

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 avril 2010

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Lanz Pleines et M. Abrecht
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

F. _____, à Aigle, recourant, représenté par Me Christian Favre, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) Lors d'un cours de répétition, le 11 mars 1987, F._____, né en 1960, a chuté sur le siège dans les escaliers gelés d'une grange et a subi un choc dans l'axe de la colonne vertébrale. Il a souffert depuis lors de dorso-lombalgies et de cervicalgies. Le 15 décembre 1987, une chute dans le cadre de son travail sur un chantier à St-Légier a entraîné un hématome latéro-thoracique gauche. L'évolution a été marquée par une chronicisation des douleurs localisées surtout au niveau lombaire et par un échec systématique de toutes les thérapies tentées tant en milieu ambulatoire qu'en milieu hospitalier. Son cas a été pris en charge par l'assurance militaire (OFAM), qui a, par décisions successives des 19 octobre 1998, 3 janvier 2000 et 25 octobre 2000, alloué à F._____ une rente d'invalidité à 50 % pour une période d'une année, puis par décision du 30 octobre 2001 pour une durée indéterminée. Dans la décision précitée, l'OFAM invitait l'assuré à s'annoncer à l'office AI de son canton de domicile, en raison d'une incapacité de travail à 50 % depuis 1999.

F._____ a formulé le 2 juin 2003 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison de maux de dos dus à une chute en 1987. Dans le cadre d'un questionnaire rempli par l'employeur en date du 4 juillet 2003, J._____ à [...] a indiqué qu'elle avait engagé l'intéressé depuis le 1^{er} août 1997 en qualité de menuisier, puis en qualité de contremaître dès le 1^{er} septembre 1999 motif pris que l'assuré avait dû réduire son horaire de travail, en raison de maux de dos l'empêchant de travailler et l'obligeant à de fréquentes pauses. Dans un rapport médical du 8 juillet 2003, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de status post dorso-lombalgies persistantes sur chute en 1987, de cervico-dorso-lombalgies persistantes sur troubles statiques vertébraux et de hyperlaxité des grandes articulations et discopathie L3-L4 gauche, ainsi que de status post troubles somatoformes douloureux persistants avec

troubles de la personnalité. Au vu de la chronification de la situation, ce praticien a attesté une capacité résiduelle de 50 % dans une activité sans port de charges lourdes et ménageant le rachis.

Dans un rapport du SMR du 15 mars 2005 faisant suite à un examen clinique bidisciplinaire, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne-rhumatologie, a posé les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales, de dorso-lombalgies dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann et de status après contusion lombaire en 1987 et tendomyogélose en cascade du MSG. La Dresse V._____, spécialiste en psychiatrie, n'a mis en évidence ni maladie psychiatrique pouvant porter atteinte à la capacité de travail de l'assuré, ni perte d'intégration sociale. Par ailleurs, elle a relevé que la compliance par rapport à la prise en charge médicale n'était pas nulle, mais était oppositionnelle, l'assuré n'ayant pas envie d'améliorer son état de santé, son rôle de malade étant primordial. L'automédication à raison de 500 mg de Tramal par jour pouvait enfin poser la question d'une toxicomanie éventuelle. Ces praticiens ont retenu une capacité de travail de 70 % dans l'ancienne activité de menuisier-monteur de cuisine indépendant et une totale capacité de travail dans son activité actuelle de contremaître, poste lui permettant l'alternance de diverses tâches légères, ce qui correspondait à une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles décrites, soit : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg et pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Cette évaluation s'avérait dès lors différente de celle retenue par l'assurance militaire qui octroyait une rente d'invalidité de 30 % dès le 1^{er} mars 1998 et de 50 % dès le 1^{er} septembre 1999.

Par avis médical du 7 décembre 2005, le Dr X._____, médecin-chef adjoint du SMR, a précisé que les constatations cliniques objectives de l'examen du SMR du 7 mars 2005 étaient tout à fait superposables à celles rapportées dans la "notice médicale" du 20 mars

2003 du Dr U._____, médecin à l'assurance militaire, soit les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de cervico-lombalgies chroniques avec une aggravation de la capacité de travail. Il a cependant relevé que la divergence portait sur l'appréciation de la capacité de travail, l'assurance militaire ayant validé une incapacité de travail alléguée par l'assuré, sans tenir compte de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux.

b) En date du 13 septembre 2006, l'OAI a adressé à F._____ un projet de décision de refus d'une rente d'invalidité. Il a considéré que l'assuré ne présentait ni perte de gain, ni invalidité au sens de l'AI, sa capacité de travail étant entière dans son activité actuelle de contremaître dans la pose de cuisine.

En date du 11 octobre 2006, F._____ a formé opposition contre cette décision en sollicitant un délai pour déposer divers documents médicaux, sa contestation portant sur la réalité de ses cervico-dorso-lombalgies chroniques, les limitations fonctionnelles objectives (lettre de l'employeur du 25 septembre 2006) et les critères dégagés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux.

Par deux courriers des 8 novembre et 19 décembre 2006, le Dr L._____, médecin-cadre à l'unité du rachis au K._____, a précisé qu'il existait au niveau lombaire des herniations de Schmorl, si bien que l'activité de ce patient devait être de type épargne du rachis, ce qui n'était pas le cas dans son poste actuel. Il préconisait dès lors un reclassement professionnel dans une activité adaptée, une capacité de travail à 50 % dans l'activité actuelle n'étant plus exigible.

Par courrier du 6 mars 2007, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'est montré très critique envers le rapport du SMR et a considéré que sur le plan psychique le maintien d'une capacité de travail était encore possible, notamment avec une baisse de rendement de 25 %, compte tenu du besoin de pauses régulières.

Par avis médical du 9 mai 2007, le Dr X._____ a considéré que les documents médicaux fournis par l'assuré ne remettaient pas en cause ses conclusions.

c) Par décision du 31 mars 2008, l'OAI a confirmé sa décision antérieure, en indiquant qu'au vu de la description du poste par l'employeur et des limitations fonctionnelles retenues par le SMR, l'activité actuelle semblait adaptée.

B. a) Par acte de son mandataire du 30 avril 2008, F._____ interjette recours contre cette décision et conclut à l'admission du recours, principalement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction et nouvelle décision, subsidiairement à sa réforme, en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité au moins lui soit octroyée avec effet au 2 juin 2003, sous suite de frais et dépens. Il constate tout d'abord que l'intimé a affirmé sans aucune démonstration qu'il présentait une capacité de travail à 70 % au moins dans une activité de menuisier poseur de cuisine et à 100 % tant dans son activité de contremaître que dans une activité adaptée. L'intimé s'est soigneusement abstenu de donner d'une part des exemples d'une activité adaptée susceptible d'être exercée à 100 % et d'autre part une description de l'activité qu'il occupe actuellement, l'intimé ayant considéré cette dernière comme purement intellectuelle. En tout état de cause, aucune indication n'est donnée quant à la rémunération qu'une telle activité serait susceptible de lui assurer. Compte tenu de ces éléments, il sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale et l'audition éventuelle de témoins.

b) Dans sa réponse du 11 septembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, estimant que les arguments développés dans le recours ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision. Ainsi, dans la mesure où le poste occupé actuellement par l'assuré est adapté, l'intimé n'a pas jugé nécessaire de mettre en œuvre des investigations supplémentaires.

c) Dans sa réplique du 8 octobre 2008, le recourant a souhaité la mise en œuvre rapide d'une expertise médicale et a demandé la fixation d'un délai pour le dépôt d'une liste de témoins. Il a d'ores et déjà indiqué qu'il solliciterait l'audition de l'employeur.

d) Par décision du 16 octobre 2008, le juge instructeur a constaté qu'en l'état du dossier, l'instruction sur le plan médical apparaissait insuffisante, raison pour laquelle une expertise bidisciplinaire semblait nécessaire.

e) Dans son rapport d'expertise du 25 février 2009, le Dr W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a estimé qu'au vu de son impression clinique et de l'examen des critères habituellement considérés dans le contexte de troubles somatoformes, il y avait lieu de conclure à l'absence d'incapacité de travail psychiatrique.

Dans son rapport d'expertise du 9 mars 2009, le Dr H._____, spécialiste FMH en rhumatologie, a retenu une capacité résiduelle de travail de 60 % dans l'activité actuelle avec une baisse de rendement de 25 %, la capacité résiduelle devant dès lors être estimée à 50 %.

f) Par courrier du 7 avril 2009, l'OAI a indiqué que l'expertise du Dr H._____ n'avait pas valeur probante et a transmis à cet effet un avis médical du SMR du 3 avril 2009. Dans son rapport complémentaire du 29 mai 2009, le Dr H._____ a relevé que l'assuré présentait des troubles dégénératifs lombaires objectifs l'empêchant d'effectuer son activité à plus de 50 %, si bien que ce praticien s'inscrivait en faux contre ses détracteurs qui affirmaient que seul un syndrome douloureux somatoforme persistant était la raison des plaintes et des limitations énoncées.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 30 avril 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable aux causes pendantes devant les autorités de justice administratives à cette date (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 20 août 2008. Les modifications consécutives à la 5^e révision de la LAI n'ont par conséquent pas à être prises en considération dans le présent cas.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007

au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4^e révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. Le recourant se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle il prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (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 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

4. En l'espèce, est litigieuse la question du droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son degré d'invalidité. Ce dernier soutient, en s'appuyant sur les rapports des Drs L._____ (rapports des 8 novembre et 19 décembre 2006), Q._____ (rapport du 6 mars 2007), W._____ (rapport d'expertise du 25 février

2009) et H._____ (rapports d'expertise du 9 mars 2009 et complémentaire du 29 mai 2009), ainsi que sur le courrier du 25 septembre 2006 de son employeur actuel, qu'il n'est pas en mesure d'assumer un poste à 100 %, que ce soit auprès de l'employeur précité ou dans une activité adaptée. L'intimé retient, en s'appuyant sur l'avis du SMR, soit sur les avis médicaux du Dr X._____ (notamment des 7 décembre 2005, 9 mai 2007 et 3 avril 2009) et sur le rapport bidisciplinaire des Drs N._____ et V._____ (rapport du 15 mars 2005) que le recourant ne présente pas de perte de gain en l'absence d'invalidité, l'activité actuelle en qualité de contremaître devant être considérée comme une activité adaptée, soit compatible avec ses limitations fonctionnelles.

a) Si les différents praticiens s'accordent à dire que le recourant présente une pathologie lombaire, ainsi qu'un syndrome douloureux suite à l'accident du 11 mars 1987, ils divergent s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré compte tenu des atteintes qu'il présente. Il y a dès lors lieu de déterminer si le tableau douloureux présenté par l'assuré relève d'une pathologie objectivable sur le plan somatique ou d'un trouble somatoforme douloureux.

b) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b).

5. a) S'agissant de la composante psychologique, le Dr W. _____ a retenu un trouble somatoforme douloureux sans atteinte psychique (rapport d'expertise du 25 février 2009). Par ailleurs, il n'a pas retenu de perte d'intégration sociale, ni de résistance au traitement (l'assuré répondant au traitement antidépresseur préconisé par le Dr Q. _____, ainsi qu'aux techniques de reconditionnement conseillées par le Dr L. _____). Ainsi, le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail du recourant pourrait être raisonnablement exigée de lui. C'est dès lors à juste titre que le Dr W. _____ n'a pas légitimé une incapacité de travail pour ce motif.

b) Sur le plan somatique, le diagnostic retenu en 1987 est celui de dorso-lombalgies et cervicalgies chroniques (rapports du Dr T. _____ des 17 mars, 27 avril, 29 juin et 24 octobre 1987), ainsi que de séquelles de troubles de la croissance de type Scheuermann (rapport de septembre 1988 du Dr Z. _____, spécialiste en orthopédie) confirmées par un rapport de tomographie transverse de la colonne lombaire du K. _____ du 20 septembre 1988. Une évaluation effectuée au service de rhumatologie en 1989 a confirmé les troubles statiques et dégénératifs présentés par le patient avec une certaine laxité, voire une hypermobilité du patient en flexion intérieure du tronc (rapport du Dr L. _____ du 9 juillet 1990) ou une hyperlaxité du rachis et des grandes articulations (poli-clinique de neurologie, mars 1994). En 1996, une discopathie L3-L4 avec probable rupture de l'annulus est identifiée (notamment rapports des 1^{er} juin 1996, 9 août 1996 et 6 mars 1997 du Dr R. _____). Des contractures de la musculature cervico-scapulaire et lombaire sont signalés en 2000 (notice médicale du 3 août 2000 du Dr U. _____), mais l'examen clinique reste pauvre en éléments pathologiques (notice médicale du 20 mars 2002 du Dr U. _____). L'examen clinique rhumatologique effectué par le Dr N. _____ note la présence d'un syndrome lombaire caractérisé par une mauvaise mobilité, l'antéflexion du rachis étant bloquée à une distance doigts-sol de 60 cm, ce praticien parlant de tendomyogélose en cascade. Le Dr L. _____ considère que l'intéressé présente des rachialgies

mécaniques s'exacerbant au moindre port de charges, dont le caractère lombaire évoque une micro-instabilité. Ce syndrome lombo-vertébral correspond à une surcharge des articulations postérieures sous forme d'une aggravation des douleurs par la marche sur les pointes et l'extension maximale du tronc. Ce praticien ajoute que le patient présente un status ostéo-articulaire caractérisé par une hyperlaxité ligamentaire probable, entraînant en tout cas une hypermobilité clinique, laquelle, compte tenu de son activité lourde, explique les douleurs invoquées (courrier du 6 novembre 2006). Au vu de l'IRM effectuée, le Dr L. _____ relève qu'au niveau lombaire, il existe des herniations de Schmorl, élément en faveur également d'une problématique organique (courrier du 19 décembre 2006).

Dans son rapport d'expertise du 9 mars 2009, le Dr H. _____ a mentionné une instabilité L3-L4 au sens clinique et radiologique du terme et une arthrose postérieure. Il a parlé de "syndrome douloureux chronique d'origine lombaire", en raison du caractère chronique des lésions modérées exacerbant cependant leur présentation au moindre mouvement (rotations, antéflexion ou vibrations). Tout en retenant une souffrance globale du rachis lombaire inférieur, le Dr H. _____ n'a pas été en mesure de préciser son origine segmentaire, un tel examen s'avérant impossible en raison de contractures musculaires paravertébrales et d'une ankylose fonctionnelle du rachis lombaire. L'expert a toutefois relevé que l'assuré présentait des lésions objectivables (lésions dégénératives dont les "tractions spurs" soit des facteurs prédictifs d'évolution vers une aggravation de la discopathie, maladie de Scheuermann et suspicion de micro instabilité) l'empêchant d'effectuer son activité actuelle à plus de 50 %, au risque d'aggraver le symptôme lombaire. Il a par ailleurs mis en évidence une atteinte articulaire postérieure L3-L4, L4-L5, L5-S1 de degré moyen probablement associée à une micro-instabilité L3-L4 entraînant ainsi un blocage lombaire. Enfin, s'agissant des séquelles de dystrophie de croissance (maladie de Scheuermann), l'expert a constaté que les troubles de la statique observés avec un mauvais déroulement lombaire surchargeaient la charnière lombo-sacrée et entraînaient par conséquent des lombalgies (p.17).

c) Compte tenu de l'ensemble des rapports médicaux précités, il ressort que le tableau douloureux annoncé par l'assuré ne pouvait pas être attribué à des signes de non-organicité comme l'a retenu à tort le SMR dans ses rapports successifs.

Le Dr H._____ a ainsi clairement expliqué l'origine des douleurs ressenties par l'assuré et l'impact certain du déconditionnement musculaire global. Il a notamment mentionné qu'un parcours douloureux de plus de 20 ans s'accompagnait obligatoirement d'une insuffisance musculaire segmentaire, celle-ci devant toucher les muscles érecteurs lombaires et stabilisateurs profonds (p.16). Plusieurs reconditionnements intensifs ayant déjà eu lieu (clinique de M._____, centre thermal de T._____ et K._____) sans succès, l'expert n'a donc pas préconisé ce type de traitement, mais a cependant mentionné que l'assuré faisait régulièrement de la gymnastique et de la physiothérapie. Par ailleurs, le port d'un corset était mal toléré dans l'activité de poseur de cuisines, car il provoquait notamment une forte transpiration. Contrairement à l'avis du SMR, le Dr H._____ a, tout comme le Dr W._____ (rapport d'expertise du 25 février 2009, p. 9), écarté tout théâtralisme, notamment s'agissant de la distance doigts-sol en position debout. En outre, alors que le rapport d'expertise du Dr H._____ repose sur des examens cliniques approfondis de plus de 3 heures et l'étude des radiographies anciennes, ainsi que celles effectuées le 6 février 2009, le SMR s'est fondé, quant à lui, sur un dossier radiologique datant de 1987 et 1995. Or, entre 1995 et 2006, la situation clinique de l'intéressé a changé, les examens radiologiques démontrant une aggravation progressive de l'arthrose postérieure et de la raideur lombaire, éléments également mentionnés dans les rapports du Dr L._____, atteintes accompagnées d'un déconditionnement musculaire global. Le dossier radiologique constitué a, par conséquent, démontré la présence d'atteintes objectivables qui ne pouvait être attribuée à des signes de non-organicité, si bien qu'il y a lieu de retenir que les douleurs invoquées par l'assuré à titre d'affection corporelle chronique relèvent d'une atteinte somatique.

d) Convaincant, l'on doit admettre que le rapport d'expertise du Dr H._____ remplit toutes les exigences posées par la jurisprudence quant à la fiabilité et à la valeur probante (ATF 125 V 351, cons. 3a). Le rapport précité décrit en effet de façon précise les limitations fonctionnelles de l'assuré et se fonde sur une motivation claire et exempte de contradictions quant à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Il a en outre été effectué en pleine connaissance de l'anamnèse et des dossiers complets de l'AI et de l'AMF.

5. a) C'est dès lors a tort que l'intimé a conclu à l'absence d'atteinte à la santé physique ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. L'expert ayant estimé la capacité de travail résiduelle à 50 % dans l'activité de contremaître (exigibilité à 60 % avec une diminution de rendement de 25 % au moins), il se justifie de se fonder sur un taux de capacité de travail de 50 %. En effet, selon les conclusions rhumatologiques de l'expert, le recourant présente d'un point de vue rhumatologique pur, et en tenant compte des répercussions fonctionnelles de la douleur, une capacité de travail pouvant être évaluée à 50 % dans une activité adaptée comme celle qu'il occupe actuellement en qualité de contremaître auprès de l'entreprise J._____

b) Il se justifie par conséquent d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il fixe le degré de l'invalidité et procède au calcul de la rente à servir au recourant dès le 1^{er} juin 2002, vu la demande tardive présentée le 2 juin 2003. En effet, selon l'art. 48 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), si l'assuré présente 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. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. Tel n'est pas le cas en l'espèce, l'invalidité de l'assuré étant reconnue sur le plan militaire depuis de nombreuses années.

6. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD). Il n'est pas perçu de frais de justice (art. 49 al. 1 et 52 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 31 mars 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour nouvelle décision au sens des considérants.

- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 2'000 fr. (deux milles francs) à titre de dépens.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Laurent Favre (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :