

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4872/2007

ATAS/923/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 13 septembre 2010

En la cause

Monsieur F _____, domicilié à Versoix, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître REY Stéphane

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur F_____ (ci-après: le recourant ou l'assuré), électricien, s'est trouvé, courant mars 2004, en incapacité de travail de 50% en raison de douleurs lombaires. Il exerçait alors l'activité d'agent technique, auprès d'un bureau d'ingénieur, qui comprenait 60% de dessins et 40% de suivi de chantier. Auparavant, l'assuré avait occupé une place de chef de projet au sein de l'entreprise.
2. Suivi par le Dr L_____, neurochirurgien FMH, l'assuré a déposé, le 16 mars 2006, une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, devenu depuis lors l'office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après: l'OAI ou l'intimé), visant à l'octroi d'une rente.
3. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, le Dr L_____ a émis un premier rapport en date du 13 avril 2006 selon lequel une incapacité de travail de 50%, avec une diminution de rendement de 50%, devait être retenue à l'endroit de l'assuré, à compter du 8 mars 2004, dans le cadre de son activité d'électricien telle qu'exercée à ce jour, ce en raison de douleurs lombaires chroniques, d'instabilité lombaire, et d'un status post-spondylodèse L5-S1.

Ce rapport a été complété par courrier du 7 décembre 2006 adressé à l'OAI. Dans ce courrier, le Dr L_____ a rappelé qu'il avait opéré l'assuré dans les années 90 pour une lyse isthmique bilatérale L5, opération à la suite de laquelle l'assuré avait pu retrouver une vie à peu près normale. La situation s'était toutefois péjorée depuis la fin des années 90, les douleurs lombaires étant réapparues de manière plus tenace avec une nouvelle instabilité du segment lombosacré. Le Dr L_____ a encore confirmé que son patient ne parvenait pas à assumer son activité d'électricien au-delà d'un taux d'activité de 50% avec la prise régulière d'Ecafaneq, de Mydocalm et de Tramal à haute dose.

4. L'OAI a diligenté une expertise réalisée par le Dr M_____, rhumatologue FMH auprès du Service médico-régional de l'assurance-invalidité (ci-après: le SMR). Le Dr M_____ a examiné l'assuré le 13 février 2007 lors d'une consultation de 25 minutes et a demandé des radiographies lombaires de face et profil "+fonctionnelles en flexion/extension" afin de juger de l'évolution du spondylolisthésis et d'évaluer la stabilité du montage d'ostéosynthèse.

Dans un rapport daté du 7 mars 2007, il a relevé que l'activité exercée par l'assuré, bien que mentionnée par l'employeur comme celle de chef de projet, était celle de dessinateur technique au bureau pour un 60%, et le suivi de chantiers pour un 40%. Toutefois, depuis mars 2004, l'assuré ne faisait plus que du dessin technique et des travaux de métrie, pendant les quatre heures journalières, en pouvant tenir trois-quarts d'heure sans changer de position. Les plaintes exprimées par l'assuré étaient une douleur basse irradiant dans les hanches et une fois par mois une douleur aiguë

jusqu'au creux poplité, tantôt à gauche, tantôt à droite. Les lombalgies étaient pratiquement continues et le réveillaient toutes les nuits. Les symptômes fluctuaient selon l'activité et augmentaient en fin de matinée après l'activité professionnelle. L'assuré pouvait rester debout quinze minutes, assis quarante-cinq minutes. Il n'avait pas besoin de marcher plus de quinze minutes, mais estimait pouvoir le faire une heure. Il était capable de conduire durant une heure.

Sur la base du dossier radiologique à sa disposition, le Dr M_____ a en particulier relevé ce qui suit: anthélisthésis de grade 1 en L5-S1, à la limite du grade II, anthélisthésis de grade 1 de quelque millimètres en L4-L5. status post-spondylodèse L5-S1, petite hernie discale médiane et paramédiane G, déjà visible en 2004, troubles dégénératifs postérieurs en L5-S1 (Ct-lombaires du 10 mars 2004), spondylolisthésis de 12mm de L5-S1, à la limite du supérieur de grade 1, pincement modéré L5-S1, pas de modification du glissement L5-S1, pincement discal postérieur de L4-5 avec rétrolisthésis de L4 de 8mm, augmentant de 1mm en extension, léger pincement en L3-4, ébauche d'arthrose des sacroiliaques (Rx du rachis lombaire/f/p et fonctionnelles du 16 février 2007). Procédant à une comparaison des clichés, le Dr M_____ a ainsi noté qu'entre 2004 et 2007, tant les spondylolisthésis L5-S1, que L4-5 ne s'étaient pas modifiés et qu'il n'y avait pas de macro-instabilité L5-S1. Seul le spondylolisthésis de grade I en L4-5 augmentait de 1mm en extension, instabilité qui, sur le plan macroscopique, était à la limite du significatif. A ce titre, l'hypothèse d'instabilité de l'ostéosynthèse du Dr L_____ ne pouvait donc pas être confirmée.

Au nombre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, le Dr M_____ a donc retenu ceux de lombalgies chroniques non déficitaires, dans un contexte de spondylolisthésis de grade I L5-S1, traitée par spondylodèse, d'hernie discale médiane L4-L5 et de troubles dégénératifs postérieurs (M54.4).

Le Dr. M_____ a par ailleurs constaté des limitations fonctionnelles, à savoir l'attitude en porte-à-faux du tronc, le port de charges au-delà de 9 kg, les mouvements répétés de flexion-extension, la station assise au-delà d'une heure et la station debout au-delà d'une vingtaine de minutes. Il a relevé que l'appréciation de la capacité de travail était rendue difficile par le manque de descriptif précis du poste dans le rapport de l'employeur. En se fondant sur les dires de l'assuré, selon lesquels l'activité se partageait entre un 60% comme dessinateur et un 40% pour le suivi de chantiers, il a estimé que l'assuré connaissait une incapacité de 50% dans ce second aspect et une pleine capacité dans le premier, ce qui donnait une incapacité globale de 20% depuis le 8 mars 2004. Il ne notait pas d'évolution dans le degré d'incapacité, vu l'absence de syndrome rachidien, de sciatalgie irritative ou de déficit neurologique et vu l'absence de confirmation d'une instabilité de montage du matériel d'ostéosynthèse. Il a relevé une légère boiterie antalgique. Il a estimé la capacité de travail comme inexistante dans l'ancienne activité d'électricien mais comme totale dans une activité adaptée, sans autre précision.

Sur cette base, le Dr M_____ a conclu à une capacité de travail exigible de 80% dans l'activité habituelle d'agent technique dans un bureau d'ingénieur et à une capacité de 100% dans une activité adaptée.

5. Par décision du 5 novembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, estimant que ce dernier avait une capacité de travail de 80% dans l'activité d'agent technique et de 100%, dans une activité adaptée, l'assuré possédant à cet égard les connaissances et compétences nécessaires et cette activité étant d'autre part compatible avec les limitations fonctionnelles constatées (légère et alternance de positions).
6. L'assuré a interjeté un recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans, sollicitant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.
7. Dans ce cadre, le Dr L_____ a été entendu au titre de témoin. Lors de son audition le 31 mars 2008, le Dr L_____ a en particulier précisé que les limitations consistaient dans les douleurs en extension et en flexion commandant le changement fréquent de position et rendant difficile le port de charges. S'agissant des douleurs, il a en particulier expliqué au Tribunal qu'il n'y avait pas d'examen pour l'objectiver. Il était toutefois courant, qu'après une intervention telle que celle pratiquée sur le patient, une répercussion de la charge de travail se produise sur le disque adjacent engendrant des douleurs. Ce sujet était au demeurant régulièrement traité dans le congrès nommé "Adjacent disc disease". Pour conclure, le Dr L_____ a confirmé que la capacité de son patient était de 50% dans son activité actuelle, adaptée à ses limitations.

Le recourant a également été entendu par le Tribunal. Il a expliqué que son activité actuelle consistait dans l'établissement de plans et la restitution d'études financières; il devait toutefois se lever régulièrement de sa place de travail, en raison des douleurs persistantes nonobstant la prise de médicaments. En outre, après avoir travaillé 4h, il devait rentrer chez lui se reposer.

8. Par arrêt du 21 avril 2008 (ATAS/469/08), le Tribunal de céans a admis le recours interjeté par l'assuré et lui a reconnu le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité, à compter du 1^{er} mars 2005.
9. Saisi d'un recours, le Tribunal fédéral a annulé le jugement cantonal pour violation de la libre appréciation des preuves.

Le Tribunal fédéral a en particulier relevé que la seule divergence déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité entre les appréciations médicales des Drs L_____ et M_____ portait sur le degré d'incapacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, à savoir dans celle de dessinateur-électricien, leurs conclusions étant par ailleurs concordantes s'agissant du diagnostic et des limitations fonctionnelles.

Or, sous cet angle restreint de l'évaluation de la capacité de travail, c'était à tort que l'autorité cantonale avait privilégié la position du Dr L_____, les motifs invoqués pour ce faire par l'autorité de céans étant sans fondement. En particulier, ne constituaient des éléments objectifs susceptibles d'emporter la conviction du juge pour écarter les conclusions du Dr . M_____, ni l'hypothèse - soulevée par le Dr L_____ mais non confirmée - d'une lésion du disque adjacent, ni la quantité de morphine prise par l'intimé en lien avec la réalité des douleurs. Tel en allait de même des circonstances entourant les efforts déployés par l'assuré pour assumer ses tâches et des constatations faites sur place par l'employeur quant à une capacité de travail de 4 heures par jour.

Le Tribunal fédéral a donc annulé le jugement entrepris renvoyé la cause au Tribunal de céans pour qu'il procède conformément au droit. S'agissant de la divergence quant à la capacité de travail opposant les Drs L_____ et . M_____, il a invité le Tribunal de céans à interpeller les deux médecins précités pour que chacun d'eux se prononce sur l'opinion et les objections de l'autre ou à mettre en œuvre une expertise judiciaire.

10. En date du 9 décembre 2008, l'instruction a donc été reprise, le Dr . M_____ étant invité à se déterminer sur les rapports du Dr . L_____ datés des 13 avril et 7 décembre 2006, ainsi que sur le contenu de son audition comme témoin, et le Dr . L_____ devant se prononcer sur l'expertise diligentée par le Dr . M_____.
11. Par courrier du 5 mai 2009, le Dr . L_____ a indiqué au Tribunal que le rapport de son confrère était extrêmement détaillé et bien réalisé. Il a relevé que son patient était en incapacité de travail de 100% Il a préconisé la mise en place d'un stage d'observation auprès de l'OAI. Par ailleurs, ayant choisi d'adresser son patient en consultation aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après: les HUG), il a transmis au Tribunal deux rapports émanant de médecins des HUG, à savoir le Dr N_____, médecin adjoint au service de neurochirurgie et le Dr O_____, médecin adjoint au service de rhumatologie.

Le rapport du Dr N_____ daté du 19 février 2009 retient, sur la base d'un examen clinique, un syndrome vertical sévère sans déficit neurologiques aux membres inférieurs, le bilan radiologique (clichés de 2007) mettant en évidence une hyper mobilité L3-L4 en flexion-extension et en L4-L5. Un traitement par infiltration au niveau articulaire et éventuellement au niveau des sacroiliaques est préconisé. Aucun commentaire n'est fait quant à la capacité de travail.

Le Dr O_____, après avoir effectué un examen clinique en date du 7 avril 2009, n'a pas relevé d'élément pour une lombalgie spécifique, ni de troubles statiques majeurs, l'examen neurologique étant par ailleurs dans les limites de la norme. Selon lui, l'examen radiologique ne met pas en évidence de problèmes avec

l'ostéosynthèse, ni de décompensation à l'étage sous-jacent, mais il ne permet pas non plus d'éliminer totalement une problématique L5-S1, alors qu'aucun syndrome radiculaire n'existe à ce niveau. Les signes de Waddel sont par contre positifs (3/5). Enfin, alors que l'assuré lui a indiqué qu'il serait difficile d'obtenir une amélioration clinique tant et aussi longtemps que la procédure judiciaire ne serait pas terminée, le Dr O_____ a noté des éléments de la lignée dépressive, un retrait social progressif et aujourd'hui majeur, des signes importants de kinésiphobie et de protection, les amplitudes étant perturbées de manière importante par la douleur souvent plus augmentée au redressement que dans le mouvement considéré. Il préconise une prise en charge thérapeutique de type cognitivo-comportementale. Il ne se prononce pas non plus sur la capacité de travail.

12. Par détermination du 14 mai 2009, le Dr M_____ a remis en cause les deux rapports du D. L_____, datés respectivement des 13 avril et 7 décembre 2006, ainsi que la déclaration de celui-ci du 31 mars 2008 pour les raisons suivantes:

- a. le rapport du 13 avril ne comprenait pas d'examen clinique;
- b. l'appréciation était fondée sur une activité d'électricien, alors que l'activité adaptée retenue et exercée était celle de dessinateur-électricien;
- c. le rapport du 7 décembre était également dénué d'un examen clinique et tenait toujours compte d'une activité d'électricien;
- d. les limitations fonctionnelles relevées par le Dr. L_____ lors de son audition du 31 mars 2008 étaient compatibles avec l'activité préconisée;
- e. la dose de médicaments, à savoir 400mg par jour d'antalgiques majeurs, se situait dans les normes thérapeutiques et recommandées par le Compendium suisse des médicaments.

Le Dr M_____ a encore confirmé son diagnostic, à savoir "des lombalgies chroniques non déficitaires, dans un contexte de spondylolisthésis de grade 1 L5-S1, traité par spondylodèse et de hernie discale médiane L4-5, troubles dégénératifs postérieurs".

13. En date du 19 mai 2009, les parties ont été invitées à se déterminer sur ces nouvelles pièces.

14. Le 15 juin 2009, l'OAI a fait valoir ses observations et relevé que le Dr L_____ s'était finalement rallié aux conclusions du Dr . M_____ et que, par ailleurs, les conclusions du Dr M_____ n'avaient fait état d'aucun

élément nouveau quant à l'atteinte à la santé par rapport à son appréciation du 13 février 2007. L'OAI a donc persisté dans sa décision.

15. Par courrier du 7 septembre 2009, l'assuré a indiqué au Tribunal que son état physique et psychologique s'était considérablement aggravé, son traitement ayant du être réadapté suite à la prise d'un antidépresseur (le Saroten). Compte tenu des contre-indications à prendre ce médicament avec le Tramal, la dose journalière de cet antalgique avait du être réduite de 400mg à 200mg. Les douleurs avaient alors augmenté de manière notable et étaient devenues constantes de jour comme de nuit, avec des pics le matin et le soir. Un nouvel antidouleur, le Durogecic, lui a alors été prescrit par son médecin traitant, le Dr . P _____, généraliste, en lieu et place du Tramal.

Par ce même courrier, l'assuré a transmis au Tribunal un rapport daté du 5 mai 2009 établi par le Dr . Q _____, médecin à l'unité de psychiatrie de liaison des HUG. Il ressort de ce rapport que, quand bien même la prise d'un antidépresseur est conseillée (diminuer les troubles de l'endormissement) et qu'un suivi médical régulier auprès du médecin-traitant est recommandé, aucun diagnostic psychiatrique ne peut être retenu à l'endroit de l'assuré. Seul prévaut un important sentiment d'injustice et de colère - entretenu par la consommation de cannabis - face à la non reconnaissance des douleurs dont il souffre.

Sur cette base, le conseil du recourant a sollicité que soient ordonnées une comparution personnelle des parties, ainsi que des auditions supplémentaires, sans toutefois préciser lesquelles.

16. Le 6 octobre 2009, les parties ont été informées de ce que le Tribunal de céans avait l'intention d'ordonner une expertise confiée à la Dresse R _____, rhumatologue, de sorte que la mission d'expertise leur était transmise et un délai leur était octroyé pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation et sur les questions posées.
17. Dans le délai imparti, l'OAI a indiqué les questions complémentaires dont il souhaitait qu'elles soient posées à l'expert. L'assuré n'a pour sa part émis aucune observation.
18. Par ordonnance du 10 novembre 2009, le Tribunal a ordonné une expertise médicale et l'a confiée à la Dresse R _____.
19. Cette dernière a rendu son rapport d'expertise le 10 mai 2010. Après avoir procédé à une anamnèse, énoncé les plaintes de l'assuré, relevé le traitement prescrit, effectué un examen clinique de l'assuré et analysé les radiographies en sa possession, la Dresse R _____ rappelle que l'assuré a présenté des lombalgies suite à une chute en 1988. Une spondylolyse L5 bilatérale avec spondylothésis L5-S1 a été mise en évidence, mais améliorée par le port d'un corset et par une

spondylodèse effectuée en 1990. La situation a été stabilisée et asymptomatique pendant 10 ans, puis des douleurs lombaires avec des scialgies irradiant en alternance dans les deux membres inférieurs prédominant à gauche sont progressivement réapparues pour devenir plus importantes depuis l'automne 2003. En 2004, ses médecins traitants, les Drs S_____ et T_____, ont évoqué la possibilité que les douleurs apparues en 2000 soient en relation avec des surcharges des niveaux en dessus de l'ostéosynthèse ("adjacent segment disease"). Cette hypothèse n'a toutefois pas pu être confirmée, en raison de problèmes techniques, par une discographie du disque L4-L5. En 2009, un nouvel examen effectué par le Dr N_____ a permis de relever un syndrome vertébral sévère à l'examen clinique, l'examen radiologique parlant en faveur d'une hypermobilité L3-L4 et L4-L5, c'est-à-dire des niveaux sus-jacents à l'ostéosynthèse.

S'agissant de la situation actuelle, la Dresse . -R_____ relève que les lombalgies sont toujours présentes, localisées dans la région lombaire basse, en barre, irradiant face postérieure des cuisses surtout à gauche, constantes avec un fond douloureux estimé entre 3-5/10, avec une nette augmentation des douleurs en positions prolongées, assis (maximum ½ heure) ou debout (maximum 20 minutes), et à la marche (maximum 1 km), et une légère diminution en position couchée (peu de douleurs nocturnes). L'examen clinique permet de constater une déviation antalgique du tronc, une bascule du bassin vers la gauche, des troubles statiques sous forme d'un dos plat dans la région lombaire basse et une petite hyperlordose de la région de la jonction dorsolombaire. La mobilité du rachis est en outre limitée avec une importante rectitude du segment lombaire en flexion latérale droite et une extension est très douloureuse. Il existe des douleurs à la palpation même superficielle de toute la région lombaire, avec un palper rouler très douloureux et une peau infiltrée, avec des contractures paravertébrales ddc. Enfin, il n'y a aucun signe d'exagération (1/5 signe de Waddel).

En ce qui concerne les diagnostics, outre ceux de lombalgies chroniques et de spondylodèse de type PLIF L5-S1 présents depuis 1990, la Dresse A. SAUDAN-R_____ admet que tant les symptômes présentés depuis 2003 par l'assuré, que l'examen clinique et les images radiologiques sont compatibles avec une surcharge et une instabilité du niveau en dessus de la fixation (en l'occurrence L4-L5), à savoir ce qui est décrit dans la littérature comme "ajacent segment disease" ou troubles dégénératifs des articulaires postérieurs et petite instabilité L4-L5. Cette entité peut être génératrice de douleurs plusieurs années après une chirurgie de stabilisation. Les douleurs dont se plaint l'assuré ont donc un substrat organique.

Au titre des limitations fonctionnelles, l'experte relève, qu'en raison des douleurs dues à la surcharge L4-L5, la position assise n'est possible qu'une demi-heure voir une heure d'affilée au grand maximum et la position debout au maximum 20

minutes. Par ailleurs, le port de charges est exclu, de même que des mouvements ou des positions prolongées en flexion-extension.

Pour ce qui est de la capacité de travail, la Dresse . -R_____ retient une capacité de 50%, dans l'activité exercée en dernier lieu, à savoir celle de dessinateur-technique (travail de bureau, sans suivi de chantier), de sorte qu'une réadaptation professionnelle n'est pas nécessaire. Cette activité de dessinateur est en effet adaptée aux limitations fonctionnelles constatées lesquelles commandent une activité légère, en position essentiellement assise, sans ports de charge, sans mouvements répétés du tronc en flexion-extension. Elle ne peut toutefois être exercée qu'à 50% en raison de l'impossibilité pour l'assuré de rester en position assise plus d'une heure d'affilée, du fait de ses douleurs. La Dresse. -R_____ fait remonter cette incapacité de travail durable au 8 mars 2004 et mentionne que l'assuré est en arrêt de travail total depuis le 15 janvier 2009. Enfin, la capacité de travail ne pourrait être améliorée pas des mesures médicales, l'impact d'une reprise chirurgicale sur les douleurs étant réduit. Par contre, le traitement médical prescrit, à savoir la prise d'antalgiques majeurs, est adéquat et optimal.

20. Le 17 mai 2010, un délai a été imparti aux parties pour qu'elle fasse valoir leurs observations sur les conclusions de l'expertise.
21. Par détermination du 7 juin 2010, l'OAI s'est référé à l'avis 28 mai 2010 du Dr M. U_____, médecin-interniste au SMR. Tout en relevant que l'expertise permettait d'établir une aggravation récente de l'état de santé (augmentation des douleurs et changement thérapeutique), le Dr U_____ fait état d'une discordance et de contradictions dans les termes de l'expertise, en particulier dans l'appréciation des troubles dégénératifs au niveau lombaire par le Dr M_____. Il préconise un complément d'instruction par le biais d'une expertise psychiatrique en raison de l'apparition de signes de Waddell de non-organicité et de l'indication posée à un traitement psychiatrique.
22. Le recourant n'a fait valoir aucune observation.
23. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La présente procédure s'inscrit dans le prolongement de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 26 novembre 2008 à l'issue duquel la cause a été renvoyée à la juridiction de céans pour qu'elle statue conformément au droit, en particulier en tranchant la divergence opposant les Drs L_____ et M_____ quant aux taux d'incapacité dans l'activité adaptée de dessinateur-électricien. A cet égard, notre Haute Cour a enjoint le Tribunal de céans à interpellier les Drs L_____ et M_____ pour que chacun d'eux se prononce sur l'opinion et les objections

de l'autre ou à mettre en œuvre une expertise judiciaire (cf. page 5 consid. 4.4 et page 7 consid. 4.4 in fine de l'arrêt du TF).

2. Dans ce contexte, le Tribunal de céans a tout d'abord requis une nouvelle appréciation médicales par les Drs L_____ et M_____, puis il a ordonné une expertise judiciaire qu'il a confiée à la Dresse . R_____.
3. La question litigieuse consiste à déterminer si le recourant peut prétendre à l'octroi d'une rente invalidité singulièrement quelle est sa capacité de travail.
4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références).

5. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution

d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4 et les références).

6. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

Le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction

complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

Il n'est pas nécessaire que le diagnostic posé par l'expert soit émaillé de références à la doctrine médicale. On attend bien plutôt de l'expert un diagnostic précis et formulé selon les règles de la science médicale. S'il ne s'agit que d'une suspicion ou d'un diagnostic possible, l'expert doit le signaler explicitement (ATFA non publié du 12 septembre 2005, I 435/05 consid. 2 ; voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise – critères de validité de l'expertise médicale, *in* L'expertise médicale, édition Médecine et Hygiène, 2002, p. 21).

7. En l'espèce, le Tribunal de céans a finalement ordonné une expertise judiciaire laquelle a été effectuée par la Dresse . R_____ en date du 10 mai 2010 .
8. a) L'expertise médicale précitée comprend une anamnèse détaillée, énonce clairement les plaintes exprimées par le recourant, restitue les résultats d'un examen clinique et décrit scrupuleusement les radiographies en sa possession. Sous cet angle - et cela est expressément relevé par le Dr U_____ - elle respecte donc les exigences jurisprudentielles précitées pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

b) S'agissant des diagnostics, ils sont posés de manière claire et motivée. En particulier, l'experte discute longuement les raisons qui l'ont conduite à retenir le diagnostic de "adjacent segment disease" (cf. pages 11 et 12 de l'expertise). Elle explique à ce propos que les douleurs mécaniques en lien avec des positions prolongées, qui se sont réinstallées progressivement depuis 2003 et qui ont commandé la prise d'antalgiques - ne peuvent pas provenir du niveau L5-S1, les examens démontrant que le montage L5-S1 est stable. Par contre, l'examen clinique qu'elle a effectué a permis de constater, à l'instar de ce qui avait déjà été relevé par le Dr N_____ en février 2009, qu'il existe un important syndrome vertical rachidien avec des contractures musculaires, une raideur et des douleurs surtout en extension, sans signe d'exagération. Au demeurant, les radiographies demandées par le Dr M_____, en 2007, montrent un petit glissement de L4 sur L5 visible en extension, ainsi que des troubles dégénératifs des articulaires postérieurs. Ainsi, les symptômes présentés par le patient, l'examen clinique et les images radiologiques parlent en faveur d'une surcharge et d'une instabilité du niveau en dessus de la fixation, ce que la littérature médicale définit comme "adjacent segment disease", Dans de tels cas de figure, les douleurs peuvent survenir plusieurs années après la chirurgie de stabilisation. Suite à une intervention chirurgicale de type arthrolyse L5-S1, le disque L4-L5 devient encore plus mobile et la mise en tension du ligament vertébral commun postérieur par le déplacement horizontal sollicite la riche innervation sensitive au niveau de ce ligament, tout ceci pouvant être à l'origine de douleurs. Concluant ainsi que les symptômes (en particulier la douleur) présentés par le recourant ne viennent pas d'une instabilité du

montage L5-S1 (pas de signes cliniques suffisants à cet égard), mais plus probablement d'une surcharge du niveau sus-jacent (L4-L5), la Dresse R_____ admet que les douleurs ont un substrat organique et se rallie ce faisant aux opinions des médecins traitants, les Drs L_____ et N_____. Elle s'écarte en revanche des conclusions du Dr . M_____ qui a exclu - pour sa part - l'hypothèse d'instabilité de l'ostéosynthèse.

L'OAI, soit pour lui le Dr U_____, remet en cause les explications retenues par l'experte pour s'écarter de la position du Dr Y. M_____. Il soutient que le rapport consacrerait des contradictions et des discordances qui devraient conduire le Tribunal de céans à l'écarter.

S'il est vrai que l'expertise indique d'abord que le Dr . M_____ " mentionne ces troubles dégénératifs et la présence d'une petite instabilité L4-L5, mais n'en tient pas compte ni dans les diagnostics, ni dans sa discussion" (page 12 de l'expertise), puis indique plus loin que dans son courrier du 14 mai 2009 le Dr . M_____ " redécrit les radiographies effectuée le 16.2.2007, mais ne parle pas du niveau L4-L5, ni des troubles dégénératifs" (dernier paragraphe, page 15 de l'expertise), le Tribunal ne saurait voir là une contradiction susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise. S'il est tout aussi vrai que le Dr . M_____ a posé, dans son examen du 13 février 2007, au nombre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail celui de troubles dégénératifs postérieurs (page 4 de son expertise), il n'en demeure pas moins qu'il a exclu dans sa discussion une macro-instabilité L5-S1 sur les clichés fonctionnels, a indiqué que, sur le plan macroscopique, l'instabilité L4-L5 était à la limite du significatif et, enfin, a expressément infirmé l'hypothèse d'instabilité de l'ostéosynthèse soulevée par le Dr F. L_____.

Or, sur cette question, le Tribunal constate que les avis des Drs . M_____ et . U_____ ne permettent pas de remettre en cause les explications données par l'experte, à savoir qu'il existe une discordance nette entre l'importance des lésions anatomiques et l'intensité des troubles fonctionnels et des douleurs subies (commandant au demeurant la prise de dérivés morphiniques) et que cette discordance s'explique par une surcharge et une instabilité L4-L5 (niveau sus-jacent de la fixation). Il est donc établi que les douleurs subies ont - au degré de vraisemblance prépondérante qui régit le domaine des assurances sociales - une origine organique.

c) S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dresse . R_____ a relevé, sans être remise en cause par l'OAI, que la position assise n'était possible qu'une demi-heure voir une heure au maximum d'affilée, le port de charges et les mouvements répétés du tronc en flexion-extension étant exclu. Elle précise par ailleurs que la prise de doses d'antalgiques majeurs péjore la capacité de concentration. Sa position

- qui n'est pas remise en cause par l'OAI - rejoint en outre celle des médecins traitants et doit être suivie.

d) Sous l'angle de la capacité de travail, au demeurant seule question litigieuse selon l'arrêt du Tribunal fédéral, la Dresse -R_____ retient une capacité de travail de 50%. Cette capacité de travail doit s'entendre dans une activité adaptée, à savoir une activité de dessinateur technique correspondant à celle exercée en dernier lieu par le recourant. Ce taux d'activité est en outre commandé par les limitations fonctionnelles constatées (en particulier pas de position assise pendant plus d'une heure d'affilée). La position de l'experte corrobore donc celle du médecin traitant.

Selon l'OAI, la capacité de travail serait entière dans une activité adaptée, à tout le moins jusqu'en février 2007, date à laquelle le recourant a été examiné par le Dr . M_____. L'OAI n'explique toutefois pas en quoi les conclusions de l'expertise seraient - quant au taux d'incapacité retenu - infondées. Il se limite à se retrancher derrière la position du Dr . M_____ dont l'examen serait plus complet en ce qui concerne l'appréciation de la douleur (fixée à 20° dans le status ostéoarticulaire et score de Waddel pour la douleur non organique fixée à 0).

A cet égard, le Tribunal relève qu'alors que la Dresse R_____ motive les raisons qui l'ont conduite à retenir une capacité de travail de 50% (diagnostic objectivant les douleurs, position assise limitée à une heure au maximum et prise d'antalgiques majeurs péjorant la concentration), le Dr . M_____ - qui a pourtant admis au titre des limitations fonctionnelles le fait que la position assise ne pouvait être supportée pendant plus d'une heure d'affilée - n'en a pas tenu compte dans l'évaluation de la capacité de travail. Il mentionne uniquement que l'activité préconisée n'implique pas le port de charge, de sorte qu'elle peut être exercée à 100%. Ce faisant, le Dr . M_____ a occulté les limitations - pourtant admises - en lien avec la position assise. Il ne s'est par ailleurs pas prononcé sur les effets secondaires liés à la prise d'antalgique majeurs, alors qu'il admet - lors de son expertise de 2007 - que le traitement antalgique était à cette époque déjà considéré comme lourd. Partant, il convient - sous cet angle également - de suivre l'avis motivé de la Dresse . R_____. Son avis - qui corrobore celui du Dr . L_____ - sera également suivi pour ce qui est du moment de la survenance de l'incapacité de travail en mars 2004. En effet, l'existence d'une incapacité de gain durable doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 80 consid. 1a). Or, le 8 mars 2004, le

recourant a été mis en arrêt de travail à 50% par son médecin traitant en raison de la recrudescence de douleurs lombaires et n'a depuis lors plus jamais repris d'activité à 100%.

9. Enfin, contrairement à ce qui est préconisé par l'OAI, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise psychiatrique dans le but de déterminer si - dans le cadre d'une éventuelle aggravation de l'état de santé - un traitement psychiatrique serait exigible en vue de réduire le dommage.

En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités) et que les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 66 consid. 1b et la référence).

Or, l'OAI allègue une éventuelle atteinte à la santé psychique en raison de l'apparition de signes de Waddel (1/5) lors de l'examen effectué par l'experte en janvier 2010, soit pour une période postérieure à la date à laquelle la décision litigieuse a été rendue (novembre 2007). Une éventuelle affection psychique n'entre donc pas - dans la période déterminante pour la résolution du litige. Pour le surplus, le Tribunal de céans relève qu'alors que le recourant s'est prévalu en septembre 2009 d'une aggravation de son état de santé psychique, sans toutefois modifier ses conclusions, et que l'examen effectué le 4 avril 2009 par le Dr V_____ a révélé 3/5 points douloureux non organiques, le Dr Q_____ a indiqué - par rapport du 5 mai 2009 - qu'aucun diagnostic psychiatrique ne pouvait être retenu à l'endroit du recourant.

10. En conséquence, il convient d'admettre que la capacité de travail du recourant est, dans une activité adaptée, de 50% depuis le 8 mars 2004. L'activité adaptée ayant été définie comme celle exercée en dernier lieu par le recourant, il n'y a pas lieu de procéder par comparaison des revenus. Le recourant a donc droit à une demi-rente invalidité, étant rappelé que selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI, que ce soit dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2003 ou au 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins.
11. Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1988 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité

de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a). La cinquième révision a modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente, qui, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C_373/08, consid. 2.1).

12. En l'espèce, dans la mesure où l'incapacité de travail significative a commencé à courir le 8 mars 2004 et que le délai d'attente d'une année de l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) est parvenu à échéance le 8 mars 2005, soit avant l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision, ce sont les anciennes dispositions qui s'appliquent, bien que la décision entreprise soit postérieure à leur entrée en vigueur. Cette interprétation est au demeurant codifiée dans la lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007, La 5^{ème} révision de l'AI et le droit transitoire. La demande ayant été déposée le 16 mars 2006, soit plus d'une année après la survenance du droit à la rente, il se justifie d'appliquer la réglementation sur les demandes de prestations dites "tardives".
13. L'art. 48 al. 2 LAI (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) prescrit en effet que si l'assuré présente - comme en l'espèce - sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande, à savoir in casu à compter du 1^{er} mars 2005 (demande déposée le 16 mars 2006), la rente étant versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).
14. Le recourant a ainsi droit à une demi-rente à compter du 1^{er} mars 2005.
15. Au bénéfice des explications qui précèdent, le recours est partiellement admis et la décision de l'OAI du 5 novembre 2007 est annulée.
16. Vu l'issue du litige, une indemnité de 3'500 fr. sera allouée au recourant, à charge de l'intimé (art. 61 al. 1 let.g LPA). Un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'OAI (art. 89 H al. 3 LPA).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé datée du 5 novembre 2007.
4. Dit que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2005.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 3'500 fr.
6. Met à la charge de l'intimé un émolument de 500 fr.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste

Aline SOFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le