

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mars 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Neu et Mme Brélaz Braillard
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X._____, à Crissier, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier,
Intégration handicap, service juridique, à Lausanne,

et

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

Art. 6ss, 16 et 17 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1963, marié et père d'un fils, laborantin en chimie de formation et travaillant comme chauffeur-livreur, a été victime d'un accident le 19 mai 1998 (chute d'une pile de pneus tombée sur le bas du dos lors du déchargement d'une remorque de pneus). Le 19 février 1999, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI). Il a alors précisé souffrir d'une hernie discale.

Selon le rapport médical du 24 juillet 1998 du Dr T._____, spécialiste FMH en neurologie, rédigé à l'attention de l'assureur-accidents, corroboré par la correspondance du 16 juillet 1998 du Dr N._____, médecin-conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), consécutive à un examen clinique réalisé le 15 juillet 1998, l'assuré présentait un syndrome lombo-vertébral assez marqué avec une manœuvre de Lasèque douloureuse en fin de course à gauche. Aucun déficit neurologique aux membres inférieurs n'était mis en évidence, l'assuré présentant en outre plusieurs signes de non organicité.

Selon le questionnaire de l'employeur rempli le 16 juin 1999, il ressort que le revenu annuel brut 1997 de l'assuré s'élevait à 50'168 fr, et que pour 1998 son revenu était de 49'580 fr. (compte tenu de son incapacité de travail consécutive à l'accident du 18 mai 1998). Le dernier employeur a par ailleurs remis copie de sa lettre de licenciement du 16 juin 1999 avec effet au 30 septembre 1999.

Selon rapport médical du 28 juin 1999, le Dr I._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a mentionné une exacerbation d'un syndrome lombo-vertébral statique et fonctionnel avec contractures d'accompagnement s'étant amplifié suite à une tentative de reprise d'activité professionnelle à mi-temps depuis le 6 avril 1999. Ce médecin a relevé que cette tentative avait dû être interrompue dès le 20 avril 1999, l'assuré n'ayant pas la possibilité de ménager son dos suffisamment. Un

recyclage professionnel apparaissait souhaitable compte tenu que dans un emploi adapté, l'assuré pouvait exercer sa profession à 100%. Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), dans un rapport intermédiaire du 5 octobre 1999, le Dr I._____ a précisé que l'assuré était en mesure d'exercer à 100% l'activité de laborantin en chimie pour autant qu'il bénéficie des ménagements lombo-vertébraux requis.

Le 8 février 2000, l'OAI a accordé à l'assuré la prise en charge d'un stage d'orientation professionnelle en qualité de laborantin auprès de l'entreprise Q._____ SA à [...] du 7 février au 7 avril 2000. Selon rapport intermédiaire du 10 avril 2000, cette mesure d'ordre professionnel donnant entière satisfaction, elle a été prolongée d'une durée de quatre mois, soit jusqu'au 4 août 2000. Selon projet de décision du 10 octobre, entièrement confirmé par décision du 31 octobre 2000, l'OAI a relevé que le stage en qualité de laborantin avait été accompli avec succès, l'assuré ayant été engagé par Q._____ SA à l'issue de cette mesure, de sorte qu'il était réadapté du point de vue professionnel, réalisant un revenu qui de fait excluait tout préjudice économique et partant, le droit à la rente.

B. Par décision du 24 janvier 2002, la CNA a alloué un indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15% compte tenu des séquelles de l'accident du 19 mai 1998.

Selon déclaration d'accident LAA de l'employeur du 5 août 2002, suite à la détérioration (rechute) de son état de santé due à l'accident de mai 1998, l'assuré se trouvait à nouveau en incapacité totale de travailler dès le 17 janvier 2002. Ce constat a ultérieurement été attesté selon le rapport médical du 3 octobre 2002 du Dr A.K._____, spécialiste FMH en anesthésiologie.

Selon le rapport du 1^{er} septembre 2003 des Drs V._____, médecin-associé, et H._____, médecin-assistant du Service de réadaptation à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) à Sion,

consécutif à un séjour effectué du 16 juillet au 6 août 2003, l'appréciation de la situation se résumait comme suit:

"[...]

En conclusion, dans ce contexte de lombalgies basses qui perdurent après une cure de hernie discale L5-S1 avec une péjoration depuis sept mois suite à un déplacement prolongé en voiture, la tentative de traitement intensif en milieu stationnaire s'est soldée par un échec thérapeutique. A l'heure actuelle nous sommes d'avis que tout traitement conservateur même prolongé n'est pas en mesure d'aider ce patient et que l'éventualité d'une sanction chirurgicale visant à stabiliser le niveau L5-S1 devrait être encore une fois discutée raison pour laquelle le patient est réadressé au Prof. L._____. Pour ce qui nous concerne, nous n'avons pas d'autre traitement à proposer. Sur le plan professionnel, le poste actuel semble parfaitement adapté au vu des lésions somatiques objectivées. Pour des raisons de facilitation, nous concevons toutefois qu'une reprise à temps partiel est acceptable qui devrait ensuite évoluer vers une reprise à 100% avec au maximum une baisse de rendement de 10-20% permettant des pauses d'environ 10 min. par heure.

Capacité de travail dans la profession de laborant[in] en chimie
50% du 11.08.03 au 11.09.03. [...]"

Selon le rapport médical du 24 septembre 2002 du Dr N._____, établi suite à un examen clinique du même jour, il a été noté qu'en théorie tout au moins, une spondylodèse était de nature à aider l'assuré lequel paraissait se faire peu à peu à la nécessité d'une opération. Ce praticien relevait qu'une incapacité de travail prolongée, alors même que le poste de travail était bien adapté, constituait à l'évidence un mauvais pronostic.

Dans son rapport médical du 21 novembre 2003, le Dr J._____, chirurgien orthopédiste et médecin associé au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du [...] à [...] - sollicité par le Dr N._____ en tant que second avis médical -, a indiqué qu'au vu d'une longue incapacité de travail, d'un tabagisme ainsi que la présence de deux signes de Waddel, un traitement chirurgical avait au maximum 60% de chance d'être efficace. En outre, vu la dégénérescence du disque L4-L5, un tel traitement présentait un taux d'échec aux alentours de 40%. Ce chirurgien s'est toutefois dit prêt à opérer l'assuré si ce dernier le désirait. Dans un rapport du 19 février 2004 à l'intention du

médecin-conseil de la CNA, le Dr J._____ a fait savoir que l'assuré était d'accord de subir une opération sous la forme d'une spondylodèse translaminaire selon Margerl (intervention la mieux adaptée en l'espèce). Cette opération a finalement été pratiquée le 7 juin 2004.

Le 18 mars 2004, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations AI, indiquant quant au genre de l'atteinte à la santé "suite de l'accident du 19-5-98".

Selon rapport médical du 13 juillet 2004 du Dr J._____ adressé à l'OAI, la situation était décrite en ces termes:

"A. Diagnostics affectant la capacité de travail?

- Lombalgies sur discopathies L5-S1
- Status post-spondylodèse L5-S1 le 07.06.2004

[...]

1. Questions concernant l'activité exercée jusqu'ici?

Difficultés à rester assis pendant de longs moments.

1.1 —

1.2 L'activité exercée jusqu'à maintenant est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour, par exemple)?

Oui, 50% voire plus selon évolution après cette intervention chirurgicale.

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

Oui, voir remarques sous 1.2.

2. Questions concernant une éventuelle réinsertion professionnelle

2.1 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, respectivement dans le domaine d'activité exercée jusqu'à présent?

Voir remarques 1.2.

2.2 Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité?

Voir remarques 1.2."

Selon le rapport médical du 27 septembre 2004 du Dr F._____, spécialiste FMH en médecine générale au centre médical de [...], adressé à l'OAI, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dès le 18 août 2003.

Selon rapport d'examen médical final du 19 janvier 2005, le Dr N._____ s'est prononcé comme il suit:

"[...]

Appréciation:

Chez ce patient âgé actuellement de 42 ans, chauffeur-livreur, qui s'est reconverti comme laborant[in] avec l'aide de l'AI, on se trouve à 7 mois d'une spondylodèse L5-S1 translaminaire selon Magerl qui a été réalisée en raison de lombalgies invalidantes dans les suites d'une hémilaminectomie L5-S1 gauche.

Actuellement, le patient dit qu'il se remet gentiment mais qu'il a encore des douleurs importantes, sans amélioration notable par rapport à la situation qui prévalait avant l'intervention et de fait, les plaintes sont exactement similaires, au mot près, à celles que j'avais recueillies lors de mon examen du 24.9.03.

Lors de l'examen clinique, la mobilité rachidienne est difficilement évaluable, les mouvements étant vite interrompus, notamment l'extension, qui n'est même pas ébauchée en raison des douleurs. De manière générale, la mobilisation est précautionneuse et donne lieu à des démonstrations douloureuses mais, objectivement, la musculature para-vertébrale se relâche mieux en décubitus ventral qu'auparavant et n'est pas douloureuse à la palpation. La manœuvre de Lasègue est également indolore et les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et symétriques.

Les radiographies post-opératoires n'ont pas été mises à ma disposition. Selon le patient, elles n'inspireraient pas de souci particulier, même si la consolidation de l'arthrodèse n'est pas formellement acquise.

Au terme du présent bilan, le pronostic ne me paraît pas favorable.

En effet, le patient ne consent, finalement, aucune amélioration et il continue à adopter une attitude de protection de son rachis. Dans ces conditions, il ne veut évidemment pas se rendre à la Clinique romande de réadaptation au prétexte que le Dr J._____ lui aurait dit qu'une rééducation en piscine n'était pas nécessaire.

Il prétend vouloir reprendre le travail avant la consultation prévue au mois de juin mais, pour le moment, il estime ne pas en être capable.

Dans ces conditions, d'entente avec le patient, je remercie le Dr J._____ de bien vouloir revoir M. X._____ d'ici la fin du mois de mars et de tenter de le remettre au travail à 50% à partir du 1.4.05."

Selon les rapports médicaux des 8, 11 avril et 30 mai 2005 du Dr J._____, une reprise d'activité à mi-temps à partir du 1^{er} juin 2005 était décidée avec réévaluation par la CNA à fin juin 2005. Ce médecin a par ailleurs constaté l'échec de spondylodèse du 7 juin 2004, faute d'amélioration de l'état clinique de l'assuré.

Selon un rapport d'entretien avec l'inspecteur de la CNA du 27 juin 2005, l'assuré avait repris son travail auprès de Q._____ SA le 1^{er} juin 2005 à raison de 3h./jour avec un rendement considéré normal.

Selon le questionnaire de l'employeur rempli le 20 septembre 2005 par Q._____ SA, le salaire mensuel brut en 2002 (sans invalidité) de l'assuré se serait élevé à 5'150 fr. (servi 12 fois l'an), 150 fr.

d'allocation familiales en sus, soit un salaire annuel brut en 2002 de 63'600 francs ([5'150 fr. x 12] + [150 fr. x 12]). A compter du 1^{er} janvier 2003, le salaire mensuel brut (sans invalidité) aurait passé à 5'680 francs, soit un revenu annuel brut en 2003 de 69'960 francs ([5'680 fr. x 12] + [150 fr. x 12]).

Selon le rapport médical du 2 novembre 2005 du Dr J. _____ adressé à l'OAI, il ressortait que suite au dernier contrôle du 30 mai 2005, l'assuré se trouvait toujours en incapacité de travail à plus de 50%. Cette appréciation était corroborée par les rapports médicaux des 14 et 28 novembre 2005 du Dr F. _____, consécutifs à un examen du 14 novembre 2005, lesquels mentionnaient une incapacité de travail de 100% du 11 septembre 2003 au 31 mai 2005 puis d'au minimum 65% dès le 1^{er} juin 2005 dans l'activité exercée.

Un avis médical SMR du 1^{er} février 2006 a résumé la situation en ce sens que dans son rapport final, le Dr N. _____ avait estimé qu'une activité adaptée était exigible à 50%. Suite à un reclassement de l'assuré dans son ancienne profession décidée par la CNA, la symptomatologie et les limitations fonctionnelles persistant malgré les traitements médicaux entrepris, la réalisation d'une expertise médicochirurgicale allait être mise en oeuvre par l'assureur-accidents afin de déterminer avec précision les limitations fonctionnelles.

Selon questionnaire adressé le 14 février 2006 à la CNA, Q. _____ SA a communiqué que le salaire mensuel de base brut de l'assuré s'élevait à 5'680 fr. pour les années 2003 à 2005, montant de 150 fr. (allocations pour enfants) en sus.

Selon rapport d'expertise du 2 mai 2007 du Dr A. _____, chef de clinique du Service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur de l'hôpital cantonal de [...], adressé à la CNA, la situation de l'assuré se résumait comme il suit:

"[...]"

7. Examen radiologique

Les examens qui nous ont paru les plus pertinents sont analysés et décrits ci-dessous.

IRM lombaire du 15.07.1998: on constate effectivement la présence d'une hernie paramédiane gauche légèrement luxée vers le bas entrant radiologiquement en conflit avec la racine S1 à gauche. A noter également la présence d'un signe de Modic de type graisseux (type II et non pas inflammatoire ou type I comme mentionné précédemment par le Dr D._____) au niveau de l'espace intersomatique L5/S1 avec un signal en hyperintensité en T1.

IRM du 09.09.2002: status post-opératoire de discectomie L5/S1 gauche. On ne retrouve donc plus de hernie discale L5/S1 par contre, on retrouve l'image de Modic type graisseux au niveaux des plateaux vertébraux L5/S1. A noter la présence d'une arthrose facettaire débutante à gauche qui était déjà visible sur un CT-scan effectué le 29.09.1998 avec présence déjà d'ostéophytes marginaux.

IRM du 11.02.2004: persistance du Modic de type graisseux au niveau L5/S1. Status post-discectomie L5/S1 sans récurrence de hernie et toujours présence de signe d'arthrose facettaire L5/S1 à gauche en particulier. On est donc, à ce moment là, dans un contexte pré-opératoire avant fusion postérieure par vis facettaires trans-laminaires bilatérales.

CT-scan du 19.04.2005: les différentes coupes axiales et en particulier les reconstructions en deux dimensions coronales et sagittales, ne montrent pas de signe franc de consolidation osseuse. Il faut également noter la présence de gaz intra-discal au niveau L5/S1. Cicatrice osseuse de prise de greffe dans la crête iliaque postérieure gauche.

Radiographies fonctionnelles et Ct-scan du 22.12.06:

Les radiographies fonctionnelles effectuées en flexion-extension, position assise, montrent trois degrés de mobilité angulaire. Ceci ne peut pas être considéré comme une instabilité franche.

Le CT-scan avec reformatage 2D (MPR) montre que le filetage des vis 3.5 dans les lames de L5 a bien pris dans l'os, mais on distingue nettement une lyse autour de l'extrémité des vis dans les facettes S1 des deux côtés. De même, l'interligne des articulations facettaires L5-S1 est encore bien visible des deux côtés et aucune masse de fusion osseuse entre les lames ou les apophyses transverses de L5 et S1 n'est objectivable. Pour finir, il a été suggéré dans un récent congrès de la NASS (North American Spine Society, Philadelphia 2005) que la présence d'un vide intra-discal (le cas sur ce CT-scan) pourrait être un signe de pseudarthrose après tentative de spondylodèse.

Sur la base de ces examens radiologiques, on peut fortement suspecter une pseudarthrose lombo-sacrée.

Discographie provocatrice L5-S1 du 08.03.07, Dr A.K._____, Clinique [...], Lausanne:

Un rapport de l'examen a été adressé au Dr N._____, médecin conseil de la SUVA, Lausanne. Une copie est jointe à ce rapport d'expertise. On peut conclure de cet examen que la stimulation intra-discale (ou du moins de l'espace intersomatique L5-S1 puisque le disque est quasiment virtuel) provoque une douleur habituelle bien connue du patient. Le VAS de la douleur monte jusqu'à 9/10. Il n'y a pas eu de niveau contrôlé effectué, bien que nous l'ayons demandé. L'argument du Dr A.K._____, était qu'il aurait fallu répéter un geste déjà très pénible et que le niveau L4-L5 avait déjà été testé quelques années auparavant et considéré comme négatif

(2002). Cependant, l'introduction d'un léger biais peut être discutée dans la mesure où le patient savait que seul le disque L5-S1, supposément incriminé dans ses symptômes, a été testé ce 8 mars 2007.

8. Réponses aux questions

[...]

Quel(s) diagnostic(s) reprenez-vous?

Le diagnostic initial est celui d'une dégénérescence discale symptomatique L5/S1 avec hernie éventuellement post-traumatique.

- Lombalgies chroniques aspécifiques

- Status post-discectomie du 04.11.1998, pour hernie discale L5-S1

- Syndrome post-discectomie

- Pseudarthrose après tentative de fusion L5/S1 postéro-latérale

[...]

En résumé, je pense que la capacité de travail définitive de ce patient ne peut être jugée à l'heure actuelle, et qu'une reprise chirurgicale pour cure de pseudarthrose par fusion intersomatique et instrumentation postéro-latérale par vis pédiculaire pourrait être discutée, essentiellement pour tenter d'améliorer sa qualité de vie. En effet, comme je l'ai mentionné plus haut, une telle chirurgie invasive ne permettrait pas de garantir une amélioration de sa capacité professionnelle."

Selon appréciation médicale du 14 juin 2007 du Dr N._____, ce dernier a partagé les conclusions de l'expert précité en soulignant que l'intervention relatée ne pouvait être exigible, de sorte qu'il convenait de reconnaître que l'assuré travaillait probablement dans toute la mesure de ses possibilités.

Le 25 juillet 2007, Q.____ SA a communiqué à la CNA qu'à compter du 1^{er} août 2007, un salaire mensuel brut de 1'500 fr. allait être versé à l'assuré, étant précisé que cette rémunération correspondait à son rendement de travail.

Selon le rapport d'examen SMR du 22 août 2007 du Dr E._____, reprenant l'avis médical du Dr G._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, le cas de l'assuré était décrit en ces termes:

"Assuré de 44 ans, qui a bénéficié de MOP (mesures d'orientation professionnelle) en 2000. L'assuré avait subi une cure de hernie discale L5-S1 le 04.11.1998 suite à un accident de travail avec lombo-sciatalgies G post traumatiques. A ce moment il travaillait comme chauffeur-livreur, activité qui n'était plus adaptée. En possession d'un CFC de laborantin, l'OAI est entré en matière pour une remise à niveau. L'assuré avait pu être réadapté avec succès

avec reprise de l'activité de laborantin à plein [temps] (décision du 31.10.2000).

Nouvelle demande le 18.03.2004. Selon l'employeur, l'assuré avait été en arrêt maladie depuis le 17.01.2002 à des taux entre 100% et 50%, depuis le 13.06.2002 à 100%. L'APG avait reconnu les IT [incapacités de travail] suivantes: 100% du 15.01.2002 au 24.03.2002; 50% du 25.03.2002 au 06.05.2002; 100% dès le 07.05.2002.

Cas pris en charge par la SUVA [ou CNA].

Après échec d'un traitement conservateur (antalgie, infiltrations), une spondylodèse L5/S1 avait été pratiquée le 07.06.2004, sans toutefois améliorer la symptomatologie douloureuse. Dans une lettre du 20.11.2005, le Dr J. _____ jugeait la CT [capacité de travail] de 50%.

Une expertise orthopédique avait été demandée par la SUVA auprès du Service d'orthopédie des [...]: L'assuré avait été examiné en date du 27.09.2006.

Les douleurs décrites sont de caractère mécanique, absence de douleurs nocturnes, pas d'augmentation à la marche. Lors de l'expertise il arrive à rester assis pendant un heure.

L'assuré ne prend aucun antidouleur et qu'occasionnellement du Sirdalud (spasmolytique).

L'examen clinique montre une marche sans boiterie, une discrète douleur à la palpation de la musculature para vertébrale, une DDS [distance doigts-sol] de 50 cm avec un Schober de 10-15 cm, inflexions latérales symétriques à env. 15%. Douleur prédominant au redressement, absence de déficit sensitivo-moteur, force des MI [membres inférieurs] préservée. A relever la présence de 3 sur 5 des signes de non-organicité de Waddell.

Après une discographie provocatrice L5-S1 (infiltration de l'espace, sans niveau de contrôle), le diagnostic de pseudarthrose après tentative de fusion L5-S1 est retenu.

L'expert préconise une nouvelle intervention chirurgicale et ne se prononce pas sur la CT. Cette opération n'est pas exigible et est refusée par l'assuré.

Au vu de l'anamnèse, du status clinique et des rapports radiologiques à disposition, nous jugeons la CT dans une activité adaptée de 50% (appréciation de la situation par le Dr G. _____, médecine physique et réhabilitation). A relever que les signes de Waddell positifs témoignent d'un comportement algique exagéré."

A l'occasion d'un entretien du 19 novembre 2007 de l'OAI avec l'assuré, ce dernier a indiqué travailler à un taux de 20%, soit huit heures par semaine. Contrairement à l'avis du SMR retenant une capacité de travail de 50% dans son activité de laborantin ou dans une autre activité adaptée, l'assuré estimait ses possibilités à 20-25% maximum sans pouvoir imaginer qu'une activité tierce puisse être plus adaptée que celle exercée en l'espèce.

Dans un avis médical SMR du 18 décembre 2007, le Dr E. _____ a précisé, sur demande de l'OAI, que ses conclusions

s'alignaient sur l'appréciation de la CNA suite à l'expertise du 2 mai 2007 du Dr A._____. En l'état, le médecin du SMR indiquait qu'aucune pièce médicale au dossier ne permettait un changement d'appréciation.

Selon rapport intermédiaire du 19 décembre 2007 de la Division administrative de l'OAI, la position de cet assureur social se résumait en ces termes:

"[...]

Selon le SMR, la capacité de travail exigible est de 50% dans l'activité actuelle ou dans une activité adaptée, comme cela est indiqué dans l'expertise du 02.05.2007 demandée par la SUVA.

Nous estimons que des mesures professionnelles ne permettraient pas de réduire le préjudice économique, étant donné que l'activité de laborantin qu'il effectue actuellement paraît compatible avec les limitations et le salaire relativement élevé. Il n'y a pas de raison d'admettre un rendement de 20 à 25% dans une telle activité.

Nous laissons le soin à la SUVA de poursuivre l'instruction médicale s'ils jugent cela opportun et nous restons dans l'attente de leur décision avant de déterminer la capacité de gain de notre assuré.[...]"

Selon une fiche d'examen du 20 février 2008 du dossier de la CNA, suite à un examen effectué au poste de travail de l'assuré, l'inspecteur de la CNA a constaté qu'un rendement de 20 à 25% correspondait à la réalité, sous réserve toutefois d'une activité mieux adaptée qui permettrait de réduire le préjudice (travail administratif, pour l'exemple).

Par projet d'acceptation de rente du 30 mai 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} mars 2003 au 31 mars 2005 (degré d'invalidité de 100%) puis à un quart de rente dès le 1^{er} avril 2005 (degré d'invalidité de 44%). L'assureur social a indiqué que d'après ses constatations, à l'échéance du délai d'attente légal d'une année, soit au 17 janvier 2003, son assuré se trouvait en incapacité de travail à 100%. Considérant toutefois le dépôt tardif de la demande de prestations AI (in casu le 18 mars 2004), la rente ne pouvait être allouée qu'à partir du 1^{er} mars 2003. Dès le mois de janvier 2005, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée telle celle de laborantin. Après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGa (loi fédérale sur la

partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1), il en résultait un degré d'invalidité de 44,22% ouvrant uniquement droit à un quart de rente AI dès le 1^{er} avril 2005 (cf. art. 28 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20] en vigueur au 1^{er} janvier 2004).

Selon avis médical SMR du 23 juin 2008 du Dr E._____, la réalisation d'un examen rhumatologique de l'assuré au SMR était envisagé.

Le 24 juin 2008, l'assuré a fait part de ses observations sur le projet précité du 30 mai 2008. Se référant aux décomptes d'indemnités journalières CNA afférents aux périodes du 1^{er} janvier 2003 au 31 octobre 2007, il a souligné que sa capacité de travail maximale reconnue et admise par l'assureur-accidents n'avait jamais dépassé le taux de 35%, de sorte que l'appréciation de l'OAI s'avérait erronée. Il précisait pour le surplus que son taux d'occupation de 20% correspondait malheureusement à ses possibilités actuelles.

Dans son rapport d'examen clinique orthopédique du 11 août 2008, le Dr P._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique, s'est prononcé comme il suit sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle de l'assuré:

"[...]

Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail

- Lombalgies chroniques. Status après hémilaminectomie et discectomie L5-S1.

- Pseudarthrose après tentative d'arthrodèse L5-S1. (M54.5)

- sans répercussion sur la capacité de travail

- Status après cure de luxation acromioclaviculaire de l'épaule gauche.

- Status après plastie du ligament latéral externe de la cheville droite.

- Status après section de l'aileron rotulien externe du genou droit.

- Tabagisme chronique.

Appréciation du cas

[...]

Les limitations fonctionnelles

L'assuré peut effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner la position debout avec la position assise, à sa guise. Il doit éviter le port de charges répétées

supérieures à 7.5 kilos. Il doit éviter la position debout statique prolongée, ainsi que les travaux en porte-à-faux. Il doit également éviter la marche en terrain irrégulier et la montée ou descente répétée des pentes ou escaliers.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?
Arrêt de travail à 100% à partir du 17.01.2002.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?
Reprise à 25% du 26.08.2003 au 07.09.2003; arrêt de travail à 100% à partir du 08.09.2003, reprise à un taux variable entre 20 et 30% à partir du 01.06.2005.

Concernant la capacité de travail exigible,
Le travail en tant que laborant[in] en chimie est adapté aux limitations fonctionnelles. Nous considérons que la capacité de travail de cet assuré est d'au moins 50% comme il a été conclu par les médecins de la clinique SUVA de Sion en 2003. Suite à sa spondylodèse du 07.06.2004, une incapacité de travail complète durant 6 mois, dans toute activité, est admissible. Cette tentative d'arthrodèse ne saurait pas modifier ni les limitations fonctionnelles ni la capacité de travailler. A partir du mois de janvier 2005, l'assuré récupère une capacité de travail partielle dans son métier habituel et qui est largement adapté aux limitations. La diminution de la capacité de travail dans son métier habituel est due à la persistance des douleurs et la nécessité de [se] reposer fréquemment et de changer de position.

Capacité de travail exigible:
Dans l'activité habituelle: 50%
Dans une activité adaptée: 50% Depuis: Janvier 2005."

Selon avis médical SMR du 29 septembre 2008 de la Dresse
Z._____, la situation se résumait en ces termes:

"[...]
Capacité de travail exigible: Dans l'activité habituelle (laborant[in] en chimie), elle est de 50%, de même dans une activité adaptée, elle est de 50%, et ceci depuis janvier 2005."

Selon courrier du 20 octobre 2008 adressé au Dr P._____, le
Dr N._____ (médecin d'arrondissement de la CNA) a fait part de son désaccord avec les conclusions du rapport d'examen du 11 août 2008 rédigé par le premier nommé. De l'avis du Dr N._____, la pseudarthrose symptomatique après tentative de fusion L5-S1 diagnostiquée ne corroborait pas le raisonnement voulant que l'assuré eût été apte à travailler au minimum à 50% dans une activité adaptée outre l'intervention sans effets pratiquée le 7 juin 2004. Retenir la capacité

reconnue à l'issue du séjour à la CRR en 2003 avant l'intervention n'apparaissait pas convaincant.

Dans un avis médical SMR du 17 novembre 2008, le Dr P._____ a maintenu les conclusions de son examen, à savoir que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% y compris dans son activité habituelle de laborant[in] en chimie. Ce médecin était d'avis qu'aucun élément objectif ne permettait de retenir que la situation de l'assuré s'était détériorée consécutivement à l'intervention de juin 2004.

Selon courrier du 5 février 2009 adressé par la CNA à l'OAI, vu les divergences au dossier, le cas avait été soumis à l'appréciation Dr W._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique de la division médicale à Lucerne. Ce spécialiste partageait l'estimation de la capacité de travail faite par le Dr N._____. Il considérait à cet effet que bien que sachant que l'intervention de spondylodèse L5/S1 s'était soldée par un échec, et même s'il était difficile d'en apprécier l'impact subjectif et fonctionnel, il n'était toutefois pas envisageable de passer cette complication sous silence en reprenant l'exigibilité telle que définie par les médecins de la CRR avant que ne soit pratiquée l'opération en question. Le Dr W._____ a également suggéré que le Dr A._____ (auteur du rapport d'expertise du 2 mai 2007) soit interrogé sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans son activité de laborantin.

A teneur de l'avis médical SMR du 18 février 2009 des Drs C._____ et O._____, médecin-chef, il n'existait pas d'argument médical susceptible de contester les conclusions du Dr P._____, soit une capacité de travail exigible de 50% dans une activité professionnelle adaptée dont les limitations fonctionnelles étaient clairement précisées.

Le 19 mars 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré que sa contestation du 24 juin 2008 n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, de sorte qu'une décision formelle allait lui être notifiée.

Par courrier du 25 mars 2009, l'assuré a fait part de son désaccord total sur l'évaluation de son degré d'invalidité à 44% dès le 1^{er} avril 2005.

Par décisions du 7 avril 2009, l'assuré s'est vu accorder le droit à une rente entière, une rente complémentaire en faveur du conjoint et une rente pour enfant liée à celle de père pour les périodes du 1^{er} mars 2003 au 31 décembre 2004 et du 1^{er} janvier au 31 mars 2005 et d'autre part, le droit à un quart de rente, respectivement une rente pour enfant liée à celle du père et un quart de rente complémentaire pour conjoint pour les périodes du 1^{er} avril 2005 au 31 décembre 2006 et du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007, puis un quart de rente et une rente pour enfant liée à celle du père du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008 et dès le 1^{er} janvier 2009.

Selon rapport médical du 20 avril 2009 adressé au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr A. _____ a précisé l'appréciation faite dans son expertise du 2 mai 2007 en ces termes:

"Je vous remercie d'avoir sollicité encore mon avis concernant monsieur X. _____, né le 29.10.1963 et, pour lequel, j'avais effectivement rédigé une expertise médicale en date du 2 mai 2007. [...]

Je me permets ici de rappeler que, maintenant, plusieurs travaux publiés dans la littérature médicale argumentent que la présence de gaz intradiscal (ce qui est le cas au segment L5-S1 chez monsieur X. _____) est un signe fortement suspect d'une mobilité résiduelle qui, dans le contexte d'une chirurgie de fusion segmentaire, est quand même un signe de la présence d'une pseudarthrose. D'autre part, je me permets également de rappeler que dans mon rapport, j'avais mentionné la présence d'un liséré autour des vis trans-articulaires et l'absence totale de pont osseux entre les facettes articulaires L5-S1 ce qui est un argument supplémentaire de la présence d'une mobilité anormale, compatible avec un diagnostic de pseudarthrose. Dans ce sens, il n'est pas du tout étonnant que le matériel ne se soit effectivement pas rompu. Finalement, deux éléments radiologiques supplémentaires viennent appuyer l'origine douloureuse probable chez monsieur X. _____, à savoir, la présence d'un signe de Modic type II des plateaux vertébraux de L5-S1 qui, dans plusieurs études cliniques, a été corrélé à une symptomatologie de lombalgies chroniques. Ce signe est bien entendu encore moins fiable que la présence d'une Modic de type I mais dans le contexte particulier de ce patient, je le considère comme un argument supplémentaire. Le deuxième signe radiologique est, justement, la douleur reproduite à l'injection de produit de contraste dans l'espace discal L5-S1 même en l'absence de structure anatomique permettant de réellement produire une

pression intradiscale par l'injection du produit, la présence de terminaisons nerveuses nociceptives dans ces segments discaux dégénérés pouvant suffire à provoquer une douleur pendant la discographie.

[...]

En conclusion, j'ai vraiment peu de doute quant au diagnostic de pseudarthrose post-tentative de fusion L5-S1 chez ce patient. De même, j'ai peu de doute quant à l'étiologie douloureuse chez monsieur X._____, comme vous-même et le Docteur W._____ l'avez déjà soulignée, le patient se retrouve certainement dans une situation semblable à celle qu'il vivait avant l'intervention.

Il est vrai qu'on est dans une impasse du point de vue thérapeutique. En effet, une reprise chirurgicale est, d'une part refusée par le patient et d'autre part, vraiment peu susceptible d'améliorer les capacités professionnelles de monsieur X._____. Par contre, je rejoins votre avis et celui du Docteur W._____ quant à la capacité de travail résiduelle exigible lorsque j'avais examiné le patient soit 25% dans l'activité de laborantin. [...]"

Par décision du 6 mai 2009, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité LAA à compter du 1^{er} mai 2008 basée sur un taux d'invalidité de 72% tenant notamment compte, sur la base des constatations médicales, de séquelles invalidantes empêchant l'assuré de travailler à un taux supérieur à 20%.

C. Par acte du 14 mai 2009 adressé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, l'assuré recourt contre la décision rendue le 7 avril 2009 par l'OAI en tant que cette décision prévoit que la rente servie ne sera plus que d'un quart à compter du 1^{er} avril 2005. Le recourant conclut avec suite de frais et dépens à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il continue d'avoir droit à une rente AI entière après le 31 mars 2005. Il fait valoir en substance que l'appréciation de la capacité de travail résiduelle des médecins de la CNA doit prévaloir à l'aune du principe de la libre appréciation des preuves, cette appréciation reposant sur le rapport d'expertise de mai 2007 du Dr A._____ mais également sur les constatations réalisées par l'inspecteur de la CNA sur la place même de travail. D'autre part, le Dr P._____ n'aurait pas tenu compte dans son appréciation de la spondylodèse pratiquée le 7 juin 2004, laquelle n'a pas empêché l'atteinte "grave et douloureuse" à sa santé. Or en ne travaillant qu'à 20% le recourant explique qu'il ne peut gagner que 1'500 fr. par mois, de sorte qu'après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, soit un revenu annuel de valide de 61'100 fr. et un revenu

annuel avec invalidité de 18'000 fr. (1'500 fr. x 12 mois/an), il présente une perte de gain de 43'000 fr. [recte: 43'100 fr.] (61'100 fr. - 18'000 fr.) et par suite, un degré d'invalidité de 70,54% (43'100 fr. / 61'100 fr. x 100), arrondi à 71%. Ce taux d'invalidité correspond à 1% près au taux retenu par la CNA dans sa décision du 6 mai 2009 et lui ouvre droit à une rente AI entière.

Le 28 juillet 2009, la CNA produit en cause ses dossiers afférant au recourant.

Par réponse du 16 septembre 2009, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. L'intimé soutient qu'au vu de son contenu, le rapport d'examen clinique orthopédique du 11 août 2008 du Dr P._____, par ailleurs précisé selon avis médical du 18 février 2009, doit se voir accorder pleine valeur probante. Selon lui, l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA (capacité de travail résiduelle de 20 à 25%) ne serait pas objectivement étayé. Les appréciations de l'expert A._____ n'apporteraient également aucun argument médical permettant de contester les conclusions du Dr P._____.

Il n'y a pas eu d'autres échanges d'écritures.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA.

L'art. 56 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contres lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Compte tenu des fêtes pascales 2009, interjeté le 14 mai 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recourant conteste la révision de son droit à une rente entière de l'AI en un quart de rente dès le 1^{er} avril 2005, sur la base d'un degré d'invalidité de 44%. L'évaluation de la capacité de travail résiduelle de 50% dans l'activité de laborantin en chimie ou dans toute autre activité adaptée retenue par l'intimé est litigieuse. Se distançant d'une part de l'appréciation médicale effectuée par la CNA - laquelle devrait prévaloir à l'aune des règles de jurisprudence en matière de valeur probante - et ne tenant d'autre part pas compte de l'ensemble des données médicales objectives (en particulier, la spondylodèse pratiquée le 7 juin 2004), l'appréciation de l'OAI serait erronée. En considérant la situation médicale dans son ensemble, la capacité de travail résiduelle du recourant s'établirait en réalité à 20%. Partant après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, le recourant présenterait en réalité un degré d'invalidité de 71% à compter du mois de janvier 2005, lui permettant ainsi de conserver le droit à une rente entière.

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 (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Les faits survenus postérieurement, et qui modifient la situation de l'assuré, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b et 117 V 287 consid. 4; TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010, consid. 3.2 et 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4)

Le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007. Les modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 doivent ainsi être prises en considération en l'espèce (ATF 130 V 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.

En tout état de cause, 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 (ATF 130 V 348 consid. 3.4; TFA I 7/2005 du 17 mai 2005, consid. 2 et I 249/2004 du 6 septembre 2004, consid. 4) ou de la 5^e révision de cette loi.

b) Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut 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. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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.

Selon les art. 28 al. 1 et 29 LAI, en vigueur du 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, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI, cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008, laquelle disposition n'apporte aucun changement dans l'échelonnement précité). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 LAI, cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, lequel ajoute sous let. a la condition que la capacité de gain ou celle d'accomplir ses travaux habituels ne doit pas pouvoir être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles).

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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 261 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 (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

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 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). 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. 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 9C_547/2010 du 26 janvier 2011, consid. 2.2, 8C_420/2010 du 27 octobre 2010, consid. 4.3 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. 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 9C_468/2009 du 9 septembre 2009, consid. 3.3.1, 8C_285/2009 du 7 août 2009, consid. 3.3.3 et 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 8C_392/2010 du 21 décembre 2010, consid. 5.2, 9C_341/2010 du 12 octobre 2010, consid. 2.2, 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).

d) Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente échelonnée dans le temps, à l'instar des rentes temporaires, doit être examiné à l'aune des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (TF 9C_50/2010 du 6 août 2010, consid. 4 et les références citées).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout

changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 273 consid. 1a et 112 V 371 consid. 2b). 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 369 consid. 2; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3 et les références citées).

A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références citées). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (TFA I 8/2004 du 12 octobre 2005 consid. 2.1), respectivement une appréciation différente d'un même état de fait (TFA I 419/2003 du 22 octobre 2003 consid. 4). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (TFA I 559/2002 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TF I 111/2007 du 17 décembre 2007 et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées (cf. consid. 3b supra), la révision ne se justifie que lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

En principe, l'adaptation des prestations d'assurance sociales a lieu avec effet rétroactif (ex tunc). L'assurance-invalidité connaît

cependant 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 les références; TF 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]); si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

4. a) A titre liminaire – bien que ce point ne soit pas litigieux entre les parties –, il ressort de manière concordante des rapports médicaux des 27 septembre 2004, 14 et 28 novembre 2005 du Dr F._____, du 2 novembre 2005 du Dr J._____ et du 11 août 2008 du Dr P._____, que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité à partir du 17 janvier 2002 jusqu'à la fin 2004. Vu ces pièces médicales, au degré de vraisemblance prépondérante applicable en assurances sociales (TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2 et les références), c'est à raison que la décision de l'OAI du 7 avril 2009 a retenu l'existence d'une atteinte à la santé totalement invalidante du recourant présente à tout le moins dans les douze mois précédents le dépôt de sa demande de prestations tardive du 18 mars 2004, soit à compter du 1^{er} mars 2003. Ce délai correspond, à teneur de l'art. 48 al. 2 LAI (disposition en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), à la durée maximale d'allocation de prestations AI rétroactives dans l'éventualité où l'assuré présente sa demande passé un délai de douze mois après la naissance de son droit aux prestations ainsi que cela est le cas en l'espèce, la demande ayant été déposée en mars 2004 alors que le droit aux prestations avait débuté à l'échéance du délai d'attente (29 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31

décembre 2007), soit dès le 17 janvier 2003. Ce dernier point n'est pas douteux ni par ailleurs contesté en l'espèce. A ce stade, il importe d'examiner ci-après si la révision de la rente entière en un quart de rente dès le 1^{er} avril 2005 pratiquée par l'OAI, sur la base d'un degré d'invalidité de 44% à compter du mois de janvier 2005, l'a été à bon droit. Plus précisément, il importe de savoir si, au vu des pièces médicales et autres appréciations figurant au dossier, l'OAI était fondé à attribuer valeur probante au rapport d'examen clinique rhumatologique du 11 août 2008 du Dr P._____.

b) A lecture du rapport final du 19 janvier 2005 du Dr N._____ (médecin d'arrondissement de la CNA) ainsi que des rapports des 8, 11 avril et 30 mai 2005 du Dr J._____, une reprise d'activité à mi-temps dès le 1^{er} juin 2005 a été tentée. Cette décision a été prise en tenant compte d'une intervention sous la forme d'une spondylodèse translaminaire selon Margerl pratiquée en date du 7 juin 2004 par le Dr J._____, opération sensée améliorer l'état de santé du recourant. Selon le rapport médical du 2 novembre 2005 du Dr J._____ ainsi que ceux des 14 et 28 novembre 2005 du Dr F._____, nonobstant l'intervention précitée, le recourant présentait alors toujours une incapacité de travail de plus de 50% (d'au minimum 65% aux dires du Dr F._____) dans son activité professionnelle. Ces constatations médicales étaient corroborées selon rapport d'entretien de l'inspecteur de la CNA du 27 juin 2005 duquel il ressortait qu'après entretien avec l'intéressé, ce dernier avait repris son travail de laborantin en chimie le 1^{er} juin 2005 à raison de 3h./jour avec un rendement qualifié de normal. Dans son rapport d'expertise du 2 mai 2007 le Dr A._____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Cet expert a toutefois relevé qu'une reprise chirurgicale pour cure de pseudarthrose par fusion intersomatique et instrumentation postéro-latérale par vis pédiculaire pouvait être tentée, essentiellement pour essayer d'améliorer la qualité de vie du recourant. Le 14 juin 2007, le Dr N._____ a partagé les conclusions de l'expert précité, précisant que le recourant travaillait probablement dans toute la mesure de ses possibilités. Selon rapport d'examen du 22 août 2007, les médecins du SMR ont jugé, à lecture du dossier, que la capacité résiduelle dans une

activité adaptée était de 50% tout en relevant que la présence de signes de Waddell positifs témoignait d'un comportement algique exagéré. Lors d'un entretien du 19 novembre 2007, l'intimé a relevé que le recourant lui a indiqué travailler à un taux de 20% (8 heures par semaine). Dans un rapport intermédiaire du 19 décembre 2007, l'OAI a souligné, sous réserve toutefois de la poursuite de l'instruction médicale confiée à la CNA, qu'il n'y avait pas de raison d'admettre un rendement de 20 à 25% dans l'activité de laborantin en chimie telle qu'exercée en l'espèce. Selon fiche d'examen de la CNA du 20 février 2008 établie consécutivement à un examen sur la place de travail de l'assuré, il a été constaté qu'un rendement de 20 à 25% correspondait à la réalité. Au terme d'un examen clinique orthopédique réalisé au début août 2008 par le médecin du SMR, le Dr P._____, il est retenu une capacité de travail résiduelle du recourant de 50% dans une activité adaptée depuis janvier 2005. Le Dr P._____ a fondé ses conclusions en considérant que la capacité de travail était alors identique à celle attestée selon rapport du 1^{er} septembre 2003 des médecins de la CRR pour la période du 11 août au 11 septembre 2003. Ce médecin du SMR a également mentionné qu'une incapacité de travail complète de six mois était admissible dans toute activité suite à la spondylodèse du 7 juin 2004. Considérant que cette tentative d'arthrodèse n'avait pas eu d'influence tant sur les limitations fonctionnelles que sur la capacité de travailler, il en a déduit qu'à partir du mois de janvier 2005, le recourant avait récupéré une capacité de travail partielle dans son métier habituel largement adapté aux limitations. Le 20 octobre 2008, le Dr N._____ a fait part de son désaccord avec les conclusions de ce rapport d'examen orthopédique du SMR. Aux dires du médecin d'arrondissement de la CNA, le diagnostic de pseudarthrose après tentative d'arthrodèse L5-S1 retenu en l'espèce par le Dr P._____ ne permettait pas d'admettre une exigibilité de 50% dans une activité adaptée, ce malgré l'intervention sans effets du 7 juin 2004. Le fait de reprendre l'appréciation des médecins de la CRR datant de 2003 n'apparaissait en outre pas justifié selon le Dr N._____. Le 17 novembre 2008, le Dr P._____ a confirmé ses conclusions soulignant que selon lui, aucun élément objectif n'autorisait à penser que la situation de l'assuré s'était détériorée consécutivement à l'intervention de juin 2004. Selon appréciation émise

au début 2009 par le Dr W._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique de la division médicale de la CNA, outre le fait que l'intervention de spondylodèse L5-S1 n'avait pas abouti à améliorer l'état de santé du recourant, et même s'il était difficile d'en apprécier l'impact, il n'était cependant pas possible de ne pas en tenir compte en reprenant l'exigibilité telle qu'arrêtée en son temps par les médecins de la CRR. Ce spécialiste partageait ainsi l'appréciation médicale de la capacité résiduelle de travail telle qu'effectuée par le Dr N._____. (cf. avis médical du 14 juin 2007 rejoignant le rapport d'expertise du 2 mai 2007 du Dr A._____). Le 20 avril 2009, le Dr A._____ a précisé les conclusions de son rapport d'expertise de mai 2007 en indiquant que le recourant se trouve dans une impasse thérapeutique, une reprise chirurgicale ne pouvant entrer en ligne de compte. L'expert rejoignait les avis concordants des Drs N._____ et W._____ quant à l'existence d'une capacité de travail résiduelle exigible de 25% dans l'activité de laborantin lors de son expertise de 2007.

La présente cause se compose donc d'avis divergents des différents spécialistes consultés. D'une part les médecins du SMR, notamment le Dr P._____ - selon son rapport d'examen orthopédique du 11 août 2008, confirmé par avis ultérieur du 17 novembre 2008 -, estiment qu'à compter de janvier 2005 le recourant a recouvré une capacité de travail résiduelle exigible de 50% dans une activité adaptée y compris dans celle exercée en l'espèce, ce malgré la spondylodèse L5-S1 sans effets pratiquée le 7 juin 2004. A l'inverse, les Dr N._____, W._____ et A._____ sont pour leur part d'avis qu'à compter de la date précitée, seule existe, une capacité de travail résiduelle exigible de 25% dans l'activité de laborantin en chimie.

Il ressort du rapport d'examen orthopédique susmentionné que le Dr P._____ a diagnostiqué, en tant qu'ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant, une pseudarthrose après tentative d'arthrodèse L5-S1 (M54.5). Dans ses conclusions relatives à l'appréciation de la capacité de travail exigible de la part du recourant, le Dr P._____ retient un pourcentage de 50% en partant du précepte que la

spondylodèse du 7 juin 2004 aurait entraîné une incapacité totale uniquement durant les six mois qui l'ont suivie, aucun élément médical objectif ne permettant aux yeux de ce médecin de considérer que dès janvier 2005, l'intervention précitée eût pu détériorer l'état de santé du recourant. En diagnostiquant la pseudarthrose après tentative d'arthrodèse L5-S1 en tant qu'affection invalidante, le Dr P._____ admet en d'autres termes l'échec de la spondylodèse, soit en l'occurrence une absence de fusion osseuse (absence de pont osseux entre les facettes articulaires de L5-S1). Il est constant que ce diagnostic de pseudarthrose post-tentative de fusion L5-S1 est admis par l'ensemble des spécialistes sollicités. A lecture du dossier radiologique, sur la base de clichés fonctionnels datant du 22 décembre 2006, le Dr P._____ n'observe pratiquement pas de mobilité dans les segments L5-S1 et constate la présence de vis facettaires translaminaires bilatérales L5-S1, toujours en place, sans rupture. Il serait ainsi démontré que le segment L5-S1 est à tout le moins beaucoup plus raidi suite à l'intervention du juin 2004 qu'il ne l'était auparavant. Le Dr P._____ déduit de ce constat que la spondylodèse selon Magerl n'a pas péjoré la situation, bien au contraire. Il relève ainsi que la pseudarthrose n'est pas symptomatique. Ce dernier point de vue médical n'est pas partagé par les Dr N._____, W._____ et A._____, lesquels estiment qu'en présence d'un assuré qui se plaint de douleurs très importantes - à l'instar du cas du recourant -, il n'est médicalement pas envisageable de relativiser la pseudarthrose telle qu'objectivée à l'examen radio-clinique en avançant par exemple, qu'un certain nombre de spondylodèses sont peu ou pas symptomatiques. Cette appréciation opposée à celle des médecins du SMR s'appuie sur des pièces médicales au dossier; d'une part, suite à une discographie provocatrice L5-S1 du 8 mars 2007, le Dr A._____ constate dans son rapport d'expertise du 2 mai 2007 que la simulation intra-discale (ou du moins de l'espace intersomatique L5-S1, le disque étant quasiment virtuel) provoque une douleur chez le recourant habituelle bien connue (avec un VAS de la douleur qui monte jusqu'à 9/10). D'autre part, à lecture d'une IRM lombaire du 15 juillet 1998 (confirmée selon IRM des 9 septembre 2002 et 11 février 2004), l'expert note la présence d'un signe de Modic de type graisseux (type II) au niveau de l'espace intersomatique L5-S1,

élément qui, dans plusieurs études cliniques, a été corrélé à une symptomatologie de lombalgies chroniques. C'est par conséquent sur la base d'un examen médical plus fouillé et complet que ne l'a été celui mis en œuvre par le Dr P. _____ à l'occasion de son rapport d'examen d'août 2008, que l'expert A. _____ a finalement retenu, après l'avoir constaté objectivement, que la pseudarthrose en question (et telle que diagnostiquée par le Dr P. _____) présente effectivement un caractère symptomatique avéré. Dans ces circonstances, l'avis du Dr W. _____ selon courrier du 5 février 2009 adressé par la CNA à l'intimé, résume parfaitement la situation. Il n'appert en effet pas possible de se rallier à l'avis exprimé par le Dr P. _____ qui, en reprenant l'exigibilité telle que définie par les médecins de la CRR en septembre 2003, soit avant la spondylodèse L5-S1, adopte un raisonnement médical qui passe à tort sous silence la complication consécutive à cette intervention, outre le fait que cette dernière se soit soldée par un échec. Partant, en présence d'éléments médicaux objectifs attestant de manière irréfutable le bien fondé du diagnostic invalidant de pseudarthrose post-tentative de fusion L5-S1 affectant le recourant, c'est manifestement à tort que la décision attaquée attribue valeur probante aux conclusions du Dr P. _____. Les conclusions médicales de l'expert A. _____, au demeurant partagées selon avis des Drs N. _____ et W. _____ de la CNA, reposent sur des examens plus complets, fouillés et concluants que ne le sont ceux réalisés à la base du rapport d'examen du Dr P. _____. A l'aune des règles de jurisprudence applicables en la matière (cf. consid. 3c supra), de part leur qualité et fiabilité supérieures, les conclusions de l'expertise du 2 mai 2007 du Dr A. _____, précisées selon rapport médical du 20 avril 2009, ont valeur probante.

En définitive, ainsi que l'expert A. _____ le souligne en date du 20 avril 2009, il y a lieu de retenir que lors de l'expertise réalisée en mai 2007, le recourant présentait une capacité de travail résiduelle de 25% dans son activité de laborantin en chimie. Ce dernier constat correspond par ailleurs à l'appréciation médicale du 14 juin 2007 du Dr N. _____, aux observations de l'intimé (cf. entretien du 19 novembre 2007 avec le recourant) ainsi qu'aux constatations opérées par

l'inspecteur de la CNA lors d'un examen effectué sur le poste de travail (cf. fiche d'examen CNA du 20 février 2008). En considérant la situation médicale prise dans son ensemble, la cour de céans retient donc que la capacité de travail résiduelle du recourant s'établissait en réalité à 25% à compter du mois de janvier 2005 (soit après le délai de six mois d'incapacité de travail total admis selon les spécialistes, ensuite de l'intervention du 7 juin 2004).

5. a) L'art. 16 LPGA dispose 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. Partant, dite norme fait application de la méthode générale de comparaison des revenus (Valtério, Droit et pratique de l'assurance-invalidité "Les prestations" Commentaire systématique et jurisprudentiel, Lausanne 1985, pp. 198-199).

L'invalidité est donc avant tout une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique et ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin puisque ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 et 105 V 205). L'objet de l'assurance consiste par conséquent en l'incapacité pour l'assuré de réaliser un gain par l'accomplissement d'un travail exigible (art. 7 et 8 LPGA), étant précisé à cet égard que le devoir de réadaptation incombe en premier lieu à l'assuré lui-même (ATF 113 V 28 consid. 4a; TFA I 871/2005 du 31 octobre 2006, consid. 5).

L'évaluation de l'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative est effectuée, dans la mesure du possible, selon la méthode générale de comparaison des revenus. Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité.

Des exceptions ne sauraient être admises, selon la jurisprudence, que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_439/2009 du 30 décembre 2009 consid. 5.1).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé.

b) En l'espèce, la décision attaquée retient un revenu sans invalidité pour 2005 de 61'100 francs. Cependant à lecture des informations communiquées par Q._____ SA selon questionnaires des 20 septembre 2005 et 14 février 2006, il appert que le salaire mensuel de base brut (sans invalidité) de l'assuré aurait été de 5'680 fr. pour les années 2003 à 2005, montant de 150 fr. (allocations pour enfants) en sus. Partant pour l'année 2005, c'est en réalité un revenu sans invalidité de 69'960 fr. ($[5'680 \text{ fr.} \times 12] + [150 \text{ fr.} \times 12]$) dont l'OAI aurait du tenir compte dans sa décision.

S'agissant du revenu avec invalidité réalisable en 2005, considérant que le recourant bénéficiait alors d'une capacité de travail résiduelle de 25% dans son activité de laborantin en chimie (cf. consid. 4b supra), dans la mesure où Q._____ SA a indiqué le 25 juillet 2007 à la CNA qu'à compter du 1^{er} août 2007, un salaire mensuel brut de 1'500 fr. était versé en adéquation avec le rendement du recourant (soit pour un rendement de 20 à 25%, cf. fiche d'examen CNA du 20 février 2008), on peut considérer en l'espèce, que le revenu d'invalidé (correspondant à un taux d'activité de 25%) pour 2005 est de 18'000 fr. ($1'500 \text{ fr.} \times 12$) plus les allocations familiales de 1'800 fr. ($150 \text{ fr.} \times 12$), soit 19'800 francs. Ce revenu repose sur des rapports de travail particulièrement stables (engagement auprès de Q._____ SA en l'an 2000), il correspond à une

pleine mise en valeur la capacité de travail résiduelle exigible ainsi qu'au travail effectivement fourni et ne contient aucun élément de salaire social. Il doit par conséquent être pris en compte en tant que revenu d'invalidé (cf. consid. 5a supra). Ce montant n'appert également pas critiquable, le recourant reconnaissant lui-même réaliser un revenu annuel avec invalidité de 18'000 francs.

Après comparaison, au sens de l'art. 16 LPGA, entre le revenu réalisable sans invalidité (69'960 fr.) et celui d'invalidé (19'800 fr.), le degré d'invalidité s'élève à 71,69% $[(69'960 \text{ fr.} - 19'800 \text{ fr.}) / 69'960] \times 100$, soit 72% (taux arrondi, cf. ATF 130 V 121). On constate ainsi que ce degré d'invalidité - lequel correspond par ailleurs à celui retenu par la CNA selon décision du 6 mai 2009 allouant une rente d'invalidité LAA - ouvre le droit au recourant à l'allocation d'une rente AI entière (cf. consid. 3b supra). La cour de céans relève par conséquent l'absence de motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, la révision du droit à la rente se justifiant uniquement lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant selon l'échelonnement des rentes de l'assurance-invalidité (cf. consid. 3b supra), ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce. Le droit du recourant au versement d'une rente entière tel que reconnu dès le 1^{er} mars 2003 reste inchangé à compter du 1^{er} avril 2005.

6. Bien-fondé, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée dans le sens que le droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 72% est reconnu au recourant dès le 1^{er} avril 2005.

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

A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe de 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, en application de l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices en charge de l'exécution de

tâches publiques, ainsi que cela est le cas des OAI cantonaux (art. 54 ss LAI). Il n'y a dès lors pas lieu de percevoir des frais de justice en la cause.

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 1'500 francs (art. 61 let. g LPGA; art 55 al. 1 LPA-VD et art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 7 avril 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que X._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2005.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cent francs), à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, Intégration handicap (pour X._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :