

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mai 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourant, représenté par CAP compagnie de protection juridique, à Genève,

et

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

Art. 6ss LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assuré), ressortissant suisse originaire du Kosovo, né en 1968, marié et père de famille, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en date du 8 janvier 2001, faisant valoir qu'il avait été opéré d'une hernie discale en 1992 et souffrait depuis lors de douleurs dorsales insupportables. Dans un questionnaire pour l'employeur signé le 15 juin 2001, le T._____, à [...], a indiqué que l'assuré avait été engagé le 1^{er} avril 1998 en qualité de barman et qu'il avait plus particulièrement œuvré comme serveur et réceptionniste jusqu'au 5 novembre 1999, date de son dernier jour effectif de travail, avant d'être licencié au 30 novembre 2000 après une année de maladie; il était précisé que la rémunération annuelle en 1999 s'était élevée à 40'150 fr. 80.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr H._____, médecin au Centre Permanence S._____, a fait part de ses observations dans un rapport du 7 avril 2001. Il a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de syndrome vertébro-lombaire chronique avec sciatalgie gauche sur fibrose post-opératoire, de status post-hémilaminectomie avec discectomie pour hernie discale L4-L5, et d'état anxio-dépressif. Il a par ailleurs attesté une incapacité de travail de 100% pour la période du 14 janvier au 3 décembre 2000, puis de 50% dès le 4 décembre 2000 et ce pour une durée indéterminée. En annexe à ce compte-rendu figurait un rapport d'expertise du 20 novembre 2000 émanant du Dr J._____, médecin rhumatologue et spécialiste en réadaptation auprès de la Clinique N._____ à [...], dont on extrait ce qui suit :

"Monsieur Z._____ [...] est en arrêt de travail depuis le 4 novembre 1999 (plus d'un an). [...]"

[...]

Le patient [...] a souffert d'une hernie discale L5 gauche en 1990. Différents examens, faits à l'époque, ont mis en évidence une hernie sous-ligamentaire. Le traitement effectué a été une

hémilaminectomie avec discectomie (en mars 1992) qui a été couronnée de succès, puisque le patient a vu ses douleurs s'atténuer rapidement et a pu reprendre son travail avec cependant persistance, durant des années, d'un fond douloureux au niveau lombaire que Monsieur Z. _____ qualifie de gênant et qui ne l'a pas empêché de mener une vie normale.

Depuis le début de l'année 1999, le patient a noté une augmentation des lombalgies. [...]

[...]

[...] je retiendrai chez ce patient les diagnostics suivants :

- 1) Syndrome vertébro-lombaire chronique en phase d'exacerbation avec sciatalgies gauches sur fibrose postopératoire.
- 2) Status après hémilaminectomie et curetage discal L4-L5 gauche.
- 3) Troubles statiques et dégénératifs lombaires mineurs.
- 4) Episode dépressif moyen.
- 5) Laxité antéro-postérieure mineure et asymptomatique des deux épaules.

[...]

- Incapacité de travail, date de début, durée, taux en % :

Il me paraît justifié [...] que depuis le début de l'année 1999, ce patient présente une incapacité complète. Elle ne me paraît pas, en l'état actuel, pouvoir faire l'objet d'une remise en question. Dans cette situation, le patient devrait faire l'objet d'une demande de prestations AI. [...]

- Capacité de travail résiduel[le], en particulier dans une profession adaptée ?

Pour l'instant, il ne me paraît pas possible [...] d'envisager un travail adapté."

Le 12 octobre 2001, le Dr H. _____ a fait savoir à l'OAI que l'activité exercée jusqu'alors par l'assuré n'était plus exigible. Il a ajouté que, dans une activité adaptée ne nécessitant pas de rester assis plus de 30 minutes ni de porter des charges lourdes, la capacité de travail était de 50%.

Le 6 septembre 2002, le Dr P. _____, psychiatre-psychothérapeute, a communiqué à l'OAI que l'assuré était sans traitement médicamenteux pour son état dépressif depuis l'été 2001, que le trouble en question s'était aggravé, et que l'intéressé n'était pour le moment pas véritablement en état de travailler même à 50% (sauf en

théorie). Ce médecin a souligné qu'il s'agissait là de conclusions provisoires, dès lors qu'il venait de prescrire un nouvel antidépresseur à l'assuré et que ce dernier avait accepté la mise en œuvre d'un suivi psychothérapeutique régulier.

Par rapport du 28 décembre 2002, le Dr P. _____ a retenu le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). A titre d'atteinte sans répercussion sur la capacité de travail, il a évoqué des problèmes somatiques et renvoyé pour le surplus au syndrome vertébro-lombaire chronique signalé par le Dr H. _____. Il a fait état d'une incapacité de travail de 100% pour la période du 24 janvier au 3 décembre 2000, puis de 50% dès le 4 décembre 2000, pour une durée indéterminée. Il a précisé que, depuis janvier 2000, l'état anxio-dépressif avait évolué très lentement, globalement de manière positive, avec et sans le traitement antidépresseur, que l'assuré ne l'avait plus contacté de février 2001 à mars 2002, qu'il avait pendant cette période renoncé à prendre des antidépresseurs pour ne «*pas s'habituer aux médicaments en général (antidépresseurs, antalgiques)*», et que la dernière tentative de traitement médicamenteux en septembre 2002 n'avait rien changé à sa philosophie en la matière. Il a relevé que l'assuré se plaignait d'insomnies, d'oublis fréquents, d'hyperémotivité, de manque de volonté et de soucis pour sa santé. Au status, il a noté que l'intéressé présentait un ralentissement psychomoteur moyen et une humeur subdépressive, qu'il était un peu triste, qu'il manquait facilement de confiance et d'estime de soi, et que son état était aggravé par des ruminations anxieuses concernant l'évolution incertaine de ses problèmes de dos. Il a ajouté que l'assuré ne prenait actuellement aucun médicament psychotrope et qu'il n'y avait pas d'indication pour une prise en charge psychopharmacologique régulière. Enfin, le Dr P. _____ a exposé que la profession exercée jusqu'alors n'était plus exigible mais qu'en revanche l'assuré envisageait une réinsertion professionnelle en tant qu'assistant social; ce médecin a précisé que dans une telle activité, la capacité de travail s'élèverait – après une formation adéquate – à un taux de 50% et pourrait être augmentée en cas d'évolution favorable.

Un examen clinique bidisciplinaire de l'assuré a été mené le 2 septembre 2003 dans les locaux du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans leur rapport du 22 décembre 2003, les Dresses Y._____, spécialiste en réadaptation, et I._____, signant comme «*psychiatre FMH*», ont relevé ce qui suit :

"DIAGNOSTIC

- **EPISODE DÉPRESSIF MOYEN AVEC SYNDROME SOMATIQUE, EN RÉMISSION COMPLÈTE.**
- **LOMBALGIES ET LOMBOSCIATALGIES DROITES DANS LE CADRE D'UN TROUBLE DE LA STATIQUE, STATUS POST-CURE DE HERNIE DISCALE PAR LAMINECTOMIE ET DISCECTOMIE L4-L5 GAUCHE EN 1992 AVEC PROBABLE FIBROSE POST-OPÉRATOIRE ET [...] INSUFFISANCE MUSCULAIRE. M54.4**
- **AMPLIFICATION DES SYMPTÔMES.**
- **LÉGER EXCÈS PONDÉRAL (BMI 26,5).**

APPRÉCIATION CONSENSUELLE DU CAS

En conclusion, ce jeune assuré présente un état douloureux sous forme de lombalgies et lombosciatalgies droites rebelles à toutes mesures thérapeutiques avec une intensité des douleurs de 6 à 10 et une intolérance à toutes sortes de charges. [...]

Comme signes comportementaux on trouve une douleur dorsale lors des mouvements de épaule et un héli-syndrome sensible droit. On a donc des indices pour une amplification des symptômes d'après Matheson, mais il y a sans aucun doute un noyau organique représenté par les troubles de la statique et un status post-cure de hernie discale L4-L5 gauche avec un remaniement de la musculature et une probable fibrose post-opératoire. [...]

[...]

Dans le rapport médical du 28.12.2002, le Dr P._____, psychiatre à [...], pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique [...] et évalue une incapacité de travail à 100% du 24.01.2000 au 03.12.2000 et à 50% du 04.12.2000 à indéterminé. [...] Depuis le dernier examen du 03.12.2002, l'assuré ne bénéficie d'aucun traitement médicamenteux psychotrope d'après le médecin, « car il n'y a pas d'indication pour une prise en charge psycho-pharmacologique régulière ». A notre avis, on peut évaluer une nette amélioration de l'état de l'assuré depuis février 2001 [...].

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Dès lors, nous n'avons pas retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue médico-

juridique. L'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, diagnostiqué par le Dr P._____, est en rémission complète, à notre avis, depuis février 2001. [...] Il s'agit donc d'un épisode dépressif transitoire et non d'un trouble affectif grave et durable.

L'examen clinique a mis en évidence une discordance entre l'intensité extrême des plaintes alléguées, qui nous ont par ailleurs laissés insensibles, et les constatations objectives qui sont modestes. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du trouble douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. De plus, nous n'avons pas noté de perturbation de l'environnement psychosocial, malgré de lourds handicaps exposés par l'assuré.

En conclusion, l'examen clinique psychiatrique est dans les limites de la norme et nous ne retenons aucun diagnostic psychiatrique. Sur la base de notre observation clinique psychiatrique, l'assuré présente une capacité de travail exigible de 100% depuis février 2001, date de l'amélioration de son état. Sur la base du rapport médical du Dr P._____, nous reconnaissons, même s'il persiste quelques doutes, une capacité de travail de 0% du 24.01.2000 au 03.12.2000 et à 50% dès le 04.12.2000.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques : pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Les limitations fonctionnelles somatiques : éviter un travail qui demande une position prolongée en flexion-torsion du tronc et des positions debout ou assis au-delà d'une heure à une heure et demie, ainsi que le port de charges dépassant les 20 à 25 kilos occasionnellement. Une activité qui permet de changer souvent la position assise et debout est à préférer.

Concernant la capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique, elle est entière depuis février 2001.

Concernant la capacité de travail exigible sur le plan somatique : en tant que sommelier elle est moins de 50% [sic], en tant que gérant d'un établissement et en respectant les limitations fonctionnelles elle est de 100% ainsi que pour toutes autres activités adaptées.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE : 100%"

Aux termes d'un rapport d'examen SMR du 20 février 2004, la Dresse Y._____ a retenu que l'assuré souffrait principalement de lombalgies et lombosciatalgies droites dans le cadre d'un trouble de la statique et d'un status post-cure de hernie discale L4-L5 gauche en 1992 avec probable fibrose post-opératoire. Elle a estimé que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100% du 5 novembre 1999 au 3 décembre 2000 puis de 50% du 4 décembre 2000 jusqu'en février 2001, qu'il n'était en mesure d'exercer son activité habituelle qu'à 50%, mais

qu'il disposait en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ceci depuis février 2001.

Du 6 juin au 2 octobre 2005, l'assuré a effectué un stage au Centre [...] (ci-après : le Centre C._____) de [...]. Aux termes d'un rapport de synthèse du 26 octobre 2005, le directeur de ce centre a estimé qu'il existait une possibilité de réadaptation dans le circuit économique normal, soit dans une activité de type industriel (pratique et léger) permettant l'alternance des positions de travail, soit dans la gestion de stock (magasinage léger), soit encore dans la vente. Il a indiqué qu'une reprise d'activité était préconisée de manière progressive à raison de 6h/jour avec un rendement diminué, situation qui devait évoluer à court terme vers un plein temps avec un rendement proche de la normale. Il a ajouté que, selon les maîtres de réadaptation, l'assuré avait fait preuve d'une certaine démonstrativité, d'ambivalence et d'un comportement minimaliste, et qu'il manquait manifestement de motivation pour entreprendre sérieusement une démarche de réinsertion professionnelle.

A teneur d'une note interne du 5 novembre 2005, l'OAI a observé que lors de son stage au Centre C._____, l'intéressé n'avait pas eu l'attitude d'un assuré cherchant à se reclasser. L'office a par ailleurs relevé que le Centre C._____ - dont les conclusions corroboraient l'exigibilité définie par le SMR - avait explicitement confirmé l'impossibilité d'envisager un reclassement professionnel en raison des autolimitations affichées par l'assuré.

Par décision du 12 juin 2006, l'OAI a statué sur le droit aux prestations de l'assuré. En substance, il a considéré qu'à la suite de problèmes de santé remontant au 5 novembre 1999, l'intéressé avait présenté une incapacité de travail complète dans son ancienne activité de barman jusqu'au mois de décembre 2000, cette activité pouvant depuis lors être exercée à un taux de 50%. L'office a estimé qu'en revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'intéressé disposait d'une entière capacité de travail depuis le mois de février 2001, date à partir de laquelle son préjudice économique - calculé en fonction des

données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] - était nul. Cela étant, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité pour la période de novembre 2000 à février 2001, puis à une demi-rente d'invalidité pour la période de mars à avril 2001.

Le 13 juillet 2006, Z. _____ a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, faisant valoir qu'il ne pouvait exercer d'activité professionnelle - même adaptée - à plus de 50%. Complétant ses déterminations le 2 octobre 2006, le prénommé a contesté les conclusions de l'examen bidisciplinaire réalisé au SMR le 2 septembre 2003, tout en requérant la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire et en revendiquant l'allocation d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2001. Dans ce contexte, il a notamment produit un rapport du 10 mai 2000 du Dr X. _____, rhumatologue et spécialiste en médecine physique et réhabilitation, diagnostiquant des lombosciatalgies gauches chroniques, un status après cure de hernie discale L4-L5 gauche, une discopathie L4-L5, une fibrose post-opératoire (selon une imagerie par résonance magnétique [IRM] du 1^{er} décembre 1999), ainsi qu'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32); ce médecin signalait en outre que l'incapacité de travail avait débuté selon le patient le 4 novembre 1999, que la capacité résiduelle de travail était pratiquement nulle même dans une profession adaptée, mais qu'il n'était pas exclu qu'une amélioration dans les 2 à 3 prochains mois puisse permettre une récupération partielle de cette capacité de travail. L'assuré a également versé au dossier un rapport du Dr H. _____ du 7 septembre 2006, faisant état d'une capacité de travail nulle pour tout travail lourd ou mi-lourd (y compris comme barman), et d'une capacité de travail de 50% pour toute activité légère.

Par courrier du 7 décembre 2007, l'assuré a informé l'OAI qu'il exploitait une épicerie depuis le début du mois, en tant qu'indépendant. Il a précisé qu'il exerçait cette activité à un taux variant entre 30 et 50%, compte tenu de ses troubles de santé, et que son épouse étant quant à elle occupée à plein temps dans l'exploitation de l'entreprise. Puis, dans une correspondance du 28 mai 2008, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il avait dû céder son commerce. En annexe, il a déposé deux certificats

médicaux des 10 avril et 2 mai 2008 émanant respectivement des Drs H. _____ et L. _____, médecin auprès du Centre Permanence S. _____, le premier de ces certificats faisant état d'une incapacité de travail à compter du 10 avril 2008 et le second à partir du 22 avril 2008.

Cela étant, le Dr D. _____, médecin anesthésiste au SMR, a préconisé la mise en œuvre d'un nouvel examen rhumatologique et psychiatrique. Cet examen a été effectué le 29 juillet 2008 par le Dr W. _____, spécialiste en réadaptation au SMR, et la Dresse I. _____.

Le 22 octobre 2008, la Dresse L. _____ a établi un compte-rendu posant le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent (F33) existant depuis novembre 2000. Elle a précisé qu'elle suivait l'assuré - précédemment pris en charge par le Dr P. _____ - depuis le 22 avril 2008. Elle a indiqué que le métier exercé jusqu'alors n'était plus exigible, le rendement y étant réduit en raison de «*douleurs, manque de concentration et difficultés à s'organiser*», et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Invitée à décrire les travaux qui pouvaient encore être exigés de l'assuré dans le cadre d'une profession adaptée, la Dresse L. _____ a précisé qu'aucune activité n'était à envisager.

Après avoir pris connaissance du compte-rendu de la Dresse L. _____, les Drs W. _____ et I. _____ ont établi leur rapport - contresigné par la Dresse B. _____, médecin-chef du SMR - le 9 décembre 2008, suite à l'examen rhumatologique et psychiatrique du 29 juillet 2008. Ils ont exposé ce qui suit :

"DOSSIER RADIOLOGIQUE

IRM Lombaire du 19.01.2006: status après hémi-laminectomie G L4-L5 avec discopathie à cet étage se traduisant par une disséction du disque, une protrusion médiane et des phénomènes inflammatoires de type modique I touchant le plateau inférieur de L4 et le plateau supérieur de L5. Antélisthesis de L5 sur L4 d'environ 3mm, modification ostéophyttaire postérieure et présence de matériel discal intra-foraminal D au contact de la racine L5 D.

DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

• LOMBOSCIATALGIES D AVEC TROUBLES SENSITIFS DE TERRITOIRE S1 (M54.46)

- STATUS APRÈS CURE DE HERNIE DISCALE L4-L5 G EN 1992.
- MACRO-INSTABILITÉ AVEC ANTÉROLISTHÉSIS DE L5 SUR L4 D'ENVIRON 3 MM ET MODIFICATION DE TYPE MODIC I (INFLAMMATOIRE) L4-L5.
- DÉCONDITIONNEMENT MUSCULAIRE GLOBAL TOUCHANT LA MUSCULATURE POSTURALE, LA SANGLE ABDOMINALE ASSOCIÉ À DES RÉTRACTIONS DE LA MUSCULATURE DES ISCHIO-JAMBIERS.

- sans répercussion sur la capacité de travail

• PRÉSENCE DE SIGNES DE NON-ORGANICITÉ COMPATIBLES AVEC UN PHÉNOMÈNE D'AMPLIFICATION DES PLAINTES.

• DIFFICULTÉS D'ADAPTATION À UNE NOUVELLE ÉTAPE DE LA VIE. Z 60.0.

[...]

APPRÉCIATION DU CAS

[...]

En conclusion, cet assuré, sans formation professionnelle particulière, ayant cessé toute activité professionnelle depuis 1999 présente une symptomatologie algique prédominant au niveau du rachis lombaire avec irradiation au niveau du membre inférieur droit dans un contexte dégénératif avancé. Associées à ses plaintes lombaires, l'assuré évoque des céphalées et une symptomatologie de brûlures et de tensions musculaires touchant le rachis cervical et irradiant dans les deux épaules, évoluant depuis le début de l'année 2008 dans un contexte de surcharge professionnelle (l'assuré a tenté de se mettre à son compte en ouvrant une épicerie avec l'aide de son épouse). Les atteintes objectives sur le plan ostéoarticulaire et neurologique « subjectives » mises en évidence à l'examen clinique de ce jour sont responsables d'une incapacité de travail totale dans son activité antérieure de barman ou dans toute forme d'activité à fortes charges physiques ou nécessitant des positions statiques prolongées. Toute forme d'activité à caractère sédentaire ou semi-sédentaire, permettant des variations de position est théoriquement possible à un taux de 100%.

Au vu de la macro-instabilité lombaire et du processus inflammatoire clairement démontré par une IRM de 2006, une symptomatologie algique chronique localisée avec facteurs irritants au niveau de la racine S1 est tout à fait vraisemblable. Pour cette raison, une diminution de rendement de 20% est retenue.

Par rapport à l'évaluation bidisciplinaire de décembre 2003, sur le plan ostéoarticulaire, nous pouvons attester d'une aggravation radiologique sous la forme d'un phénomène MODIC I L4-L5 associé à une macro-instabilité à l'origine d'un antérolisthésis de 3 mm de L5 sur L4.

[...]

A notre demande [la Dresse L. _____] remplit le rapport médical AI le 22 octobre 2008 et elle retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent F33, d'intensité inconnue et présent depuis novembre 2000 bien qu'elle a débuté la prise en charge le 22 avril 2008.

En l'absence d'un status psychiatrique le diagnostic de trouble dépressif récurrent et le degré de sévérité de la maladie selon les critères de la CIM-10 ne peuvent pas être évalués. Cependant, [la Dresse L. _____] atteste une incapacité de travail à 100% dans son activité et ceci en raison « de douleurs, manque de concentration, difficultés à s'organiser ».

Quoi qu'il en soit, sous prise en charge psychiatrique ambulatoire accompagnée d'un traitement médicamenteux psychotrope, l'évolution est rapidement favorable avec une nette amélioration de la symptomatologie dépressive qui est actuellement en rémission complète et n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de trouble obsessionnel compulsif, d'état de stress post-traumatique, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est inchangé, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

Sur la base de notre examen clinique nous avons retenu le diagnostic de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie qui ne représente pas une maladie psychiatrique chronique à caractère incapacitant.

[...]

Nous n'avons pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant [...]. La douleur est de nature organique et les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

[...]

Sur le plan purement psychiatrique, l'assuré aurait développé une symptomatologie dépressive réactionnelle d'intensité « inconnue » et ceci depuis avril 2008, suivie d'une amélioration de son état objectivée à l'examen clinique au SMR. Il s'agit d'une aggravation « réactionnelle » de courte durée, suivie d'amélioration et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 7,5kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10kg. Pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions, minimum 1 x à l'heure, de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position en porte-à-faux, en antéflexion du rachis contre résistance, pas de position accroupie ou en genuflexion à répétition, pas d'activité sur

terrain instable, diminution du périmètre de marche à environ $\frac{3}{4}$ heure.

Pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

La démotivation, l'absence de formation professionnelle et les difficultés financières ne font pas partie du domaine médical.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur la base des documents mis à disposition au dossier médical et du rapport d'examen SMR datant du 20.02.2004, l'assuré est en incapacité de travail depuis le 05.11.1999.

Sur le plan psychiatrique, le Dr L. _____ atteste une incapacité de travail à 100% depuis avril 2008.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

100% d'incapacité de travail sont à considérer entre le 05.11.1999 et le 03.12.2000, puis 50% du 04.12.2000 à février 2001. A partir de février 2001, l'assuré présente théoriquement une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

A la suite de l'examen de ce jour, nous avons constaté une aggravation modérée sur le plan ostéoarticulaire, responsable d'une diminution de rendement évaluée à 20% dans une activité adaptée. Cette aggravation peut théoriquement être datée depuis janvier 2006 (date de l'IRM lombaire).

Pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible,

Toute forme d'activité professionnelle qui respecte de façon stricte les limitations fonctionnelles présentées est possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 20% comme déjà discuté. [...]

L'évaluation de la capacité de travail sur le plan somatique ne tient compte que des phénomènes objectifs mis en évidence par les examens complémentaires et du status clinique réalisés au SMR. La composante de non-organicité mise en évidence lors de notre examen SMR actuel, qui était déjà présente lors de l'examen de 2003, n'a pas été prise en considération pour l'établissement de la capacité de travail résiduelle sur le plan somatique.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, notre assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique chronique à caractère incapacitant de longue durée et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0%
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 80% SUR LE PLAN SOMATIQUE
DEPUIS LE : JANVIER 2006"

Dans un avis médical SMR du 19 décembre 2008, le Dr D. _____ a considéré que pour la période allant jusqu'à fin décembre 2005, il y avait lieu de s'en tenir à l'exigibilité définie dans le rapport d'examen SMR du 20 février 2004. Pour la période courant depuis janvier 2006, ce médecin s'est référé aux conclusions du rapport d'examen rhumatologique et psychiatriques du SMR du 9 décembre 2008, fixant la capacité de travail à 0% dans l'activité habituelle et à 80% (à savoir un plein temps avec une diminution de rendement de 20%) dans une activité adaptée.

Par décision sur opposition du 15 janvier 2009, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré. Dans sa motivation, l'office a rappelé que l'intéressé avait fait l'objet d'un premier rapport d'examen clinique bidisciplinaire établi par le SMR en date du 22 décembre 2003, concluant à une capacité de travail de 100% dès février 2001 dans une activité adaptée. Il a ajouté qu'un nouvel examen pluridisciplinaire avait été effectué par ce service à la suite de l'opposition formée par l'assuré, et que le rapport y relatif du 9 décembre 2008 - pleinement probant - attestait une aggravation des troubles somatiques dès le mois de janvier 2006 ainsi qu'une capacité de travail s'élevant depuis lors à 100% avec une diminution de rendement de 20%. Sur la base de ces éléments, l'OAI a maintenu son appréciation initiale selon laquelle l'assuré disposait à l'origine (depuis février 2001) d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et avait droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps, conformément à la décision du 12 juin 2006. Pour la période consécutive à l'aggravation constatée dès janvier 2006, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'732 fr. selon l'ESS de 2006 (dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé [production et services]), et compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41,7 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+ 1,60%), d'un taux d'occupation de 80% et d'un abattement de

10%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel avec invalidité de 43'304 fr. S'agissant du gain de valide, l'office a retenu que l'intéressé aurait pu réaliser en 2007 un revenu annuel de 54'000 fr. 64 dans son activité antérieure. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a dégagé un taux d'invalidité de 19,80%, arrondi à 20%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Cela étant, l'office a considéré que la décision du 12 juin 2006 devait être confirmée en ce sens que l'assuré n'avait pas droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2001.

Par communication du 24 février 2009, l'assuré a été informé de ce qu'une orientation professionnelle allait être mise en œuvre par l'OAI. A cet effet, l'intéressé a été convoqué le 6 avril 2009 à un entretien avec une collaboratrice de l'office; lors de cet entretien, il a déclaré qu'il bénéficiait du revenu d'insertion et avait «*envie de reprendre une activité professionnelle pour un taux de travail entre 80-100%*» (rapport intermédiaire de l'OAI du 6 avril 2009). Puis, toujours le 6 avril 2009, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'une orientation professionnelle ainsi qu'un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis par le service de placement de l'AI.

B. Agissant par l'entremise de son mandataire, Z._____ a recouru le 13 février 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 15 janvier 2009, concluant, d'une part, à l'annulation de cette décision en ce qu'elle nie le droit aux prestations au-delà du 30 avril 2001, et, d'autre part, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2001, puis d'une rente entière à partir du mois d'avril 2008. A titre préalable, le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire. Sur le fond, il conteste les conclusions des rapports d'examen établis par le SMR, organe d'exécution de l'AI, et estime qu'il y a lieu de leur préférer celles - pleinement probantes - des Drs X._____, H._____, P._____ et L._____, qui attestent selon lui une incapacité de travail totale dès 1999, puis de 50% «*depuis la fin des années 2000*», et à nouveau totale dès le

mois d'avril 2008. Il produit enfin un onglet de pièces concernant essentiellement les phases antérieures de la procédure.

Dans sa réponse du 9 avril 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Il précise que, lors d'un entretien avec un conseiller en réadaptation le 6 avril précédent, l'assuré a exprimé le souhait de reprendre une activité à 80-100%, ce qui s'avère difficilement conciliable avec les conclusions du recours tendant à l'octroi d'une rente entière dès avril 2008.

Répliquant le 11 mai 2009, le recourant confirme ses conclusions. Il ajoute qu'il a effectivement la volonté de se réinsérer professionnellement, élément en soi «*plutôt positif*», mais que cette volonté ne correspond malheureusement pas à sa capacité de travail, compte tenu des troubles dont il souffre.

Par courrier du 17 septembre 2010, le recourant expose qu'il tente actuellement de mener une réinsertion professionnelle par ses propres moyens. A cet égard, il explique qu'il a acquis un véhicule de livraison en début d'année pour le transport et le stockage de marchandises, qu'il travaille de manière indépendante à un taux oscillant entre 30 et 50% en fonction de ses douleurs, et qu'il s'occupe plus particulièrement de la conduite du véhicule de transport ainsi que de quelques menus travaux, faisant appel à d'autres personnes pour les charges plus lourdes telles que notamment le port de marchandises. Il déclare de ce fait modifier ses conclusions, en ce sens que pour la période courant depuis le 1^{er} janvier 2010, il demande désormais l'octroi d'une demi-rente d'invalidité en lieu et place d'une rente entière.

Se déterminant le 27 octobre 2010, l'OAI maintient sa position tout en soulignant que les nouvelles conclusions du recourant sont irrecevables, puisque portant sur une période postérieure à la décision attaquée.

C. Une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès des Drs K._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et G._____, psychiatre-psychothérapeute, du Bureau d'expertises médicales (ci-après : le BEM) de [...]. Dans leur rapport du 12 octobre 2012, les experts ont notamment fait état de ce qui suit :

"[...]

C. QUESTIONS CLINIQUES

[...]

3.2 AU PLAN SOMATIQUE

[...]

En 2009, l'expertisé a créé en tant qu'indépendant une entreprise de transport, [...]. Il nous est difficile de saisir la taille réelle de l'entreprise. L'expertisé nous a décrit une entreprise modeste, familiale, limitée au territoire suisse, où il se contente de recueillir les commandes et coordonner les transports, sans conduire lui-même. En contradiction avec ces données, le site internet d' [...] semble se référer à une entreprise de plus grande envergure, se chargeant de transports internationaux (Suisse-Kosovo). Par ailleurs dans le dossier il est indiqué que l'expertisé participe lui-même à la conduite de véhicules (courrier du 17.09.2010 [...]), ce qu'il a confirmé à l'experte rhumatologue. Lors de sa 2^{ème} consultation, il a dit qu'il ne conduisait que rarement les camions mais qu'il se déplaçait beaucoup en voiture pour les contacts avec la clientèle.

Il a confirmé l'ampleur internationale des transports.

[...]

Nous maintenons les mêmes limitations fonctionnelles que celles qui ont été déjà bien établies en 2001 et 2003 par le SMR. Une activité adaptée nous paraît exigible à 100% comme en 2008 en gardant la reconnaissance d'une baisse de rendement de 20%, dans le type de travail de manutention en entreprise évalué par la réadaptation AI, la raideur lombaire persistante, l'importance de la discarthrose asymétrique L4-L5 nous faisant nous rallier aux conclusions du SMR de 2008.

L'arthrose L4-L5 s'est stabilisée en lésion de Modic II et il n'y a pas d'atteinte radiculaire ni myélopathique évolutive. Ceci n'est pas compatible avec la suspicion de macro-instabilité évoquée antérieurement en 2008. La lésion s'est stabilisée et ne justifie pas de limitation supplémentaire.

[...]

Des signes d'amplification de Matheson et des signes de non concordance de Waddel sont encore présents et ont pu jouer un rôle

dans l'échec de la réadaptation car au plan médical rien ne permet de conclure que la réadaptation n'eût pas été exigible.

Les activités proposées par l'AI étaient plus légères que l'activité de chauffeur de poids lourds, ou de directeur d'une petite entreprise devant se déplacer en voiture plusieurs heures/jour pour dépêcher des clients.

M. nous confirme nonobstant que cela est plus adapté que ce que l'AI lui a proposé. Il n'y a pas de raison de s'écarter de son jugement mais le descriptif du poste de travail mérite d'être précisé.

Comme le décrit l'expertisé, dans son travail de patron d'une petite entreprise de transports, avec un petit camion de chauffeur livreur, où il est bien équipé de montes charges, aidé de son neveu et de son épouse, sans porter, la CT est à 100% avec baisse de rendement de 20% pour permettre des périodes de repos.

Si en revanche, M. est à la tête d'une entreprise de plus grand volume avec des transports internationaux dont il assure la logistique et le contact clientèle comme le site internet d' [...] le suggère, la CT est celle d'une activité tout à fait adaptée et est exigible à 100% sans baisse de rendement, M. pouvant alterner les positions, et ne devant porter aucune charge ni s'exposer à des vibrations durables en conduisant sur de trop longs trajets autour de [...].

En revanche, comme chauffeur strictement la CT ne devrait pas dépasser 50% étant donné l'effet délétère des vibrations à basse fréquence que provoque la conduite d'un véhicule plusieurs heures d'affilée, sur un rachis discopathique, même si l'expertisé décrit qu'il est équipé de monte-charges et qu'il est exempté du port de charges.

[...]

La baisse de rendement de 20% admise en 2008 reste d'actualité depuis la création de son entreprise en 2009, dans un poste de patron d'une petite entreprise qu'il décrit adapté, car les lésions discarthrosiques sont évoluées mais elles sont stables sur la radiographie standard depuis 2010 avec également passage à un stade IRM non congestif. [...]

3.3 AU PLAN PSYCHIATRIQUE

[...]

Le tableau clinique actuel est dominé par la présence de plaintes subjectives d'ordre dépressif (diminution de l'énergie et de la motivation, troubles du sommeil) et de ruminations soucieuses. L'humeur est fluctuante, le "syndrome somatique" de la dépression au sens de la CIM-10 n'est pas présent, et il n'y a pas de signes cliniques objectifs d'un trouble dépressif sévère. Les manifestations anxieuses n'atteignent pas non plus le degré d'un trouble anxieux spécifique.

Selon les données anamnestiques et du dossier, le syndrome sub-dépressif est chronique puisqu'il est déjà relaté en 2002 par le psychiatre traitant. Il est possible qu'à certains moments de l'évolution du trouble dépressif, qui remonte à une douzaine d'années, celui-ci ait atteint le degré d'un véritable épisode dépressif au sens de la CIM-10. On peut toutefois remarquer que ni le rapport du Dr P. _____ de 2003 [recte : 2002], ni celui du Dr L. _____ de 2008 ne permettent d'établir clairement l'existence d'un épisode dépressif franc. Les symptômes rapportés sont peu spécifiques [...]

Au vu de ces données, le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne peut pas être établi avec un degré de vraisemblance suffisant. Le tableau actuel, celui d'un syndrome subdépressif chronique, essentiellement subjectif, accompagné de fatigue et de ruminations, correspond à ce [que] la CIM-10 appelle *dysthymie*. Il s'agit d'un trouble dépressif chronique d'intensité très modérée.

Pour ce qui est des plaintes douloureuses, elles ont un substrat organique même si elles sont parasitées de quelques signes de discordance, et elles ne surviennent pas dans un contexte de problèmes émotionnels ou psychosociaux majeurs qui feraient évoquer un trouble somatoforme douloureux.

[...]

La dysthymie est un trouble dépressif d'intensité très modérée, qui ne justifie habituellement pas de limitation durable de la capacité de travail. [...]

L'évaluation rétroactive de la capacité de travail est plus difficile. Dans les périodes où un suivi psychiatrique a été mis en place (2000-2002 et 2008-2009), les psychiatres traitants ont attesté d'une incapacité de travail durable de 100% ou de 50% selon les moments. Il nous est difficile de nous rallier à ce point de vue pour deux raisons. D'une part, à peu près à la même époque où les rapports des psychiatres traitants faisaient état d'une pathologie psychiatrique assez sévère pour justifier une incapacité de travail durable partielle ou totale, des examens psychiatriques effectués au SMR ne montraient pas, et de manière convaincante au vu des données disponibles, de pathologie psychiatrique sévère. Par ailleurs nous avons souligné que les rapports des psychiatres traitants faisaient état surtout de symptômes peu spécifiques ne permettant pas d'établir que le patient souffrait d'une dépression réellement durablement sévère.

En conclusion, nous ne pouvons pas retenir de manière ferme que l'expertisé ait présenté une incapacité de travail significative et durable au plan psychiatrique depuis février 2001 [...].

3.4 DISCUSSION CONSENSUELLE ENTRE LES EXPERTS

Sur le plan somatique, comme chauffeur livreur strict, la CT est de 50%. Comme patron d'une petite entreprise de transport, elle est de 100% avec rendement de 80% s'il doit conduire quotidiennement. Il estime ce travail aussi adapté que ce que l'on a proposé sous l'égide de l'AI. Comme patron d'une grande entreprise avec transports

internationaux, de garde-meubles, de nettoyage, assurant la logistique et l'administratif, la CT est entière sans baisse de rendement, car ce travail permet des changements de position et ne sollicite pas le rachis pour des ports de charge ou avec des vibrations de longue durée.

Nous n'avons pas pu nous faire une idée précise des activités actuelles de l'expertisé en raison de variations dans ses déclarations à ce sujet. C'est ainsi qu'il a déclaré tantôt qu'il conduisait, tantôt qu'il ne conduisait pas. Le qualificatif de «petite entreprise familiale limitée au transport de marchandises en Suisse» nous a semblé en contradiction avec les données du site internet tel qu'il se présentait au moment de l'expertise [suit une note de bas de page indiquant : «Le site a été modifié après l'expertise»].

Ces éléments sortent de notre champ de compétence.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas actuellement d'atteinte psychiatrique incapacitante, et il n'y a pas d'évidence vraisemblable que l'expertisé ait présenté une incapacité de travail durable pour motif psychiatrique après février 2001.

4. DIAGNOSTICS

4.1 Diagnosics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Syndrome lombo-vertébral et discarthrose L4-L5 sur status 20 ans après cure de hernie discale L4-L5 - M 47.8

4.2 Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail

[...]
Dysthymie F34.1
[...]

D. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Les limitations reconnues du SMR du 20.02.2004 et 09.12.2008 restent d'actualité :

- éviter une position prolongée forcée en flexion-torsion du tronc
- privilégier les positions alternées assise/debout aux positions statiques prolongées
- éviter les ports de lourdes charges occasionnelles dépassant les 10-15 kg, et 8-10 kg à répétition
- éviter le travail prolongé en position assise
- il faut éviter les vibrations de faible fréquence (conduite automobile/de camion inférieure à 2h d'affilée et plus de 4h/j).

Au plan psychique

Pas de limitations.

Au plan social

Pas de limitations.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Au plan physique

CT totale dans un travail de patron d'une entreprise de grande envergure.

M. décrit que dans la petite entreprise qu'il a créée le travail est adapté. On peut dès lors estimer sa CT totale avec baisse de rendement de 20% comme ce qui était admis au SMR en 2008.

S'il devait participer de manière quotidienne comme chauffeur uniquement CT à 50%.

Au plan psychique

Selon toute vraisemblance, le trouble actuel est présent de longue date, peut-être depuis le début de l'affection actuelle en 1999. Il y a eu une aggravation de l'état psychique en 2000, la dépression atteignant alors probablement le degré d'un véritable épisode dépressif au sens de la CIM-10 avec effet sur la capacité de travail.

L'appréciation d'une incapacité durable de janvier 2000 à janvier 2001 retenue par l'AI n'a pas lieu d'être remise en question. A partir de février 2001, il y a eu des fluctuations de l'humeur, mais pas d'évidence d'une atteinte durablement incapacitante. Le plus probable est que la dysthymie actuellement constatée remonte à 1999, avec une aggravation temporaire de l'humeur en 2000-2001.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail.

Au plan physique

CT 100% globalement dans une activité adaptée avec baisse de rendement de 20% comparable à l'appréciation de 2008 au SMR.

Au plan psychique

La capacité est totale depuis février 2001.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Au plan physique

CT comme barman admise comme nulle depuis 2001. Comme réceptionniste d'un bowling CT 50%.

Au plan psychique

Oui.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Au plan physique

Oui, cf. ci-dessus, cela dépend du type d'activité.

Au plan psychique

Non.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Au plan physique

Depuis 1999.

Au plan psychique

Janvier 2000 selon les données du psychiatre traitant de l'époque (Dr P._____).

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Au plan physique

Activité adaptée retenue à 100% par le SMR depuis le début d'année 2001[.]

Dès janvier 2006, et avec évaluation en 2008, activité adaptée de 100% avec baisse de rendement de 20% dans un travail adapté.

Au plan psychique

Incapacité à 100% de janvier 2000 à janvier 2001. Ensuite capacité totale.

[...]

F. QUESTIONNAIRE DU RECOURANT

[...]

7. [Concernant le taux ainsi que l'évolution de l'incapacité de travail induite par les troubles constatés]

Sur le plan physique, la CT est complète dans une activité adaptée. La baisse de rendement attestée en 2008 en raison de lésions de Modic I (congestives) à l'IRM ne s'associe plus à des soins répétés de physiothérapie ni à la prise régulière d'antalgiques et d'anti-inflammatoire[s]. L'évolution radiologique est dans le sens de lésions de Modic II attestant d'une discopathie stabilisée, non inflammatoire.

Mais l'atteinte discarthrosique asymétrique, stable également selon les clichés standards depuis 2010 est significative est justifie un rendement diminué à 80% s'il doit conduire plus de 4h d'affilée. CT de 50% comme chauffeur livreur.

Sur le plan psychique, une incapacité de travail à 100% a été attestée par le psychiatre dès janvier 2000, et reconnue par l'AI jusqu'en janvier 2001. Depuis lors, la capacité de travail est complète sur le plan psychique "

Dans ses déterminations du 25 octobre 2012, l'OAI observe que le rapport d'expertise susmentionné - qui répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante - confirme les conclusions médicales des rapports d'examen clinique du SMR des 22 décembre 2003 et 29 juillet 2008, tant sous l'angle du catalogue des limitations fonctionnelles que de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. La décision querellée étant précisément fondée sur les rapports d'examen en question, l'intimée confirme sa position.

Par acte du 19 novembre 2012, le recourant maintient ses conclusions. Il relève que la société qu'il a créée est spécialisée dans le transport et la garde de meubles en Suisse, et qu'une entreprise externe se charge, le cas échéant, de l'éventuel acheminement de marchandises au Kosovo. Il ajoute que son activité correspond à la description de patron d'une petite entreprise de transports telle qu'évoquée lors de l'expertise, incluant non seulement le contact avec la clientèle et la logistique, mais également une partie de l'activité de chauffeur-livreur. Il précise qu'il a acquis deux petits camions d'occasion dans le cadre de cette activité, qu'il est aidé de sa femme sur le plan administratif et de ses neveux pour la conduite et le port de meubles, et qu'il dispose en outre de monte-charges. Il considère ainsi que son entreprise lui permet d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles.

E n d r o i t :

- 1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1)

s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) 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 let. a LPA-VD).

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 critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) 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; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b; cf. TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012).

c) En l'occurrence, le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2001. En effet, par décision sur opposition du 15 janvier 2009, l'office intimé a considéré que l'assuré ne pouvait prétendre à une telle prestation au-delà de la date en question. De son côté, à l'appui de son recours du 13 février 2009, l'assuré a conclu à la poursuite du versement d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2001, puis à l'octroi d'une rente entière dès le mois d'avril 2008.

S'agissant des nouvelles conclusions formulées par le recourant le 17 septembre 2010 et tendant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité pour la période courant dès le 1^{er} janvier 2010, force est de constater - à l'instar de l'intimé (cf. écriture du 27 octobre 2010 - qu'elles sont irrecevables, dès lors qu'elles portent sur une période sortant du pouvoir d'appréciation de l'autorité de céans puisque postérieure à la décision attaquée du 15 janvier 2009, dont il incombe à la Cour de vérifier la légalité sur la base de l'état de fait à cette date (cf. ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1; cf. consid. 2b supra).

3. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. ATF 129 V 1 consid. 1.2).

b) Par conséquent, le droit à une rente AI doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (cf. ATF 130 V 448 spéc. p. 455; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1^{er} janvier 2008 est entrée en vigueur la 5^e révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative.

En tout état de cause, les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées jusqu'alors par la jurisprudence (ATF 130 V 343 consid. 2 à 3.6). De même, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité que ce soit sous l'empire de la 4^e révision de la LAI (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4; TFA I 7/05 du 17 mai 2005 consid. 2 et I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 4) ou de la 5^e révision de cette loi (cf. TF 8C_373/2008 du 28 août 2008 consid. 2.1).

4. 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 (cf. 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 (cf. 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 ²/₃% au moins. Depuis le 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière

(cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

c) 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; TF 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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. 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 (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En principe, le juge ne s'écarte 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 surexpertise 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 (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C_418/2012 du 30 août 2012 consid. 4 et TF 9C_256/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.1).

d) Selon la jurisprudence (cf. TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (correspondant à l'ancien art. 41 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit

une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. TF 9C_307/2008 précité consid. 3). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ibid., avec les références citées).

Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (cf. ATF 125 V 413 en particulier consid. 2d et 3; cf. aussi TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 4).

5. a) En l'espèce, l'OAI a accordé au recourant une rente d'invalidité dégressive et limitée dans le temps, soit une rente entière pour la période du 1^{er} novembre 2000 au 28 février 2001, puis une demi-rente pour la période du 1^{er} mars au 30 avril 2001, le droit à la prestation étant au surplus nié pour la période courant dès le 1^{er} mai 2001.

b) S'agissant du droit à une rente entière pour la période de novembre 2000 à février 2001, puis à une demi-rente à partir de mars 2001, force est de constater que la motivation de la décision du 12 juin 2006, confirmée sur opposition le 15 janvier 2009, paraît sur ce point

critiquable en tant qu'elle semble fonder l'incapacité de gain du recourant sur sa seule incapacité de travail dans son activité habituelle.

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas lieu de remettre en question le droit à la rente pour les périodes susdites. En effet, sur le vu des pièces médicales au dossier (cf. notamment les rapports des Drs X. _____ du 10 mai 2000, J. _____ du 20 novembre 2000, H. _____ du 7 avril 2001 et P. _____ du 22 décembre 2002), il convient d'admettre - au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales - que le recourant présentait une incapacité totale d'exercer toute activité lucrative au terme du délai de carence légal d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI, anciennement art. 29 al. 1 let. b LAI), soit en novembre 2000, et que cette situation a perduré jusqu'en décembre 2000, moment à partir duquel l'incapacité susdite est passée d'un taux de 100 à 50%. Conformément à la législation en vigueur à l'époque (cf. consid. 3b et 4a supra), ces circonstances justifiaient l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2000, remplacée par une demi-rente à compter du 1^{er} mars 2001 (soit trois mois après l'amélioration survenue en décembre 2000, cf. art. 88a al. 1 RAI). Ce point n'est du reste nullement discuté par les parties, ni mis en doute par le rapport d'expertise judiciaire du 12 octobre 2012 (cf. consid. 6a infra, étant précisé que le fait que ce rapport comporte quelques imprécisions sur le sujet [cf. notamment les réponses aux questions n° 2.6 p. 49 et n° 7 p. 53, qui omettent de prendre en compte la capacité résiduelle de travail de 50% reconnue dès décembre 2000] ne porte nullement à conséquence).

c) Est en revanche litigieuse la suppression du droit à la rente à compter du 1^{er} mai 2001.

A cet égard, l'OAI a fondé sa position sur une amélioration de l'état de santé de l'assuré survenue trois mois plus tôt (cf. art. 88a al. 1 RAI), en février 2001, et lui ayant permis de recouvrer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans diminution de sa capacité de gain. L'office intimé a par ailleurs considéré que l'état de santé de l'intéressé s'était certes aggravé dès janvier 2006, au point d'induire une

perte de rendement de 20% dans le cadre d'une activité adaptée exercée à pleine temps, mais que cette modification demeurerait sans influence sur l'absence de droit à la rente.

Cette appréciation est critiquée par le recourant, qui conteste en substance l'amélioration de son état de santé dès février 2001 et se prévaut en outre d'une totale incapacité de travail à compter du mois d'avril 2008.

6. a) A titre préalable, on rappellera que l'appréciation de l'OAI était initialement fondée sur le rapport d'examen bidisciplinaire des Dresses Y. _____ et I. _____ du 22 décembre 2003. Or, sur le plan psychique, ce rapport est en tant que tel dénué de valeur probante puisqu'à l'époque, la Dresse I. _____ se prévalait à tort du titre de «*psychiatre FMH*» et n'était pas au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal (cf. TF I 65/07 du 31 août 2007; TASS VD du 4 mars 2008 [AI 231/07 - 104/2008] consid. 3a; TASS VD du 9 janvier 2008 [AI 352/07 - 35/2008] consid. 3b), cette autorisation n'ayant finalement été accordée que le 24 novembre 2006. Dans un second temps, l'intimé s'est basé sur le rapport d'examen bidisciplinaire établi par les Drs W. _____, I. _____ et B. _____ le 9 décembre 2008, dont le volet psychiatrique se réfère toutefois aux observations - pourtant dépourvues de valeur probante - contenues sur ce point dans le rapport d'examen du 22 décembre 2003. Aussi la Cour de céans a-t-elle confié une expertise judiciaire bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) aux Drs K. _____ et G. _____, du BEM, lesquels ont consigné leurs observations dans un rapport du 12 octobre 2012, dont les conclusions seront reprises ci-après dans la mesure utile.

b) Cela étant, il convient tout d'abord d'examiner si, dès le mois de février 2001, l'assuré a ou non récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ensuite d'une amélioration de son état de santé.

aa) Sur le plan psychique, les experts judiciaires du BEM ont posé le diagnostic sans impact sur la capacité de travail de dysthymie, tout en précisant qu'il s'agissait d'un trouble dépressif d'intensité très modérée ne justifiant habituellement pas de limitation durable de la capacité de travail. Ils ont considéré que le trouble actuel était présent de longue date (possiblement depuis 1999), qu'il y avait eu une aggravation de l'état psychique en 2000, la dépression atteignant alors probablement le degré d'un véritable épisode dépressif se répercutant sur la capacité de travail, mais qu'il n'y avait pas d'évidence vraisemblable que l'assuré ait présenté une incapacité de travail durable pour motif psychiatrique au-delà de janvier 2001. Ils ont par conséquent retenu que la capacité de travail devait être considérée comme totale dès février 2001 (cf. rapport d'expertise du 12 octobre 2012, ch. 3.3 p. 44 s. et réponses aux questions n° 2.1 p. 47 s., n° 2.6 p. 49 et n° 7 p. 53).

Rien au dossier n'incite à s'écarter de cette appréciation.

A cet égard, on relèvera tout d'abord que les rapports respectifs des Drs X._____ et J._____ des 10 mai et 20 novembre 2000 – pour autant qu'ils puissent être pris en compte dans le présent contexte, dans la mesure où ils émanent de médecins somaticiens – font certes mention de troubles dépressifs mais ne contiennent aucun élément laissant entendre que ces troubles auraient pu revêtir une nature incapacitante en 2001.

Peu importe en outre que le Dr H._____ ait retenu le diagnostic incapacitant d'état anxio-dépressif en date du 7 avril 2001; ce médecin – qui ne bénéficie pas de connaissances spécialisées dans le domaine de la psychiatrie – n'a en effet nullement motivé sa position sur le sujet.

Quant au Dr P._____, psychiatre traitant de l'époque, il a tout d'abord fait état de conclusions provisoires le 6 septembre 2002, exposant que l'assuré était sans traitement pour son état dépressif depuis l'été 2001, que ce trouble s'était aggravé, et que l'exercice d'une

profession n'était pour le moment pas véritablement exigible même à 50%. Puis, dans un rapport du 28 décembre 2002, ce médecin a mentionné le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et a pour le surplus expliqué que l'état anxio-dépressif avait évolué très lentement et globalement de manière positive depuis janvier 2000 (que ce soit avec ou sans traitement antidépresseur), que l'assuré ne l'avait pas contacté de février 2001 à mars 2002, qu'il avait renoncé à prendre des antidépresseurs durant cette période pour «*ne pas s'habituer aux médicaments en général (antidépresseurs, antalgiques)*», et qu'il avait adopté la même attitude lors de la dernière tentative de traitement médicamenteux en septembre 2002. Il a ajouté que l'intéressé ne prenait à ce jour aucun médicament psychotrope et qu'il n'y avait pas d'indication pour une prise en charge psychopharmacologique régulière. Il a par ailleurs décrit les plaintes de l'intéressé (insomnies, oublis fréquents, hyperémotivité, manque de volonté et soucis pour sa santé) ainsi que son status actuel (ralentissement psychomoteur moyen, humeur subdépressive, un peu triste, manque de confiance et d'estime de soi, ruminations anxieuses concernant l'évolution incertaine des problèmes de dos), a considéré que la profession exercée jusqu'alors n'était plus envisageable, et a estimé que la capacité de travail dans l'activité d'assistant social - jugée adaptée - s'élevait à 50% mais pourrait augmenter en cas d'évolution favorable.

Les observations préliminaires du Dr P. _____ du 6 septembre 2002 s'avèrent trop sommaires pour être pertinentes, cela d'autant qu'elles font mention d'une aggravation de l'état dépressif ultérieurement démentie dans le rapport du 28 décembre 2002, lequel signale au contraire une évolution positive bien que lente. Cela dit, il apparaît que l'on peut inférer du rapport du 28 décembre 2002 que les troubles psychiques de l'assuré n'ont vraisemblablement plus revêtu de nature incapacitante à compter du mois de février 2001, l'intéressé ayant à partir de cette date délibérément interrompu son suivi psychiatrique ainsi que sa médication, et ce durant plus d'une année. Si le recourant a par la suite à nouveau consulté au cours de l'année 2002, il apparaît toutefois que les symptômes rapportés à cet égard par le Dr P. _____ ont

à juste titre été considérés par les spécialistes du BEM comme étant trop peu spécifiques pour permettre d'établir clairement l'existence d'un épisode dépressif franc, respectivement d'une dépression réellement et durablement sévère (cf. rapport d'expertise du 12 octobre 2012 ch. 3.3 p. 44 et 45). Cela étant, on ne saurait rejoindre l'évaluation de la capacité de travail ressortant du rapport du Dr P. _____ du 28 décembre 2002. Les considérations qui précèdent commandent au contraire de se rallier à l'appréciation pleinement convaincante des experts judiciaires - appréciation qui s'avère du reste superposable à celle des médecins du SMR (cf. notamment rapport du 22 décembre 2003 [Dresses Y. _____ et I. _____] p. 6), dont le caractère probant doit toutefois être relativisé (cf. consid. 6a supra) - et de retenir qu'ensuite d'une amélioration de son état de santé, l'assuré a récupéré dès février 2001 une pleine capacité de travail sur le plan psychique.

bb) Sous l'angle somatique, les spécialistes du BEM ont retenu que les troubles dorsaux de l'assuré, bien que se répercutant sur sa capacité de travail, s'étaient avérés compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée à un taux de 100% dès le début de l'année 2001 (cf. rapport d'expertise du 12 octobre 2012, réponse à la question n° 2.6 p. 49; cf. consid. 6c/bb infra pour l'évolution ultérieure). A l'origine, les médecins du SMR ont également estimé que la capacité de travail sur le plan somatique était de 100% en tant que gérant d'un établissement ainsi que dans toute autre activité adaptée (cf. rapport d'examen bidisciplinaire des Drs Y. _____ et I. _____ du 22 décembre 2003 p. 7; cf. rapport d'examen SMR de la Dresse Y. _____ du 20 février 2004; cf. consid. 6c/bb infra pour l'évolution ultérieure). Par ailleurs, les rapports respectifs des rhumatologues X. _____ et J. _____ des 10 mai et 20 novembre 2000 ne contiennent aucun élément incitant à exclure la reprise à 100% d'une activité physiquement adaptée dès le début de l'année 2001. En définitive, seul le Dr H. _____ a expressément fait état, le 12 octobre 2001, d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée ne nécessitant pas de rester assis plus de 30 minutes ni de porter des charges lourdes. Ce médecin n'a toutefois nullement motivé son point de vue, de sorte que son avis - minoritaire - ne peut être préféré à celui des experts du BEM,

partagé par les médecins du SMR. Sur le vu des pièces médicales du dossier, l'appréciation des experts judiciaires s'avère par conséquent pleinement convaincante pour ce qui est de l'exigibilité d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques dès le début de l'année 2001.

cc) Au vu des considérations qui précèdent, la Cour de céans retiendra donc, sur la base des conclusions du BEM, que l'assuré a globalement recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du mois de février 2001, ensuite d'une amélioration de son état de santé.

c) Reste à déterminer si l'état de santé du recourant a par la suite subi des modifications significatives.

aa) Sur le plan psychique, les experts judiciaires ont signalé des fluctuations de l'humeur à partir de février 2001, mais ont retenu qu'il n'y avait pas d'évidence vraisemblable que l'assuré ait présenté une incapacité de travail durable pour motif psychiatrique à compter de cette date (cf. rapport d'expertise du 12 octobre 2012, ch. 3.4 p. 45 et réponse à la question n° 2.1 p. 48).

Au vu des pièces du dossier, il n'y a pas lieu de s'écarter de cette analyse.

D'une part, c'est également dans ce sens que vont les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 9 décembre 2008 (p. 9 ss); sur ce dernier point, on rappellera toutefois qu'il convient de relativiser la portée du volet psychiatrique de ce compte-rendu, puisqu'il repose largement sur celui du rapport d'examen SMR du 22 décembre 2003, lequel s'avère dénué de valeur probante en raison d'un vice formel propre à la personne de la Dresse I. _____ (cf. consid. 6a supra).

D'autre part, il ressort des rapports respectifs du BEM et du SMR que l'assuré n'a bénéficié d'aucun suivi psychiatrique entre 2002 - ou 2003 selon les versions - et début 2008 (cf. rapport d'expertise du 12 octobre 2012, ch. 3.3 p. 43; cf. rapport d'examen bidisciplinaire des Drs W._____, I._____ et B._____ du 9 décembre 2008 p. 9). En revanche, dès le 22 avril 2008 (et ce vraisemblablement jusqu'au début 2009 [cf. rapport d'expertise du 12 octobre 2012, ch. 3.3 p. 43]), l'intéressé a été suivi par la Dresse L._____, laquelle a exposé, le 22 octobre 2008, que ce dernier souffrait depuis novembre 2000 d'un trouble dépressif récurrent se répercutant sur sa capacité de travail, que la profession exercée jusqu'alors n'était plus exigible, le rendement y étant réduit en raison de «*douleurs, manque de concentration et difficultés à s'organiser*», et qu'aucune activité adaptée n'était à envisager. D'après les informations à disposition de la Cour (selon la liste des médecins de la FMH [cf. http://www.doctorfmh.ch/index_fr.cfm] ainsi que le registre des professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique [cf. <http://www.medregom.admin.ch/FR>]), il apparaît toutefois que la Dresse L._____ ne dispose pas de connaissances spécialisées en psychiatrie. Partant, son compte-rendu précité doit dès lors être considéré avec une certaine retenue. Par ailleurs et surtout, les experts du BEM ont estimé que l'appréciation de la Dresse L._____ ne pouvait être suivie. Ils ont plus particulièrement exposé que cette dernière retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent sans toutefois justifier cette appréciation sur des données cliniques précises concernant les épisodes dépressifs et des périodes de rémission. Ils ont en outre considéré que les symptômes mentionnés par cette praticienne étaient trop peu spécifiques pour étayer le diagnostic d'épisode dépressif franc au sens de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), le tableau actuel correspondant au contraire à une dysthymie. Ils ont ajouté que les plaintes douloureuses avaient un substrat organique même si elles étaient parasitées par quelques signes de discordance, et qu'elles ne survenaient pas dans un contexte de problèmes émotionnels ou psychosociaux majeurs susceptible de faire évoquer un trouble somatoforme douloureux (cf. rapport d'expertise du 12 octobre 2012, ch. 3.3 p. 44). Les arguments ainsi exposés par les

spécialistes du BEM sont clairs et pleinement convaincants, et ne sont mis en cause par aucune pièce au dossier. Aussi la Cour de céans ne voit-elle aucune raison justifiant de ne pas préférer les conclusions des experts judiciaires à celles de la Dresse L. _____.

Par conséquent, on retiendra donc avec les experts du BEM que depuis février 2001, le recourant n'a plus présenté de troubles psychiques susceptibles de se répercuter sur sa capacité de travail.

bb) Sous l'angle somatique, les spécialistes du BEM ont constaté que la situation s'était modifiée dès le mois de janvier 2006, l'entière capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée étant depuis lors assortie d'une diminution de rendement de 20% en raison de lésions de Modic I (cf. d'expertise du 12 octobre 2012, réponse à la question 2.6 p. 49 et réponse à la question 7 p. 53). Ces conclusions s'inscrivent dans la lignée de celles formulées le 9 décembre 2008 par les médecins du SMR, ces derniers s'étant alors fondés sur une IRM réalisée en janvier 2006 pour retenir, d'une part, qu'il y avait eu une aggravation radiologique sous la forme d'un phénomène Modic I L4-L5 associé à une macro-instabilité à l'origine d'un anéthrosthésis de 3 mm de L5 sur L5, et pour considérer, d'autre part, qu'au vu de la macro-instabilité lombaire et du processus inflammatoire clairement démontré par l'IRM de 2006, une symptomatologie algique chronique localisée avec facteurs irritants au niveau de la racine S1 était tout à fait vraisemblable et justifiait une diminution de rendement de 20% dans le cadre d'une activité adaptée exercée à 100% (cf. rapport d'examen bidisciplinaire des Drs W. _____, I. _____ et B. _____ du 9 décembre 2008 p. 8). Pour le reste, il ne se trouve au dossier aucune pièce médicale incitant à s'éloigner de la position des médecins du BEM, également défendue par le SMR. Tel ne saurait en particulier être le cas du rapport du Dr H. _____ du 7 septembre 2006 faisant état d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, ce bref compte-rendu n'étant pas suffisamment motivé pour pouvoir l'emporter sur l'avis majoritaire des autres médecins interpellés. Cela étant, il convient là encore de se rallier à l'appréciation des experts du BEM et de retenir que depuis le mois de janvier 2006, le

recourant dispose d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan somatique, avec une diminution de rendement de 20%.

Au surplus, l'assuré ayant déclaré diriger depuis 2009 une entreprise de transport de marchandises sous la raison sociale U._____, les experts ont également analysé l'impact que cette prise d'activité pouvait avoir sur les troubles physiques de l'intéressé (cf. rapport d'expertise du 12 octobre 2012, ch. 3.2 p. 39 et 42 s., et ch. 3.4 p. 45). On peut toutefois douter que cet élément doive être pris en compte dans le cadre du présent litige, dans la mesure où les pièces au dossier laissent à penser que l'assuré a créé son entreprise à une période postérieure à la date déterminante de la décision litigieuse, rendue le 15 janvier 2009 (cf. consid. 2b supra). A ce propos, il appert que lors de l'entretien d'orientation professionnelle que l'assuré a eu le 6 avril 2009, il n'a nullement déclaré qu'il travaillait ni a fortiori qu'il avait créé une entreprise, mais a précisé au contraire qu'il bénéficiait du revenu d'insertion et souhaitait *«reprendre une activité professionnelle pour un taux de travail entre 80-100%»* (rapport intermédiaire de l'OAI du 6 avril 2009). Bien plus, dans son courrier du 17 mars 2010, le recourant a indiqué qu'il *«tent[ait] de se réinsérer professionnellement par ses propres moyens»* et qu'il avait pour ce faire *«acquis au début de cette année un véhicule de livraison pour le transport et le stockage de marchandises»*, déclarations qui situent ainsi la création de l'entreprise U._____ - laquelle ne se trouve pas inscrite au Registre du commerce - au début de l'année 2010, soit à une date largement postérieure à celle de la décision litigieuse. Au vu des considérations qui précèdent, il apparaît donc, selon toute vraisemblance, que la prise d'activité de l'assuré au sein de l'entreprise en question sort du cadre du présent litige (cf. consid. 2b supra). A supposer toutefois que l'on puisse admettre l'hypothèse inverse, il convient de relever à titre subsidiaire que si le recourant a estimé ne pouvoir travailler qu'entre 30 et 50% dans son entreprise (cf. courrier du 17 septembre 2010), les experts du BEM ont en revanche expliqué que l'intéressé décrivait une activité adaptée au sein de la petite entreprise qu'il avait créée (description que l'intéressé a maintenue dans son courrier

du 19 novembre 2012) et que l'on pouvait dans ce contexte retenir une pleine capacité de travail avec une baisse de rendement de 20% (cf. rapport d'expertise du 12 octobre 2012, ch. 3.3 p. 42 s., ch. 3.4 p. 45, et réponse à la question n° 2.1 p. 47), comme depuis janvier 2006. Les seules allégations du recourant ne pouvant l'emporter sur l'avis dûment motivé des experts judiciaires, il convient par conséquent d'admettre que l'on peut raisonnablement attendre de l'intéressé qu'il exerce sa nouvelle activité - réputée adaptée - à temps plein, avec une diminution de rendement de 20%, conformément à son obligation de diminuer le dommage (cf. ATF 123 V 88 consid. 4c).

Enfin, on peut également s'interroger sur le point de savoir s'il convient de tenir compte du fait que le rapport d'expertise judiciaire mentionne, par rapport à la situation prévalant lors de l'examen bidisciplinaire réalisé au SMR en 2008, une évolution des lésions dégénératives du segment L4-L5 dans le sens de lésions de Modic II, stables sur la radiographie standard depuis 2010 avec également passage à un stade IRM non congestif (cf. rapport d'expertise du 12 octobre 2012 ch. 3.2 p. 41ss). En l'état du dossier, il semblerait en effet que cette évolution soit postérieure à la décision litigieuse du 15 janvier 2009, auquel cas elle échapperait au pouvoir d'appréciation de l'autorité de céans (cf. consid. 2b supra). Cette question peut néanmoins demeurer indécise, dès lors que les spécialistes du BEM ont retenu que les lésions en cause étaient stabilisées et n'entraînaient pas de limitations supplémentaires, respectivement que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée demeurerait malgré tout entière, avec une diminution de rendement de 20% eu égard à la raideur lombaire persistante et à l'importance de la discarthrose asymétrique L4-L5 (cf. rapport d'expertise du 12 octobre 2012, ch. 3.2 p. 42).

En définitive, on peut donc retenir avec le BEM que, sur le plan somatique, l'assuré dispose depuis janvier 2006 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%.

d) En résumé, force est de constater qu'il ne se trouve au dossier aucun élément permettant de douter des conclusions des spécialistes du BEM, conclusions qui rejoignent dans une large mesure celles émises précédemment par le SMR en 2003 et en 2008. Le rapport d'expertise du 12 octobre 2012 a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes du recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées. Cette expertise remplit par conséquent les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 4c).

Sur la base de l'avis des experts judiciaires, il y a donc lieu de reconnaître à l'assuré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à compter du mois de février 2001, puis une capacité de travail entière mais assortie d'une diminution de rendement de 20% à partir du mois de janvier 2006. Cette appréciation rejoignant celle de l'OAI, force est de constater que la décision litigieuse du 15 janvier 2009 est sur ce point bien fondée.

7. Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté. Vérifié d'office, il peut être confirmé. Aussi, compte tenu d'un degré d'invalidité nul à partir du 1^{er} mai 2001 (soit trois mois après l'amélioration survenue en février 2001 [cf. art. 88a al. 1 RAI]), puis de 20% dès 2007 (soit un an après l'aggravation constatée en janvier 2006 [cf. art. 28 al. 1 let. b LAI, anciennement art. 29 al. 1 let. b LAI, l'art. 29bis RAI concernant la reprise de l'invalidité après suppression de la rente n'étant manifestement pas applicable en l'occurrence]), c'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé l'octroi de toute rente au-delà du 30 avril 2001, le seuil de 40% ouvrant le droit à cette prestation n'étant depuis lors pas atteint.

8. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable, et la décision attaquée confirmée.

b) 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de le recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 13 février 2009 par Z. _____ est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 15 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP Compagnie d'assurance protection juridique SA (pour Z. _____)
- 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).

La greffière :