

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 janvier 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Gutmann et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T. _____, à Palézieux, recourant, représenté par Me Anouchka Hubert,
avocate à Oron-la-Ville,

et

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

Art. 6ss, 16 et 53 al. 2 LPGA; 4 et 28 LAI; 88bis al. 2 let. a RAI

E n f a i t :

A. a) T. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le [...], marié et père de quatre enfants, anciennement ouvrier auprès de l'entreprise [...] SA à [...], a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 20 novembre 1997.

b) Par décision du 16 novembre 1999, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 1997, basée sur un degré d'invalidité de 100%.

c) Par décision du 29 décembre 2008, l'OAI a réduit la rente entière d'invalidité allouée par décision antérieure du 16 novembre 1999 à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2009. L'OAI a invoqué l'existence d'un motif de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), dans la mesure où il n'avait pas, à l'occasion de sa décision initiale, examiné la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée ni procédé à une comparaison des revenus; après examen des nouvelles pièces médicales, le degré d'invalidité devait être fixé à 58% et donnait droit à une demi-rente (cf. art. 28 al. 2 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20] dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

B. a) L'assuré recourt contre cette décision par acte du 2 février 2009. Il rappelle qu'exerçant à 100% une activité de manœuvre dans le génie civil, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 20 novembre 1997 en raison d'une hernie discale lombaire avec sciatique irritative persistante. Par décision du 16 novembre 1999, l'OAI lui a reconnu un degré d'invalidité de 100% donnant droit à une rente entière dès le 1^{er} août 1997. Dans le cadre d'une révision d'office de la rente en 2001, la réalisation d'une expertise neurologique a été confiée au Dr P. _____, spécialiste FMH en neurologie, à [...], qui a rendu un premier

rapport le 30 janvier 2003. L'instruction a donné lieu à plusieurs rapports médicaux puis à une nouvelle expertise du Dr P._____, qui a rendu un nouveau rapport daté du 21 décembre 2005, confirmant la capacité de travail exigible de l'assuré dans une activité adaptée à 50%. Le 9 juin 2008, l'OAI a adressé un projet de décision de modification de rente à l'assuré, qui l'a contesté. Le 23 juin 2008, son médecin traitant, le Dr Z._____, spécialiste FMH en médecine générale, s'est adressé à l'OAI.

Le recourant conclut principalement à la réforme de la décision du 29 décembre 2008 dans le sens du maintien de la rente entière d'invalidité, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, il sollicite une expertise médicale pluridisciplinaire (neurologique, neurochirurgicale et antalgique). Il fait valoir à cet égard que l'avis médical du Service médical Suisse Romande (SMR) du 7 mars 2006 ainsi que les expertises effectuées par le Dr P._____ remontent à plus de trois ans et ne tiennent pas compte de l'aggravation de l'état de santé dont fait état le Dr Z._____ dans son courrier du 23 juin 2008 à l'OAI. L'instruction de la cause serait lacunaire, l'opinion du Dr P._____ étant d'ailleurs isolée par rapport à celle des autres médecins consultés soit, outre le Dr Z._____, le Dr W._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, le Dr K._____, spécialiste FMH en neurologie, lequel a établi un rapport le 7 septembre 2004.

Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 décembre 2008, comprenant l'assistance d'un avocat en la personne de l'avocate Anouchka Hubert.

b) Dans sa réponse du 30 mars 2009, l'OAI relève que le recourant lui reproche essentiellement d'avoir privilégié les conclusions de l'expert P._____, au détriment d'une appréciation globale de la situation, et de n'avoir pas tenu compte de l'avis de son médecin traitant, le Dr Z._____. Or, le rapport du 23 juin 2008 du Dr Z._____ n'apporterait aucun élément objectif permettant de remettre en cause les conclusions de l'expertise ou d'attester une péjoration de l'état de santé du recourant.

Par ailleurs, les autres éléments cités par le recourant ne constitueraient pas des facteurs dont il doit être tenu compte pour la fixation du taux d'invalidité. Dans ces circonstances, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

c) Le 7 septembre 2009, le recourant produit un rapport médical établi le 3 août 2009 à l'attention du Dr Z._____, par le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, spécialiste de la colonne vertébrale, dans lequel ce praticien conclut ne pas pouvoir concevoir que l'assuré puisse accéder à une réinsertion professionnelle, et même envisager une procédure d'exigibilité professionnelle purement théorique. Estimant les conclusions de ce rapport diamétralement opposées à celles contenues dans les rapports de l'expert P._____, le recourant confirme les conclusions de son recours et renouvelle sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

d) Invité à se déterminer sur l'écriture du recourant du 7 septembre 2009 ainsi que sur le rapport du 3 août 2009 du Dr D._____, l'OAI produit le 5 octobre 2009 un avis médical SMR du Dr Q._____ daté du 29 septembre 2009, dont la teneur est la suivante:

"Assuré ouvrier en bâtiment, au bénéfice d'une rente entière depuis le 01.08.1997 pour lombosciatalgies persistantes après deux cures de hernies discales. Aucun avis médical du médecin AI n'avait précédé cet octroi de rente.

En 2002, dans le cadre de la révision, j'avais estimé qu'une expertise neurologique était nécessaire compte tenu d'une symptomatologie évoquant une claudication neurogène.

L'expert P._____ avait confirmé la présence de syndrome lombovertebral chronifié probablement sur fibrose postopératoire et douleurs de déafférentation. Certains signes de surcharge n'avaient pas facilité l'appréciation. L'expert avait conclu à une pleine incapacité de travail dans toute activité lourde, mais à une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée.

Sur cette base j'avais rédigé le rapport d'examen SMR du 23.05.2003.

Par la suite des mesures professionnelles ont été tenté[e]s, mais refusé[e]s par l'assuré qui s'estimait incapable de les faire, ne serait-ce qu'à cause des déplacements incompatibles, selon lui, avec ses

douleurs. Une approche théorique a dès lors donné lieu à un calcul du préjudice de 58%.

Malgré l'absence d'amélioration de l'état de santé, une diminution de la rente a été décidée, étant donné que la première décision d'octroi était jugée incorrecte (absence de détermination de la capacité de travail dans une activité adaptée et de calcul du préjudice) et que les conditions pour une reconsidération étaient réunies.

Suite à l'annonce d'une aggravation de l'état de l'assuré, une 2^{ème} expertise a été demandée au Dr P._____, qui arrivait en décembre 2005 aux mêmes conclusions qu'en janvier 2003. Dans mon avis SMR du 07.03.2006 j'ai adopté ces conclusions et proposé d'adopter les conclusions de l'expert et de décider sur la base des limitations fonctionnelles retenues et d'une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée.

Le projet de décision de diminution de la rente du 09.06.2008 a été contesté par le médecin traitant, le Dr Z._____, qui signalait le 23.06.2008 que l'assuré avait été examiné en 2004 par un neurologue et les neurochirurgiens et qu'une approche par antalgie avait été tentée. Ces éléments étaient connus lors de la 2^{ème} expertise par le Dr P._____. Après cette expertise, l'assuré avait subi l'implantation d'un neuro-modulateur d'abord provisoire, puis définitif en 2007, avec diminution de l'ordre de 25% de certaines douleurs. Dès juin 2007 apparition d'une agressivité et de menaces suicidaires, ayant nécessité une nouvelle mise sous antidépresseurs. Les limitations au quotidien étaient signalées importantes.

Le 19.11.2009 le médecin traitant avait sollicité le contact avec le corps médical de l'Al.

[...]

Dans l'acte de recours du 25.02.2009 l'avocate de l'assuré avance le fait que l'avis du Dr P._____ est un avis isolé parmi les autres avis médicaux (du Dr Z._____, du Dr K._____, neurologue, avis des neurochirurgiens), que la dernière expertise date de décembre 2005 et que la situation a changé depuis.

Un avis du Dr D._____ du 03.08.2009 a été ajouté au dossier, décrivant en détail l'anamnèse, le status, et concluant à une récurrence de hernie discale, à un status adhérentiel stable et à une composante de probable micro-instabilité segmentaire. Ce spécialiste du dos estime qu'aucune capacité de travail n'est envisageable.

Conclusion:

Aucun des médecins consultés ne nie l'atteinte lombaire et l'origine des douleurs en partie organique, mais l'appréciation de l'exigibilité de la capacité de travail est différente entre l'expert et le Dr Z._____.

Selon la jurisprudence l'avis d'expert doit être privilégié.

Cet avis d'expert est isolé parmi les autres avis (dont celui du Dr D._____, qui n'est pas médecin traitant).

Compte tenu de la pose d'un neuro-modulateur en 2007, une aggravation de la situation algique doit être admise. A mon avis on ne procède pas à la pose d'un tel appareillage sans raison suffisante, et avant l'expertise de décembre 2005 on ne s'était pas décidé à ce moyen de traitement.

Par conséquent j'estime aujourd'hui que nous ne pouvons soutenir l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 50%."

Constatant sur la base de cet avis médical SMR du 29 septembre 2009, auquel il déclare se rallier, qu'une aggravation de la situation algique, suite à la pose d'un neuro-modulateur, doit être admise, et qu'une capacité de travail de 50% n'est plus d'actualité, l'OAI propose la mise en œuvre d'une expertise neurologique afin de déterminer la date de cette aggravation ainsi que les répercussions sur la capacité de travail.

e) Selon courrier adressé aux parties le 25 février 2010, le juge instructeur ordonne une expertise judiciaire pluridisciplinaire (neurologique et rhumatologique) finalement confiée au Centre d'expertise médicale (CEMed) de [...]. Soins est alors laissé au Centre de s'adjoindre les services de tout autre spécialiste si nécessaire. La liste des questions cliniques élaborées par le juge instructeur figurait en annexe audit courrier.

Par lettre du 24 mars 2010, le Centre communique au juge instructeur les dates d'examen, les noms ainsi que les statuts professionnels des trois experts retenus pour la réalisation de l'expertise pluridisciplinaire comme il suit:

"Jeudi 22 avril 2010 à 9h30 avec le Docteur E._____, spéc. FMH en Rhumatologie-Médecine physique et réadaptation, au Centre d'expertise médicale, sis [...], [...] [...].

Jeudi 22 avril 2010 à 13h30 avec la Doctoresse G._____, spéc. FMH en Psychiatrie et Psychothérapie au Centre d'expertise médicale, sis [...], [...] [...].

Mardi 04 mai 2010 à 14h30 avec le Docteur L._____, spéc. FMH en Neurologie, à son cabinet privé: [...], [...] [...]."

Par courrier du même jour, le juge instructeur transmet copie de la lettre reçue du Centre aux parties en leur spécifiant les noms des experts désignés et en leur impartissant un délai au 8 avril 2010 pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation avec avertissement que sans autre objection, il sera procédé à la mise en œuvre de l'expertise judiciaire.

Le 9 avril 2010, le conseil du recourant informe que ce dernier n'entend faire valoir aucun motif de récusation à l'encontre des experts nommés.

Dans son rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 juin 2010 (signé par le Dr A._____, médecin-chef, et par le Dr E._____, spécialiste FMH en rhumatologie), auquel sont joints le rapport d'évaluation psychiatrique établi le 4 juin 2010 par la Dresse G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que le rapport d'évaluation neurologique établi le 12 mai 2010 par le Dr L._____, spécialiste FMH en neurologie, ce Centre s'exprime en ces termes:

"[...]

A.4 DIAGNOSTICS

A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail

- Lombosciatalgies gauches chroniques sans déficit neurologique
- fibrose postopératoire modérée de la racine L5 gauche
- status après deux cures de hernie discale L4-L5 médio-latérale gauche en octobre 1996 et en mars 1998
- status après mise en place d'un stimulateur médullaire en 2007

A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail

- Probable syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

A.5 APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

[...]

Durant l'été 2009 [recte: 2004], l'assuré annonce une aggravation de ses douleurs, une IRM de contrôle montrant [recte: montre] une suspicion d'hernie discale L4-L5 gauche. Cette hypothèse est infirmée après une évaluation en neurochirurgie où [un] myéloscanner ne montre aucun conflit discoradiculaire. L'assuré va bénéficier par la suite de nombreuses procédures thérapeutiques (physiothérapie, antalgiques, infiltrations etc.) voire même la pause d'un stimulateur médullaire en 2007 n'obtenant qu'une légère amélioration estimée à 25% par l'assuré. Durant l'année 2009, de nouvelles investigations (radiographies fonctionnelles et scanner lombaire) sont effectuées par le Docteur D._____, spécialiste du rachis au [...]. Celui-ci peine à expliquer objectivement l'exacerbation des douleurs évoquant une composante de micro-instabilités qui pourraient intervenir comme source nociceptive potentielle sous-jacente.

Entre temps, l'assuré a eu deux expertises médicales par le Docteur P._____, neurologue, une en janvier 2003 et l'autre en décembre 2005. Malgré l'aggravation clinique ou para-clinique (imagerie et EMG [réf.: électromyogramme]) objective. Il insiste sur le côté démonstratif des plaintes et confirme sa première appréciation, à savoir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Toutefois, comme le souligne le médecin du Service médical régional dans son rapport du 29.09.2009, l'appréciation de l'exigibilité de la capacité de travail reste différente entre l'expert et les différents médecins ayant suivi l'assuré. De plus, compte tenu de la pause d'un neuro-stimulateur en 2007, il admet une aggravation de la situation algique en argumentant qu'on n'implante pas un tel appareil sans raison suffisante.

Il est certain que d'emblée la difficulté d'appréciation provient du fait que d'un côté l'assuré ne présente pas de signe clinique

inquiétant (examen neurologique dans l'ensemble normal) avec des investigations para-cliniques plutôt rassurantes (EMG et imagerie) et de l'autre côté on décrit un assuré avec des douleurs intenses et subjectivement handicapantes justifiant des prises en charge thérapeutiques multiples et de plus en plus invasives. Il est probable que les médecins qui ont suivi l'assuré, au vu de l'importance des douleurs, sont convaincus de leur caractère handicapant toutefois sans réussir à expliquer objectivement l'origine des douleurs ainsi que l'aggravation subjective depuis 2004.

Ainsi le Docteur K. _____, neurologue, fait part en août 2004 de l'aggravation de lombosciatalgies depuis quelques semaines auparavant. Il écrit toutefois un examen neurologique normal à part quelques troubles sensitifs atypiques sur les dermatomes L4 à S1 avec un EMG ne montrant que des discrets signes de souffrance L5 gauche. Il s'inquiète d'une IRM du 30.08.2004 qui évoque une seconde récurrence d'hernie discale mais cette hypothèse a été écartée par les investigations menées en neurochirurgie au [...], malgré un nouveau bilan radiologique (radiographies fonctionnelles et scanner lombaire), il ne donne pas non plus d'explication de l'aggravation de cette symptomatologie. En effet, il souligne qu'il n'y a pas de récurrence d'hernie discale, que l'on ne met pas évidence clairement d'instabilité et que le status fibrotique n'a guère évolué et dès lors on ne peut lui attribuer la responsabilité exclusive de ce cortège douloureux.

Toutefois, il faut noter que l'absence d'éléments objectifs sur l'imagerie ne nous permet pas de relativiser une symptomatologie douloureuse handicapante étant donné l'absence d'une bonne corrélation entre les plaintes et les constatations radiologiques décrites dans la littérature. Dès lors, l'appréciation globale doit intégrer autant l'histoire médicale de l'assuré que ses plaintes ainsi que les constatations cliniques et para-cliniques, son état psychologique et les observations cliniques des experts.

Concernant ses plaintes, l'assuré décrit des douleurs intenses (estimées sur une échelle de la douleur à 7 à 9 sur 10) avec des irradiations douloureuses face latéro-postérieure du membre inférieur gauche décrites comme des brûlures associées à des paresthésies, des engourdissements et une perte de force. Les limitations fonctionnelles comprennent une limitation à ½ heure en position debout, un périmètre de marche de 20 minutes, un port de charges limité à moins de 10kg, une position assise au maximum 1 heure et une incapacité à se pencher en avant. Lors de l'examen clinique, on constate un assuré algique avec un syndrome vertébral modérément important provoquant en flexion des irradiations dans la jambe gauche (indice de Schober 10/13, distance doigt/sol 38 cm). L'examen neurologique montre un Lasègue douteux dès 60° avec irradiation face postérieure de la jambe avec une hypoesthésie mal délimitée (L4 à S1). On constate aussi un assuré très démonstratif qui présente une démarche atypique, le membre inférieur gauche restant tendu sans déroulement du pied avec appui sur le talon sans réellement décharger son membre inférieur gauche. De plus, les troubles de la sensibilité dépassent largement le dermatome L5 gauche débordant sur le dermatome L4 et S1 gauche sans explication neurologique. Au testing de force, en position couchée, on constate une force normale alors qu'en position debout il se sent incapable de se mettre sur la pointe du pied ou le talon gauche. De plus, la manœuvre de Lasèque en partie positive à gauche doit être relativisée car lors d'une manœuvre de Waddell en

position assise on peut obtenir une élévation de la jambe à 90° sans provoquer d'irradiation dans la jambe.

De plus, si l'on prend l'évaluation neurologique du Docteur L._____, ce dernier insiste également sur un examen neurologique dans l'ensemble normal avec certaines discordances comprenant une hypoesthésie qui déborde dans le dermatome S1 sans explication, une manœuvre de Lasègue qui est retenue comme négative et une force et une trophicité musculaire normale. Son examen électromyographique montre une dénervation chronique modérée L5 gauche, toutefois ces résultats peuvent très bien être l'expression de l'atteinte radiculaire à l'époque des deux hernies discales et ne saurait préjuger d'un processus pathologique en cours. Le Docteur L._____ souligne également un certain nombre de discordances à savoir la limitation en position assise que le sujet ne tient pas plus de 15 à 20 minutes assis ce qui est contredit à la fois par l'entretien clinique et par le fait que celui-ci affirme qu'il est venu en voiture depuis Palézieux à [...] sans difficultés et que le trajet du retour ne lui posera pas problème non plus. Le Docteur L._____ souligne également comme autre fait troublant, l'observation que l'assuré n'a jamais bénéficié clairement d'une amélioration malgré toutes les démarches thérapeutiques entreprises. Même le stimulateur médullaire n'a amené qu'une amélioration estimée de 10 à 20% par l'assuré. Il est étonné que l'on puisse se soumettre à d'innombrables infiltrations sous scanner voire à des manœuvres de dénervation sensitive des racines postérieures sans que jamais survienne le moindre allègement de la symptomatologie. Dès lors dans l'évaluation neurologique le Docteur L._____ rejoint les observations du Docteur P._____, à savoir qu'aucun fait aggravant n'est survenu. Sur le plan professionnel il estime que s'il est clair que le métier de maçon ne peut plus être exigé et dans la mesure où cet assuré est capable une fois encore de prendre sans rechigner sa voiture pour venir de Palézieux à [...] et retour et subir un entretien clinique et un EMG de 2 heures et demi, il imagine que les conclusions du Docteur P._____ étaient bonnes et qu'une capacité de travail à mi-temps dans un poste adapté reste exigible. Concernant l'appréciation psychiatrique, la Dresse G._____, médecin-expert, retient le diagnostic de probable syndrome douloureux somatoforme persistant. En effet, en raison de la plainte persistante de douleurs intenses et chroniques qui s'accompagnent d'un sentiment de détresse et qui ne sont pas expliqués entièrement par un trouble psychique d'après les différents experts somaticiens, les critères diagnostiques d'un syndrome douloureux somatoforme sont réunis. Elle souligne d'autre part que l'intensité et la présence des douleurs mentionnées n'interfèrent pas la qualité de vie sociale et familiale de Monsieur T._____. Elles n'empêchent pas l'assuré dans ses contacts sociaux et n'interfèrent pas d'une façon déterminante dans sa vie au quotidien, mis à part au niveau professionnel. Il n'y a donc pas d'argument pour parler d'un impact invalidant d'un trouble douloureux. De ce fait, la capacité de travail de Monsieur T._____ est estimée à 100% d'un point de vue psychiatrique."

Il conclut en résumé que bien que le recourant ait annoncé en 2004 une aggravation de son état de santé, il n'existe aucun élément médical objectif attestant d'une telle aggravation; il importe dès lors de

retenir que l'intéressé conserve une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis le réexamen du dossier en 2002; il n'y a pas de trouble psychique autre que le probable syndrome douloureux somatoforme persistant diagnostiqué comme non invalidant par la Dresse G._____ dans son rapport d'évaluation du 4 juin 2010.

f) Se déterminant le 3 août 2010 sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire judiciaire, l'OAI relève qu'au terme de leur examen, composé d'une évaluation rhumatologique, psychiatrique et neurologique, les experts concluent à une capacité de travail de 50%. Ce faisant, ils confirment les conclusions du Dr P._____, lequel avait déjà retenu, en 2003 et 2005, une capacité de travail de 50% au minimum dans une activité adaptée, depuis 2002. L'OAI confirme intégralement ses conclusions tendant au rejet du recours.

Egalement invité à se déterminer sur le rapport d'expertise du CEMed de [...] du 29 juin 2010, le recourant estime le 27 septembre 2010 que ce rapport d'expertise n'apporte aucun éclairage sur la question précise à laquelle il était censé répondre, à savoir déterminer la date de l'aggravation de l'état de santé ainsi que ses répercussions sur sa capacité de travail. Il relève que les experts du CEMed ne contestent ni les interventions neuro-chirurgicales par lombotomie et cures de hernies discales à deux reprises, ni la récurrence en 2004, ni enfin l'existence d'une fibrose péri-radiculaire. Ces experts semblent en revanche mettre en doute le caractère handicapant et extrêmement intense des souffrances dont il se plaint en les minimisant. Le recourant regrette que le Dr L._____, qui n'est au demeurant pas neurochirurgien mais neurologue, n'ait pas procédé à une imagerie dorso-lombaire par IRM et que son rapport constituerait plutôt un résumé des pièces médicales qui lui ont été soumises plutôt qu'un avis médical neutre et indépendant. Ses considérations au sujet du mode de déplacement du recourant à [...] relèveraient plus d'une sensibilité écologique que de considérations médicales objectives. De même, le seul fait pour le recourant d'avoir supporté un entretien clinique et ENMG (réd.: examen neurologique et électromyogramme) de 2,5 heures sans constamment se plaindre ne

signifie pas pour autant, comme le prétend le Dr L._____, que les conclusions du Dr P._____ seraient bonnes et qu'une capacité de travail résiduelle de 50% serait exigible. Le recourant soutient qu'au vu de la nature de l'atteinte médicale subie, l'opinion d'un nouvel expert neurologue n'était absolument pas pertinente, puisqu'elle ne faisait que renforcer le conflit médical préexistant et déjà évoqué dans le recours, mais que l'intérêt de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire résidait principalement dans les considérations neurochirurgicales qu'elle pouvait apporter sur sa situation médicale. Au vu de ces circonstances, le recourant requiert que le rapport du CEMed du 29 juin 2010 soit retranché de la cause et qu'une expertise neurochirurgicale limitée, tendant à déterminer la date de son aggravation de santé ainsi que ses répercussions sur sa capacité de travail soit établie par un neurochirurgien neutre.

g) Le 29 septembre 2010, le juge instructeur, constatant que l'instruction était complète sur le point médical, a rejeté la requête du recourant tendant à ce que le rapport du CEMed de [...] soit retranché de la cause et à ce qu'une expertise neurochirurgicale limitée, tendant à déterminer la date de son aggravation de santé ainsi que ses répercussions sur sa capacité de travail soit établie par un neurochirurgien neutre; les parties ont également été informées que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision sur opposition entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1] laquelle loi est applicable à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] n'y déroge expressément [art. 1 al. 1 LAI]), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours a été déposé en temps utile. Il répond en outre aux

conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) La LPA-VD s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr., s'agissant d'une modification (diminution) de rente sans limite temporelle.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non contestés ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c et les références, 110 V 48 consid. 4; TFA I 957/2005 du 17 juillet 2006, consid. 3.1).

b) Est litigieuse en l'espèce la réduction à une demi-rente, après reconsidération, de la rente entière octroyée au recourant, avec effet au 1^{er} février 2009, singulièrement la capacité de travail de 50 %, dans une activité réputée adaptée à ses atteintes, retenue par l'intimé pour justifier cette réduction de rente.

3. a) Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) 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 (al. 2).

b) Le droit de l'assurance-invalidité a connu une réforme spécifique, en ce sens que l'échelonnement des rentes a été modifié avec effet au 1^{er} janvier 2004 (4^e révision de la LAI, loi fédérale du 21 mars 2003, RO 2003 p. 3837). Cela étant, comme on le verra ci-après, la modification de l'art. 28 al. 1 LAI n'a pas modifié les conditions d'octroi du quart de rente, qui présuppose une invalidité à 40% au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'art. 28 al. 1 LAI disposait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au

moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Dès le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement.

L'art. 16 LPGA s'applique, depuis son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2003, à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1, 1^e phrase, LAI). Cette disposition, dont la teneur ne diffère par ailleurs pas de celle de l'ancien art. 28 al. 2 LAI (cf. pour l'exemple TFA I 318/2002 du 18 octobre 2002, consid. 1 et la référence citée), consacre la méthode générale de la comparaison des revenus (Maurer/Scartazzini/Hürzeler, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3^e éd., Bâle 2009, n° 23 p. 155). Cette méthode prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

c) Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 469 consid. 2c et les arrêts cités). Ce principe est consacré à l'art. 53 al. 2 LPGA, aux termes duquel l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (Ueli Kieser, *ATSG-Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000*, Zürich 2003, ch. 18 ad art. 53). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5); ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (TF 9C_187/2007 du 30 avril 2008, consid. 4.1; TFA I 302/2004 du 27 mars 2006, consid. 4.5 et I 632/2004 du 23 février 2005 consid. 1.2).

Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références; DTA 2002 n° 27 consid. 1a p. 181; TF 9C_760/2010 du 17 novembre 2010, consid. 2 et 9C_421/2010 du 1^{er} juillet 2010, consid. 3). Cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation (par exemple l'invalidité selon l'art. 28 LAI), dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (par exemple TF 9C_1081/2009 du 10 juin 2010, consid. 3.2, 9C_659/2009 du 12 février 2010, consid. 2.2, 9C_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2 et 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2).

En principe, l'adaptation des prestations d'assurances sociales a lieu avec effet rétroactif (*ex tunc*). L'assurance-invalidité connaît une réglementation différente lorsque la modification de la prestation a lieu en raison de questions spécifiques au droit de l'assurance-invalidité (ATF 119 V 431 consid. 2 et 110 V 10 consid. 2a; TF 9C_185/2009 du 19 août 2009, consid. 4.3 et I 528/2006 du 3 août 2007, consid. 7.2). Dans ces cas, la

modification de la prestation d'assurance intervient en principe avec effet ex nunc et pro futuro (art. 85 al. 2 RAI); la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, conformément à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI (TF I 528/2006 du 3 août 2007, consid. 7.2).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; Pratique VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b/cc; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1 et 9C_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale

d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné (TF 8C_420/2010 du 27 octobre 2010, consid. 4.3 et 8C_65/2010 du 6 septembre 2010, consid. 3.1). L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 8C_65/2010 du 6 septembre 2010, consid. 3.1 et 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2 et I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15

p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

4. a) Bien que cet élément ne soit pas expressément contesté par le recourant, il importe d'examiner en premier lieu si les conditions permettant à l'OAI de reconsidérer sa décision initiale du 16 novembre 1999 sont effectivement données dans le cas particulier.

A lecture du dossier transmis, on constate qu'à l'occasion de sa décision du 16 novembre 1999 d'octroi d'un rente entière, l'OAI a fixé ce droit à la rente sur la base d'un degré d'invalidité à 100% en se limitant à reprendre le taux d'incapacité fonctionnelle du recourant dans l'exercice de sa dernière profession, à savoir ouvrier de chantier. En agissant de la sorte, l'OAI n'a clairement pas fait une correcte application de l'ancien art. 28 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (équivalent de l'actuel art. 16 LPGA), disposition imposant, pour la détermination du degré d'invalidité, de comparer le revenu que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. consid. 3b supra). Ce dernier constat s'impose d'autant qu'après l'examen des nouveaux éléments médicaux consécutifs à la révision du droit à la rente (cf. en particulier les conclusions du rapport du 30 janvier 2003 établi par le Dr P. _____), il s'avère qu'il existe une capacité de travail résiduelle de 50% du recourant dans une activité adaptée (profession légère avec changements fréquents de position et ne nécessitant pas le port de charges lourdes). En application de la méthode d'évaluation précitée, il en résulte un degré d'invalidité de 58%. Partant, en vertu de l'échelonnement de la rente au sens de l'art. 28 al. 2 LAI (disposition en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit du recourant à une rente AI s'en trouve modifié dans le sens qu'il se limite à une demi-rente. A l'aune de ces éléments, la décision initiale du 16 novembre 1999 formellement passée en force de

chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'était pas encore prononcée se révèle sans nul doute erronée, sa rectification étant en outre d'importance (cf. consid. 3c supra). C'est dès lors à raison que la décision attaquée retient l'existence, dans le cas particulier, d'un motif de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

b) Sur le plan médical, se prévalant d'une péjoration de son état de santé, le recourant conteste la capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée telle que ressortant du rapport d'expertise judiciaire du 29 juin 2010.

Dans sa détermination du 27 septembre 2010, le recourant conteste la valeur des conclusions du rapport d'expertise du Centre précité. Se basant sur le rapport médical du 3 août 2009 du Dr D._____, adressé à son médecin traitant (le Dr Z._____), lequel rapport concluait à l'impossibilité d'une réinsertion professionnelle en excluant même d'envisager une procédure d'exigibilité professionnelle purement théorique, le recourant souligne que cette appréciation médicale a postérieurement été partagée par l'OAI le 5 octobre 2009, ce dernier reconnaissant alors, sur la base d'un avis SMR du 29 septembre 2009, que l'aggravation de la situation algique suite à la pose d'un neuro-modulateur devait être admise de sorte qu'une capacité de travail de 50% n'apparaissait plus d'actualité. Fort de ces constats, le recourant relève que la mise en œuvre d'une expertise neurologique, respectivement neurochirurgicale, limitée à déterminer la date de l'aggravation de l'état de santé et ses répercussions sur la capacité de travail avait été estimée opportune par l'intimé. Il fait grief à la cour de céans d'avoir mis en œuvre non pas une expertise pluridisciplinaire incluant un rhumatologue, un neurochirurgien et un psychiatre tel qu'il l'aurait souhaitée mais une nouvelle expertise ne contenant au final pas l'avis d'un neurochirurgien mais uniquement celui d'un neurologue.

En l'espèce, le juge instructeur a informé les parties, par courrier du 25 février 2010 (auquel été joint la liste des questions cliniques posées aux experts), de la désignation du Centre pour la réalisation d'une

expertise pluridisciplinaire neurologique et rhumatologique. Soins étaient alors laissés au Centre de s'adjoindre les services de tout autre spécialiste qu'il jugerait utile pour mener à bien l'expertise ordonnée. Par lettre du 24 mars 2010, le Centre a communiqué au juge instructeur les dates d'examen ainsi que les noms des trois experts (y compris la description de leur spécialisation FMH respective). Le juge instructeur a alors communiqué, le même jour, copie de la lettre reçue du Centre aux parties en leur spécifiant les noms des experts désignés et en leur impartissant un délai au 8 avril 2010 pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation avec avertissement que sans autre objection, il serait procédé à la mise en œuvre de l'expertise. Le 9 avril 2010, le recourant a fait savoir qu'il n'avait aucun motif de récusation à l'encontre des experts nommés. Il appert ainsi que les parties étaient parfaitement informées des noms ainsi que des compétences professionnelles des experts désignés personnellement par le Centre afin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire ordonnée par le tribunal. Or, tant le recourant que l'intimé n'ont pas exprimé dans le délai utile imparti un quelconque grief (motif de récusation ou autres remarques) sur les experts chargés de réaliser l'expertise pluridisciplinaire. C'est en réalité uniquement après avoir pris connaissance des conclusions de l'expertise précitée que le recourant a contesté le choix des experts désignés, spécialement celui du Dr L. _____ spécialiste FMH en neurologie, et non pas neurochirurgien. Il ne fait dès lors nul doute que le comportement du recourant tendant à contester l'expert précité ne s'est manifesté que consécutivement à son opinion personnelle diamétralement opposée aux conclusions du rapport d'évaluation neurologique établi le 12 mai 2010 par le Dr L. _____. Ce constat s'illustre en particulier par le fait que dans sa détermination du 27 septembre 2010, le recourant n'expose pas les motifs pour lesquels son point de vue devrait être suivi. Il se borne au contraire à souligner que le Dr L. _____ n'est pas neurochirurgien sans détailler concrètement en quoi cela aurait posé problème dans la réalisation de l'expertise judiciaire. Dans ces circonstances, le grief soulevé ne peut qu'être rejeté.

c) Le recourant conteste ensuite "purement et simplement" les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 juin 2010. Il

souligne à cet effet que les experts du Centre ne contestent ni les interventions neuro-chirurgicales par lombotomie et cures de hernies discales subies à deux reprises, ni la récurrence en 2004, ni enfin l'existence d'une fibrose péri-radriculaire. Il s'étonne que ces experts mettent en doute le caractère handicapant et extrêmement intense de ses souffrances en les minimisant. Il soutient que le rapport du Dr L. _____ - lequel n'est au demeurant pas neurochirurgien - est lacunaire (manque une imagerie dorso-lombaire par IRM) et constitue plus un résumé des pièces médicales qu'un avis médical neutre. Il relève en particulier que les considérations de l'expert précité portant sur son mode de déplacement à [...] n'ont pas lieu d'être car relevant plus d'une sensibilité écologique que de considérations d'ordre médical. En outre, l'interprétation faite de la capacité de travail en lien avec le fait que le recourant a supporté un entretien clinique et ENMG de deux heures et demi est, de l'avis de l'intéressé, infondée.

Dans leurs conclusions sur l'appréciation du cas du recourant, les experts du Centre énoncent notamment les différents éléments médicaux constatés soit par eux, soit lors des EMG (électromyogrammes) ou radiographies pratiqués par leurs confrères consultés par les parties. A l'instar de ce qu'indique le recourant, on constate que les experts du Centre ne remettent pas en question l'existence d'une fibrose post-opératoire ni le status après deux cures de hernies discales en 1996 et 1998. Ils diagnostiquent ces atteintes à la santé, retenant également un status après mise en place d'un stimulateur médullaire en 2007, comme ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 juin 2010 se fonde sur une étude approfondie du dossier médical du recourant (cf. p. 2-6 "résumé du dossier médical"), contient un anamnèse détaillée (cf. p. 6-7), énonce les plaintes subjectives (cf. p. 8), comporte les constatations médicales consécutives aux examens cliniques menés par des spécialistes et investigations paramédicales à disposition (scanner lombaire du 05.03.2009 et radiographie de la colonne lombaire du 29.06.2009) (cf. p. 8-10), pose des diagnostics clairs (cf. p. 10), discute minutieusement de l'évolution médicale du cas du recourant (cf. p. 10-13) et finalement répond aux questions qui lui étaient posées par le juge instructeur (lesquelles

réponses reprennent les constatations et appréciations médicales effectuées, cf. p. 14-19). S'agissant de l'aggravation annoncée dès le mois d'août 2004, les experts du Centre retiennent que les investigations menées en 2009 par le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et spécialiste de la colonne vertébrale, peinent à objectiver l'exacerbation des douleurs. A l'examen du scanner lombaire effectué le 5 mai 2009 par le Dr D._____, les experts du Centre retiennent une lyse isthmique de L5 avec un sacrum horizontal, un rétrécissement canalaire modéré ainsi qu'un status adhérentiel L5 gauche sans hernie discale. Quant à la radiographie de la colonne lombaire du 29 juin 2009, les experts mettent en évidence une nette discopathie L4-L5 avec discret rétrolisthesis, glissement stable du 1^{er} degré sans signe d'instabilité et une spondylo-discarthrose avec ostéophyte. Ces éléments médicaux parlent en faveur d'une discordance entre les plaintes subjectives du recourant et les atteintes objectivement constatables. Il apparaît plausible, à l'instar de l'avis des experts et de celui du Dr D._____, de suspecter tout au plus une composante de micro-instabilités en tant que source nociceptive potentielle sous-jacente aux douleurs évoquées. En outre, la seconde expertise menée par le Dr P._____ (rapport du 21 décembre 2005) a confirmé la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée à 50%. Cet expert retrouvait à l'examen clinique un syndrome lombo-vertébral qui n'était pas majeur. Il avait également répété un EMG sans anomalie significative. Il concluait de ce fait que la démonstration d'une aggravation, comme le recourant la déclarait, n'était pas objectivement prouvée. Ainsi que l'indiquent les experts du Centre, en référence à l'appréciation émise par le Dr K._____, neurologue (selon rapport médical du 7 septembre 2004), l'évaluation de la situation médicale apparaît d'emblée difficile. Les douleurs intenses et subjectivement handicapantes telles que décrites par l'intéressé, justifiant de nombreuses procédures thérapeutiques (physiothérapie, antalgiques, infiltrations, etc) allant même jusqu'à la pose d'un stimulateur médullaire en 2007, se distancient nettement des bilans cliniques mis en évidence (examen neurologique dans l'ensemble normal, EMG et imagerie plutôt rassurantes). Ainsi que le retiennent avec raison les experts du Centre, la seconde récurrence d'hernie discale dont s'inquiétait le Dr K._____ a été

infirmée par les investigations menées par le Dr D._____ (scanner lombaire du 5 mai 2009, radiographie de la colonne lombaire du 29 juin 2009), lequel ne parvient par ailleurs pas à expliquer médicalement l'aggravation de la symptomatologie, indiquant qu'il n'y a pas d'instabilité clairement mise en évidence et que le status neuro-ostéo-ligamentaire n'a guère évolué de sorte qu'il n'est pas envisageable de lui attribuer quelque responsabilité dans le cortège douloureux.

Fort du constat de l'absence d'une concordance entre les plaintes et les constatations radiologiques décrites en littérature, les experts du Centre ont dès lors entrepris de fonder leur opinion sur une appréciation globale de la situation médicale du recourant (comprenant les plaintes, les constatations cliniques et para-cliniques, l'état psychologique ainsi que les observations cliniques des experts). Après avoir dressé un récapitulatif des plaintes et limitations fonctionnelles affectant le recourant, les experts du Centre décrivent un examen neurologique réalisé par le Dr L._____ dont les résultats dans l'ensemble normaux ne permettent en aucune façon de préjuger d'un processus pathologique en cours. Au surplus, à l'occasion de son examen neurologique, le Dr L._____ a repéré quelques discordances troublantes entre les plaintes ou limitations fonctionnelles décelées et les agissements du recourant; alors que ce dernier était médicalement diagnostiqué comme ne pouvant rester assis plus de 15 à 20 minutes, le Dr L._____ souligne que l'intéressé a effectué un trajet en voiture depuis Palézieux à [...] (déplacement à l'aller, le retour ne semblant pas poser de difficultés) et a subi sans déchoir un ENMG de deux heures et demi. D'autre part, ce spécialiste note qu'alors que le recourant avait bénéficié de nombreuses démarches thérapeutiques, il n'avait pour autant jamais bénéficié d'une amélioration claire. Le Dr L._____ s'étonnait en particulier que la pose du stimulateur médullaire en 2007 n'ait apporté qu'une amélioration estimée par le recourant de l'ordre de 10 à 20%. L'ensemble des ces constatations ont pour incidence que le Dr L._____ rejoint les conclusions ténorisées dans le second rapport du Dr P._____ à teneur desquelles, nonobstant le côté démonstratif des plaintes, le recourant conserve une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses

handicaps. Quoiqu'en dise le recourant, les discordances précitées telles que rapportées par le Dr L. _____ ne peuvent qu'être retenues par la cour de céans. Il s'agit en effet de constatations cliniques objectives propres à influencer sur les appréciations antérieures de la situation médicale et de nature à étayer - ou en l'occurrence à infirmer - le bien fondé des plaintes du recourant. Au vu de ce qui précède, le fait que dans son avis médical SMR du 29 septembre 2009, le Dr Q. _____ avait admis une aggravation de la situation algique au motif de la pose d'un neuro-modulateur en 2007 ne constitue pas un élément médical objectif propre à rediscuter le bien fondé des constatations cliniques et conclusions motivées du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 juin 2010.

S'agissant des conclusions psychiatriques retenues par l'expertise pluridisciplinaire - dont le recourant ne motive pas pour quels motifs précis il les conteste, sauf à dire qu'il les conteste par principe "purement et simplement" -, la Dresse G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, diagnostique un probable syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Cette spécialiste retient en effet que si les critères diagnostics en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme sont remplis, il n'en demeure pas moins que l'intensité et la présence des douleurs n'interfèrent pas pour autant sur la qualité de vie du recourant (existence de contacts sociaux) de sorte qu'il n'y a pas d'argument médical en faveur d'un impact invalidant du trouble douloureux diagnostiqué. Elle conclut dès lors à une pleine capacité de travail d'un point de vue psychiatrique. Selon les règles de jurisprudence applicables en la matière (cf. TF 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3 et 9C_38/2007 du 8 avril 2008, consid. 3.2), vu l'absence de facteurs déterminés décelés (comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée [état dépressif majeur par exemple], processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable [symptomatologie inchangée ou progressive], affections corporelles chroniques, perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne

assurée), il n'y a effectivement pas lieu de retenir de caractère invalidant au syndrome somatoforme douloureux persistant diagnostiqué. Cette appréciation est en outre renforcée par le fait qu'aucun des experts ou médecins consultés - hormis le Dr Z. _____ (médecin traitant) qui a relevé, en juin 2007, avoir dû placer son patient sous anti-dépresseurs (sans précisions quant au dosage) suite à une hétéro-agressivité et des menaces suicidaires (à nouveau sans précision quant à un éventuel suivi psychiatrique) - n'indiquent la suspicion d'une atteinte psychiatrique chez le recourant.

Au vu de son contenu, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 juin 2010, fruit du travail de plusieurs spécialistes, satisfait l'ensemble des critères jurisprudentiels pour se voir attribuer valeur probante (cf. consid. 3d supra). Après examen détaillé, il n'existe au dossier pas trace d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions, de sorte que la cour retient que le recourant conserve une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée consécutivement au réexamen de son droit à la rente initié à l'occasion de la révision d'office à la fin 2001. L'ensemble des critiques élevées par le recourant tombent à faux et doivent par conséquent être rejetées.

d) La cour est en mesure de statuer sur la base du dossier remis. Considérant la reconsidération intervenue selon décision du 29 décembre 2008 notifiée aux parties dans le sens d'une diminution de la rente, cette décision prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, conformément à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI (cf. consid. 3c). En l'espèce, c'est par conséquent à bon droit que la décision attaquée réduit la rente entière d'invalidité précédemment allouée à une demi-rente d'invalidité avec effet dès le 1^{er} février 2009.

5. a) En définitive, le recours entièrement mal fondé doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a

LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 29 décembre 2008 est confirmée.

- III.** Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. (cinq cent francs), sont mis à la charge du recourant.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Anouchka Hubert (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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).

Le greffier :