

VD_GERICHTE ZD10.025966 vom 30. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.025966

FR: VD_GERICHTE ZD10.025966 du 30 septembre 2014

IT: VD_GERICHTE ZD10.025966 del 30 settembre 2014

Erwägungen

E. 20

% est attestée depuis septembre 2003. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Au vu du caractère évolutif de l'atteinte, une quantification de l'évolution de l'incapacité de travail n'est pas réalisable à posteriori. On peut, par contre raisonnablement admettre, selon les rapports médicaux établis, qu'une incapacité de 50 % perdure depuis cette date (septembre 2003). 3) En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel? Monsieur J._____ présente les capacités à s'adapter à son environnement professionnel si ce dernier respecte les limitations émises au point B. 1). Sans le respect de ces dernières, il est évident que l'assuré ne réussira pas à assumer pleinement toute nouvelle activité professionnelle. C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE 1. Des mesures de réadaptations professionnelles sont-elles envisageables? A 56 ans, avec les plaintes et les limitations en lien avec la pathologie lombaire, associées aux effets secondaires de sa médication antalgique, une réadaptation professionnelle nous paraît peu envisageable. Outre ses problèmes physiques, le patient devrait apprendre et intégrer les notions d'une nouvelle activité professionnelle, ce qui est difficilement envisageable en raison des troubles mnésiques et de concentration. 1.2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Oui, dans une mesure probablement assez faible. 2.1 Si oui, par quelles mesures?

- 20 - En améliorant la condition physique et musculaire de l'expertisé. Pour ce faire, diverses prises en charge de médecine physique pourrait être entreprises: enseignement spécifique d'un programme d'étirements musculaires (stretching), thérapies de type Mézières, Pilates ou programme type «Prodige» au niveau du dos tel qu'effectué à Genève. La balnéothérapie pourrait également être envisagée pour travailler le reconditionnement physique global. Enfin l'hypnose clinique, à but antalgique, pourrait être testée chez ce patient avec des troubles dépressifs, un trouble somatoforme douloureux, et une certaine ouverture d'esprit concernant des thérapies nouvelles. 2.2. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? L'influence de ces mesures sur la capacité de travail est difficilement prévisible à l'heure actuelle, sachant que le patient n'a plus retravaillé depuis 2003. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré? 3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et à quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Toute activité sédentaire, en accord avec le respect des limitations décrites au point B. 1) et les différentes adaptations décrites au point B. 2.2) pourrait être envisageable. A noter que nous n'avons pas de nouvelle activité professionnelle à proposer dans ce cadre. (Monsieur J._____ lui-même non plus d'ailleurs). 3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? Avec la même capacité de travail résiduelle que mentionnée au point B 2.2.) 3.3. Y-a-t-il

une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure? Oui, de 25 %. 3.4. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Ne s'applique pas." Par déterminations du 22 décembre 2011, l'OAI a requis un complément d'expertise en se référant à l'avis médical du SMR du 7 décembre 2011, dont il a produit copie. Il a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. L'avis SMR du 7 décembre 2011 du Dr T. _____ relève notamment ce qui suit : "Les experts admettent une capacité résiduelle maximum de 50 % en toute activité adaptée depuis 2003; ils estiment que les effets secondaires de l'antalgie justifient une diminution de rendement de

E. 25

%, que vous reprenez dans vos conclusions. Sur le plan psychiatrique, il vous est reproché de ne pas avoir mandaté un spécialiste compte tenu des troubles présentés par l'intéressé, en particulier compte tenu du diagnostic de trouble somatoforme. Toutefois, on observe que tous les médecins interpellés s'accordent à reconnaître que la problématique psychique (dépression) est en rémission, respectivement qu'elle n'a pas d'impact sur la capacité de travail. L'OAI comme l'assuré en conviennent. Aussi, nous renonçons à mettre en oeuvre une expertise sur ce plan. Par contre, sur le plan somatique, l'OAI, qui souhaite que vous motiviez le fait de vous être écarté des conclusions de son SMR, estime que le taux d'incapacité de travail précité ne peut être retenu qu'à compter de juin 2006, période correspondant à l'aggravation tenant au traitement à base de morphine. L'assuré estime quant à lui que ce taux de capacité de travail résiduelle exigible de 25 % perdure depuis septembre 2003. Je vous saurais gré de bien vouloir me faire savoir ce que ces écritures appellent comme commentaires de votre part. En particulier, compte tenu de la nécessité, pour trancher le litige, de

- 23 - cerner la mesure de la capacité de travail exigible et son évolution dans le temps, il nous serait utile de disposer à cet égard d'une appréciation plus circonstanciée de votre part." Le 14 octobre 2013, les Drs B. _____ et G. _____ ont déposé un complément à leur rapport d'expertise, qui relève notamment ce qui suit : "1) Vous nous demandez d'estimer le début de l'incapacité de travail à 50 % de Mr J. _____. Pour rappel, selon notre rapport de 2011, il s'agit d'un patient de 56 ans, n'exerçant plus d'activité professionnelle depuis 2001 à la suite d'un licenciement économique dans un contexte de lombo- sciatalgies chroniques invalidantes, évoluant depuis 1982. Sur la base de l'anamnèse fournie et des documents mis à disposition au dossier médical (documents qui ne sont plus en notre possession à l'heure actuelle), une incapacité de travail d'au moins 20 % est attestée depuis septembre 2003 (cf. question 2.5, page 10 de notre expertise). Comme dit dans notre rapport, au vu du caractère évolutif de l'atteinte, une quantification de l'évolution de l'incapacité de travail n'est pas réalisable a posteriori, et nous maintenons cet avis. Néanmoins, vous nous demandez de fixer au degré de vraisemblance le début de l'incapacité de travail de 50 % avec rendement diminué de 25 %. Nous maintenons également les conclusions de notre expertise "On peut, par contre raisonnablement admettre, selon les rapports médicaux établis, qu'une incapacité d'au moins 50 % perdure depuis cette date (sept 2003)." En fait, selon nous, puisque le patient n'a pas repris d'activité professionnelle depuis 2001, il est difficile de dire à partir de quand exactement il pourrait encore travailler à 50 % et il aurait fallu avoir une évaluation fin 2003 pour pouvoir l'affirmer avec certitude. Nous allons tenter malgré tout de justifier notre position. Pour rappel, Monsieur J. _____ est titulaire d'un CFC de monteur électricien obtenu en 1974 ; il réalise une première reconversion professionnelle en tant qu'agent d'assurance en 1984

puis une 2ème reconversion en tant que cafetier-restaurateur en 2000. Toutefois, il doit quitter ce travail en 2001, en raison de journées trop longues puisqu'il doit fréquemment faire recours à des remplaçants lorsque ses douleurs lombaires l'empêchent d'aller travailler. En 2001, le patient retrouve un travail de délégué pour la Suisse Romande auprès de la [...], pendant lequel il n'est jamais en arrêt de travail. Selon lui, cette situation est en lien avec un effort particulier de sa part, plutôt qu'une amélioration de son état de santé. A noter également que cet emploi lui permet d'aménager son temps de travail en fonction de ses douleurs et de lui octroyer des pauses si nécessaire. Après 1 année, il est licencié pour arrêt d'activité de l'entreprise et est donc à nouveau au chômage dès fin 2001. Il ne retrouve pas de travail et en 2004 passe à l'aide sociale. Il entreprend les premières démarches pour une demande d'AI qui aboutit à un refus en 2007. Il fait recours et en 2010, une rente à 62 % lui est octroyée. L'AI lui propose un travail à 50 % comme employé de bureau. Cependant, il ne sent pas capable de faire ce

- 24 - travail, n'ayant pas la formation adéquate. L'AI lui aurait refusé une formation dans ce domaine. En conséquence, pour nous, il paraît évident qu'en 2003, après 2 ans d'inactivité professionnelle, Mr J. _____ était sans doute fortement déconditionné physiquement et musculairement, ce qui explique une capacité de travail réduite à 50 % dans une activité adaptée (décrite dans notre expertise au point B1, page 9); ceci est corroboré par une nouvelle rechute en octobre 2004, et conduit à un essai de prise en charge de rééducation intensive à l'Hôpital [...]; on note alors une amélioration de la force des muscles érecteurs du rachis, mais malgré cette prise en charge Mr J. _____ continue à souffrir de ses Lombo-sciatalgies qui sont toujours décrites comme invalidantes. Il doit augmenter la prise des anti-douleurs (Tramal), de façon concomitante. Nous nous sommes également basés sur l'évaluation effectuée aux EPI en 2009, évaluation qui nous semble plus fiable puisqu'effectuée sur une durée plus longue qu'une «simple» consultation médicale. 2) En relisant le courrier du SMR nous sommes frappé que l'on reproche à notre expertise de ne pas avoir fait appel à un avis psychiatrique. Tout d'abord, nous avons été mandatés par vos soins pour faire une expertise rhumatologique et non psychiatrique. Comme il ressort de nos diagnostics (point 4, page 8), le patient souffre d'un trouble somatoforme douloureux non invalidant n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail; l'état dépressif dont le patient a souffert dans les années 90 est également considéré comme stabilisé et en rémission par les différents experts ayant examiné le patient; un traitement d'antidépresseur à but d'entretien est encore en cours en 2011. Nous n'avons par conséquent pas retenu d'indication à effectuer une expertise psychiatrique supplémentaire. D'autre part, lors de notre entretien avec le patient et de son examen clinique, aucun trait d'ordre dépressif ne nous a frappé, bien que nous ne soyons effectivement pas expert psychiatrique. En ce qui concerne notre évaluation physique, nous ne retrouvons pas plus de 9 points/18 de Smythe, contrairement au Dr M. _____ et cela ne nous a pas paru pertinent de les signaler. Nous notons par contre la présence de nombreux triggers points (contractures myo- fasciales) dans la région fessière et lombaire basse compatibles et conséquences des troubles décrits par le patient. Il est à noter également que le diagnostic de fibromyalgie est un diagnostic clinique d'exclusion, à évoquer en l'absence d'autre pathologie, ce qui n'est pas le cas dans la situation de Mr J. _____ (notion de blocages itératifs sur pathologie lombaire de surcharge et troubles dégénératifs consécutifs)." Dans son écriture du 25 octobre 2013, le recourant a relevé que le complément d'expertise des I. _____ était dénué de toute ambiguïté, attestant une incapacité de travail de 50 % avec rendement diminué de 25 % dès le mois de septembre 2003 et que c'est donc ce point de

départ qu'il y avait lieu de retenir au regard du principe de la vraisemblance prépondérante.

- 25 - Par déterminations du 7 novembre 2013, l'OAI, se ralliant à l'avis SMR du 28 octobre précédent, a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Dit avis SMR, sous la signature du Dr???. _____, relève notamment ce qui suit : "Le courrier des experts du I. _____ du 14 octobre 2013 est censé répondre à ces questions. Pourtant il apparaît qu'aucun nouvel élément médical n'est objectivé et que la discussion augmentant la différence d'appréciation des experts quant à la capacité de travail exigible reste limitée. Il semblerait que pour les experts des I. _____ le déconditionnement physique et musculaire de MrJ. _____ soit un facteur déterminant pour expliquer une capacité de travail réduite de 50 % dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 25 % depuis 2003. Il nous semble, comme déjà mentionné dans les conclusions de l'examen clinique de 2008 du SMR, que ce déconditionnement musculaire lié à l'inactivité est, au moins partiellement, réversible, comme semble d'ailleurs le démontrer l'essai de rééducation intensive pratiquée à l'hôpital [...] en 2004. En conclusion, après une lecture attentive des arguments des experts des I. _____, nous ne discernons pas les raisons médicales objectives qui les conduisent à s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail exigible de MrJ. _____ faite par le SMR." Le 18 novembre 2013, le recourant s'est déterminé en relevant que l'expertise judiciaire des I. _____, qui atteste une capacité de travail réduite de 50 % dans une activité adaptée, diminuée par une baisse de rendement de 25 % depuis 2003, était concluante et qu'il y avait lieu de s'y rallier, à tout le moins sur le point de départ et la quotité de la capacité de travail exigible. Par écriture du 2 décembre 2013, l'OAI a indiqué que le courrier du recourant du 18 novembre 2013 n'appelait aucun commentaire. Pour le surplus, il déclarait se référer à ses déterminations du 7 novembre 2013 et confirmait ses conclusions tendant au rejet du recours. E n d r o i t :

- 26 - 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui 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, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer. 2. Sont litigieux en l'espèce la quotité de la rente d'invalidité allouée au recourant et le point de départ de son octroi, respectivement l'évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant, partant celle de l'invalidité. Par décision du 12 juillet 2010, l'OAI a alloué au recourant un quart de rente d'invalidité à compter du 1er juillet 2007, puis trois-quarts de rente à partir du 1er octobre 2007. L'intimé s'est fondé sur les conclusions du rapport d'examen rhumatologique du Dr M. _____ du 4 juin 2008, complétées par celles du Dr T. _____ dans son avis SMR du 6 novembre 2009. Le premier a estimé que toute forme d'activité respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré était possible à un taux de 100 %, avec une diminution de rendement de l'ordre de 25 % en relation directe avec les phénomènes de blocages itératifs

et les limitations fonctionnelles retenues. Il précisait toutefois qu'en raison des effets secondaires induits

- 27 - par une toxicodépendance latrogène aux dérivés morphiniques, le recourant présentait depuis la fin de l'année 2007 une diminution de rendement de 50 %. Le second, après s'être fait confirmer par le médecin traitant du recourant que celui-ci recevait une dose quotidienne de Tramal® de 300 mg depuis au moins le mois de juin 2006, concluait qu'en juin 2007 en tout cas (juin 2006 car erreur de plume, selon nouvel avis SMR du Dr T. _____ en procédure de recours), l'assuré présentait des effets secondaires à la thérapie antalgique. Cette appréciation est contestée par le recourant, qui fait valoir qu'elle est en contradiction avec l'évaluation de sa capacité de travail telle que retenue par ses médecins traitants et telle qu'elle ressort du rapport du 16 juin 2009 des responsables des EPI, pour qui sa capacité de travail dans une activité d'employé de bureau, d'administration ou de réceptionniste est de 75 % sur un mi-temps, en raison des effets secondaires du traitement médical de l'assuré. Soutenant que les rapports médicaux du SMR sur lesquels s'est fondé l'OAI n'ont pas de valeur probante, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, rhumatologique et neurologique, afin que soit déterminée sa capacité de travail exigible. 3. 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

- 28 - longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4, 115 V 133, consid. 2; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid.

2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

- 29 - examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR 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 divergence 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). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 4. En l'espèce, force est de constater, avec le recourant, que les conclusions des médecins du SMR (rapport d'examen rhumatologique du 8 juin 2008 du Dr M. _____ et avis SMR du 6 novembre 2009 du Dr T. _____), qui retiennent une capacité de travail résiduelle de travail de

- 30 - 100 % dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles avec une diminution de rendement de 20 % dès 2003, puis de 50 % dès juin 2007, sont en contradiction avec celles résultant des rapports médicaux des Drs Q. _____, rhumatologue (du 27 août 2004), P. _____, neurologue (2 novembre 2004), et E. _____, généraliste et médecin traitant (3 décembre 2008) - puisque ceux-ci estimaient que l'activité professionnelle habituelle d'agent d'assurance n'était plus exigible - et celles des responsables des EPI, qui sont d'avis, à la suite du stage d'un mois effectué du 13 mai 2009 au 11 juin 2011 par le recourant, que celui-ci ne dispose plus que d'une capacité de travail partielle dans une activité de bureau adaptée à ses limitations professionnelles, à savoir un 75 % d'une activité à 50 %. Au vu de l'ensemble de ces éléments, dans son appréciation des preuves, la Cour de céans a finalement considéré que des doutes quant à la capacité de travail résiduelle de travail effective du recourant subsistaient. Elle a par conséquent ordonné la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire, se conformant en cela tant à la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en matière de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V

465 consid. 4.4) qu'à celle qui exige, dans les cas où les appréciations (d'observation médicale et professionnelle) divergent sensiblement, que l'administration, respectivement le juge confronte les deux évaluations et, au besoin, requiert un complément d'instruction (TF 9C_739/2010 arrêt du 1er juin 2011 consid. 2.3, 9C_1035/2009 arrêt du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 18, les deux avec les références citées). 5. L'expertise judiciaire a été confiée, avec l'accord des parties, à des spécialistes en médecine physique, en réadaptation orthopédique et en neurologie. Le rapport de synthèse signé des Drs B._____, G._____ et H._____, a été produit le 16 novembre 2011. Sa valeur probante est contestée par l'intimé, respectivement par le SMR, qui considère principalement que, sans élément médical nouveau, les experts admettent

- 31 - une exigibilité médicale différente, nettement inférieure à celle admise par le SMR, sans toutefois motiver leur point de vue. En premier lieu, il faut relever que le rapport de synthèse de l'expertise bidisciplinaire réalisée par les spécialistes des I._____ du 16 novembre 2011 et son complément du 14 octobre 2013, abordent de façon circonstanciée les points litigieux, se fondent sur des examens complets, prennent en considération les plaintes du recourant; ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse de l'intéressé, décrivent et enfin apprécient la situation médicale de façon claire et détaillée. Les conclusions auxquelles les experts aboutissent en ce qui concerne la capacité résiduelle de travail du recourant sont dûment motivées, de manière systématique et rigoureuse, de sorte qu'elles emportent la conviction de la Cour de céans qui les fait siennes. En effet, contrairement à ce que soutient l'intimé, les experts exposent de façon convaincante les raisons pour lesquelles ils sont arrivés à la conclusion que la capacité de travail exigible du recourant est de 50 % dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de septembre 2003, à laquelle s'ajoute une diminution de rendement de 25 % : ils font état du fait que le recourant présente des lombalgies chroniques invalidantes dans le cadre d'un trouble dégénératif du rachis lombaire associé à un déconditionnement musculaire et physique important. Selon leur évaluation, fondée sur l'anamnèse, l'examen clinique ainsi que sur les différents tests effectués, la capacité de travail d'au maximum 50 %, respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charge supérieur à 5 kg de façon répétitive, pas de travail en position debout ou assise prolongée, en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis, pas de travail l'exposant à des machines ou outils réalisant des vibrations ou au froid prolongé, possibilité d'effectuer des changements de positions fréquents, au minimum deux fois par heure) semble certes exigible, mais la capacité de travail résiduelle doit encore être réduite compte tenu d'un rendement diminué de 25 %, principalement en raison des effets secondaires dus au traitement antalgique au Tramal®. Ils estiment que cette incapacité de travail d'au moins 50 % perdure depuis septembre 2003, tout en reconnaissant que, du fait que le recourant n'a plus travaillé depuis 2001,

- 32 - il est délicat de se prononcer sur la période à compter de laquelle il pourrait encore travailler à 50 %. Pour cela, il aurait fallu disposer d'une évaluation médicale de sa situation en 2003. En l'absence d'une telle évaluation, les experts retiennent néanmoins, dans le complément d'expertise du 14 octobre 2013, qu'il est évident qu'après deux ans d'inactivité professionnelle, le recourant était sans aucun doute fortement déconditionné sur le plan physique, ce qui justifie de retenir une capacité de travail réduite à 50 % dans une activité adaptée. Ils relèvent que cette appréciation est corroborée par le fait que l'assuré, suite à la rechute connue en 2004, a été pris en charge en rééducation intensive, laquelle n'a débouché que sur une amélioration de la force des muscles érecteurs du rachis, sans apporter de

soulagement au niveau des douleurs, les lombosciatalgies restant invalidantes, contraignant ainsi l'intéressé à augmenter sa prise de Tramal® de façon concomitante. Les experts expliquent enfin que, dans leur évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, ils ont pris en compte l'évaluation effectuée aux EPI en 2009, qui leur semble pleinement fiable, puisqu'elle a permis de fonder des constats objectifs sur une certaine période, ce que ne permet pas une "simple" consultation médicale. La Cour de céans est d'avis que le point de vue des experts est objectivement fondé. D'aucun ne peut nier qu'il serait illusoire, a posteriori, de vouloir fixer avec une certitude absolue le point de départ de la capacité de travail résiduelle de 50 % au mois de septembre 2003, vu l'absence d'une investigation médicale complète à ce moment-là. Cependant, plusieurs éléments du dossier concordent pour retenir ce degré de capacité résiduelle de travail et ce point de départ avec une vraisemblance prépondérante. Ainsi, à lire l'anamnèse du recourant, on est interpellé par le fait que le premier blocage lombaire remonte à 1982, alors qu'il travaillait en qualité de monteur-électricien, blocage qui l'a amené, à l'époque déjà, à rester en arrêt de travail pendant plus de deux ans pour finalement se résoudre à entreprendre une reconversion professionnelle dans le métier d'agent d'assurance. Une première rechute a lieu en 1997 avec un nouveau blocage. C'est alors que le recourant commence un traitement antalgique de Tramal®. Ce traitement perdurait

- 33 - en 2003, comme l'atteste le rapport médical du 18 décembre 2003 du Dr L. _____ au médecin traitant du recourant. En juin 2006, son nouveau médecin traitant, le Dr E. _____ relevait que ce traitement médical antalgique n'avait qu'un effet limité. Or, si l'on se réfère aux données relatives à la posologie de Tramal® telles qu'elles ressortent notamment du rapport d'expertise, on constate que, déjà en 2008, le recourant prenait trois fois 150 mg de Tramal® par jour avec adjonction de patches de Durogésic durant quelques semaines par an, et qu'en 2011, au moment de l'expertise, si le dosage en Tramal® était resté à 400 mg par jour, il était accompagné d'une médication complémentaire plus importante de Durogésic patches, soit une fois tous les trois jours en réserve. Ainsi, le caractère évolutif de l'atteinte somatique que présente le recourant depuis quelques 30 ans paraît établie, avec la conséquence hautement vraisemblable qu'en 2003, l'intéressé ne disposait alors plus que d'une capacité de travail exigible de 50 % (dans toute activité limitée à ses limitations fonctionnelles) et qu'au surplus, dès lors que la médication de Tramal® avait débuté en 1997 déjà, les effets secondaires de ce médicament diminuaient déjà son rendement de 25 %. Le caractère évolutif de l'atteinte du rachis a du reste été reconnu par le Dr M. _____ du SMR en 2008, mais avec une appréciation de son influence sur la capacité de travail du recourant plus mesurée (20 % depuis septembre 2003). Cela s'explique probablement par le fait que le Dr M. _____, comme ses collègues du SMR, ont considéré qu'une partie des symptômes présentés par le recourant ne pouvaient pas être rattachés à la problématique organique lombosciatalgique invalidante mais à la présence d'un syndrome douloureux chronique. Dans ce contexte, les questionnements du Dr T. _____ dans son avis SMR du 7 décembre 2011 quant à l'absence de volet psychiatrique à l'expertise – étonnants vu l'absence de toute question ou requête de la part du SMR à ce sujet au moment de la mise en œuvre de l'expertise – s'expliquent plus aisément. Or, comme le relèvent les experts dans leur rapport complémentaire du 14 octobre 2013, le syndrome douloureux chronique est un diagnostic d'exclusion que l'on ne retient que lorsque tout ou partie des symptômes et des plaintes d'un assuré ne reposent sur aucun substrat organique. Tel n'est pas le cas du recourant, les experts indiquant clairement que les

- 34 - symptômes et les plaintes sont organiquement fondés (examens cliniques et radiologiques), de sorte que l'atteinte rachidienne à laquelle s'ajoute le déconditionnement musculaire et physique global – auquel il n'a pas été possible de remédier médicalement, la prise en charge intensive en rééducation à l'Unité du rachis s'étant soldée par un bilan pauvre en résultats (cf. rapport médical du Dr Q._____ du 22 février 2005) – fondent objectivement l'exigibilité médicale de la capacité de travail telle que retenue par les experts, problématique des effets secondaires du traitement antalgique en sus. En définitive, sur la base du rapport d'expertise judiciaire des spécialistes des HUG, la Cour de céans considère que le recourant ne dispose plus, depuis le mois de septembre 2003, que d'une capacité de 50 %, réduite encore de 25 % en raison de la baisse de rendement induite par les effets secondaires du traitement antalgique, qui constituent un facteur objectif d'évaluation. C'est donc une incapacité de travail de 62,5 % qu'il faut retenir depuis le 1er septembre 2003, laquelle se confond avec le degré d'invalidité. Ainsi et compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), le recourant a droit à trois-quarts de rente à compter du 1er septembre 2004. Le recours doit donc être admis et la décision attaquée réformée en ce sens. 6. 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr. à la charge de l'OAI, qui succombe.

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