimé, par l'intermédiaire de son SMR, a du reste convenu (cf. avis du 21 septembre 2012). Il contient une anamnèse complète, prend en considération les plaintes de l'assuré, décrit le status rhumatologique et pose des diagnostics dûment motivés. La description du contexte médical et l'appréciation médicale sont claires, les conclusions de ce spécialiste n'étant en définitive contredites par aucun élément concret de nature à les remettre en cause. On soulignera enfin que l'approche

et la méthode rigoureuse de ce praticien confèrent à son travail le rang d'une véritable expertise, alors que le rapport de la Dresse C. _____ se fonde sur une observation du patient dans le cadre d'un séjour hospitalier en vue d'une rééducation rachidienne. On notera pour le surplus que les médecins du SMR qui ont livré leur avis n'ont pas procédé ni fait procéder à un examen clinique du recourant, ni ne sont spécialistes en rhumatologie. f) Les considérations qui précèdent conduisent à retenir que le recourant présente une capacité résiduelle de travail de 20% au maximum dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2011. Les revenus avec et sans invalidité n'étant pas contestés, de même que le taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé, il s'ensuit un degré d'invalidité de 82,37%. C'est donc à tort que l'office intimé a, par décision du 14 décembre 2011, prononcé la réduction de la rente entière à une demi-rente avec effet au 1^{er} septembre 2011. g) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2011, non limitée dans le temps, l'octroi de dite prestation à compter du 1^{er} mars précédent n'étant pas contesté. 6. En dérogation à l'art. 61 let. LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis 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 1'000 fr. En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'office AI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Le recourant obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, il a droit à des dépens qu'il convient de fixer équitablement à 3'000 fr. à la charge de l'office intimé (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.