

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 mai 2012

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : M. Bonard et Mme Férolles, assesseurs  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat au Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** S.\_\_\_\_\_, né en 1953, de nationalité [...], a travaillé depuis l'âge de 12 ans dans le bâtiment. Arrivé en Suisse en 1984, sans formation professionnelle, il a œuvré en qualité de maçon à 100 % pour le compte de deux employeurs, dont l'entreprise de maçonnerie et de travaux publics [...] à [...] depuis le 3 mai 2005. En avril 2006, il a été victime d'un accident oculaire (projection de ciment en réalisant une chape) pour lequel il a bénéficié d'un arrêt de travail de deux semaines. Après avoir repris son activité, il a été victime d'un nouvel accident (l'assuré a glissé sur la neige en chargeant une palette) lequel a entraîné des douleurs lombaires. Au bénéfice d'un arrêt de travail dès le 10 avril 2006, son cas a été pris en charge par la Caisse P.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain de l'employeur.

Une IRM lombaire pratiquée le 21 avril 2006 a mis en évidence une hernie discale pour laquelle il a été opéré le 1<sup>er</sup> mai 2006.

Dans un courrier du 28 septembre 2006 adressé au Dr C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la Caisse P.\_\_\_\_\_, a relevé qu'au vu de la présence d'une hernie discale L4-L5 droite paramédiane luxée vers le haut et de l'échec du traitement conservateur, une hémilaminectomie L4-L5 droite, ainsi qu'une discectomie avaient été pratiquées le 1<sup>er</sup> mai 2006, dont les suites opératoires avaient été simples. Toutefois, le patient continuait de se plaindre de douleurs mal systématisées du membre inférieur droit, de la persistance de lombalgies et de douleurs du membre inférieur droit en position debout et assise prolongée, avec quelquefois des douleurs nocturnes. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a dès lors posé le diagnostic de syndrome lombo-vertébral chronifié, sans syndrome radiculaire. S'agissant de l'appréciation du cas, le Dr M.\_\_\_\_\_ a exposé que le patient semblait peu motivé pour une reprise du travail en qualité de maçon et qu'il lui serait difficile d'effectuer une autre activité, vu son insuffisance de formation et son état relativement frustré (arrêt de l'école à l'âge de 12

ans). Ce praticien a dès lors préconisé une reconversion professionnelle et une éventuelle annonce du cas à l'assurance-invalidité.

**b)** Le 26 octobre 2006, S.\_\_\_\_\_ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) une demande de rente en raison de douleurs lombaires et d'une hernie discale.

L'OAI a demandé un rapport médical au cabinet de neurochirurgie du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, dans lequel l'assuré a été traité par la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, du dos et de la douleur. Cette praticienne a confirmé qu'en raison du diagnostic de hernie discale L4-L5 droite, le patient avait subi en date du 1<sup>er</sup> mai 2006 une hémilaminectomie L4-L5 droite, ainsi qu'une discectomie pour cure de hernie discale avec stabilisation dynamique avec implant PDN solo (rapport médical du 21 novembre 2006). Excluant toute capacité de travail dans l'activité habituelle de maçon, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée, soit autorisant le changement fréquent des positions assise et debout, mais excluant le soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, le port régulier de charges de plus de 10 kg et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Dans un rapport médical du 29 décembre 2006, le Dr C.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics de hernie discale L4-L5 droite et status post hémilaminectomie L4-L5 et a attesté une incapacité de travail totale dès le 10 avril 2006. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a en effet conclu que son patient était dans l'incapacité de reprendre un travail. Une activité adaptée pouvait être envisagée, mais sa formation scolaire rendait un recyclage peu vraisemblable.

Dans un rapport E 213 établi en date du 27 février 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_ a considéré que, la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle de maçon et qu'elle était complète dans une activité adaptée (travail de rangement, petits travaux).

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (SMR), lequel a conclu à une capacité de travail complète dans une activité adaptée. En effet, par avis médical du 14 mai 2007, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et médecin du SMR, a précisé qu'il convenait de suivre l'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_ n'ayant pas expliqué les motifs pour lesquels une activité prenant strictement en compte les limitations fonctionnelles requises par la pathologie, n'était pas réalisable à 100 %.

Le droit à des mesures professionnelles étant ouvert, le cas de l'assuré a été examiné par le Service de réadaptation de l'AI dans le cadre d'un entretien avec l'intéressé. Dans un rapport initial du 15 août 2007, le service précité a estimé que le dossier devait être suspendu, l'assuré devant subir une prochaine opération.

Dans un rapport médical du 22 octobre 2007, la Dr V.\_\_\_\_\_ a précisé qu'en raison de ses lombalgies, l'assuré avait bénéficié le 19 juin 2007 d'une injection périurale antalgique L3-L4 et le 25 juillet 2007 de blocs facettaires L3-L4 bilatéraux. Enfin, le 6 septembre 2007, en raison d'un canal lombaire étroit et d'une spondylolisthésis L3-L4, il avait subi une nouvelle intervention chirurgicale (hémilaminectomies bilatérales L3-L4 et spondylodèse postérieure L3-L4 par vis pédiculaires L3 et L4, bilatérales [système polyaxial titane CD-Legacy], cages intersomatiques L3-L4 en capstone [PLIF] et greffe intertransversaire). La Dresse V.\_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail pendant 3 à 4 mois. Dans le cadre d'un rapport médical établi en date du 11 mars 2008, elle a confirmé une incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon et a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, tout en précisant qu'un examen par le médecin-conseil de l'AI lui semblait indispensable.

Au vu de ces éléments, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint au SMR, a estimé qu'un examen rhumatologique s'imposait (avis médical du 2 juin 2008). Dans un rapport du 20 juin 2008 faisant suite à un

examen clinique rhumatologique du 16 juin 2008 (pratiqué avec l'assistance d'un traducteur de langue [...]), le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

*-avec répercussion sur la capacité de travail*

- Lombosciatalgies bilatérales à prédominance D dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L4-L5 D et status après spondylodèse L3-L4 par vis pédiculaires L3-L4 bilatérales, cage intersomatique L3-L4 (PLIF) et greffe intertransversaire. M 54.4.
- Syndrome rotulien bilatéral. M 22.2.

*-sans répercussion sur la capacité de travail*

- Hépatomégalie possiblement d'origine éthylique.

Tout en rapportant des signes de non organicité, le Dr J.\_\_\_\_\_ a exclu la reprise de l'activité habituelle de maçon et a considéré que dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 70 %, en raison de la présence d'une interposition de tissu fibreux autour de la racine L4 D. Ce praticien a ajouté que l'évaluation de l'incapacité de travail dans une activité adaptée de l'ordre de 50 % était trop généreuse, au vu de la bonne tolérance de l'assuré à la position assise (il était resté une heure sans se lever) et au vu du caractère seulement légèrement refoulant et non comprimant du tissu fibreux autour de racine L4 D. S'agissant de l'évolution du degré d'incapacité de travail, le Dr J.\_\_\_\_\_ a exposé qu'il était resté stationnaire et complet depuis le 10 avril 2006. Par contre, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail était de 70 % depuis le début du mois de novembre 2006, soit six mois après la première intervention chirurgicale, laquelle avait entraîné la persistance d'une interposition de tissu fibreux autour de la racine L4 à droite. Du 6 septembre 2007 au 6 mars 2008, l'assuré avait en outre présenté une incapacité de travail transitoire, soit jusqu'à six mois après la deuxième intervention chirurgicale.

L'assuré a suivi un stage du 23 juin au 25 juillet 2008 auprès de [...] à [...] (ateliers protégés). Le rendement a été jugé faible (60 %),

alors même qu'il est moins exigeant que dans l'économie (procès-verbal d'entretien avec l'assuré du 1<sup>er</sup> septembre 2008).

S.\_\_\_\_\_ a finalement suivi une observation professionnelle complète auprès du Centre E.\_\_\_\_\_ de [...], antenne [...] à [...], section atelier d'intégration professionnelle du 5 janvier au 3 avril 2009 afin de déterminer sa motivation pour un reclassement professionnel et dans l'affirmative dans quel type d'activité. Dans un rapport de synthèse du 7 avril 2009, le Centre E.\_\_\_\_\_ a relevé que la position assise semblait lui convenir le mieux ; il devait toutefois pouvoir alterner les positions et faire quelques pas. Une activité industrielle légère n'exigeant pas une grande précision était dès lors envisageable. Cependant, lors des entretiens entre les intervenants du centre et l'assuré, ce dernier s'était montré incapable de se projeter dans une quelque activité que ce soit.

**c)** En date du 28 avril 2009, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'un quart de rente basée sur un degré d'invalidité de 44 % limitée à la période allant du 10 avril 2007 (compte tenu du délai d'attente d'un an) au 30 novembre 2007. Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007, une rente entière devait lui être reconnu, soit après 3 mois d'aggravation de l'état de santé. Dès le 1<sup>er</sup> juin 2008, soit après 3 mois d'amélioration de l'état de santé, l'assuré avait à nouveau droit à un quart de rente basée sur un degré d'invalidité de 44 %. Pour déterminer la perte économique, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'732 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2006, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+1.6 %) et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 37'891 fr. dans une activité légère de substitution de 70 %. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 67'566 fr., mettait en évidence une perte de gain de 29'675 fr., ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 44 %, taux suffisant pour ouvrir le droit à un quart de rente.

Par avis médical du 23 juillet 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR a constaté que pour tout argument, l'avocat de l'assuré se limitait à rappeler que le Dr B. \_\_\_\_\_ avait estimé l'exigibilité à 50 %, à confirmer par un stage d'observation et un examen par le médecin-conseil de l'AI. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a rappelé qu'un examen avait eu lieu le 16 juin 2008, conduit par un spécialiste FMH en rhumatologie, qui a estimé que l'assuré était capable d'exercer une activité adaptée à 70 % au vu des limitations fonctionnelles retenues. L'examen au SMR étant indéniablement plus précis que le rapport relativement sommaire du Dr B. \_\_\_\_\_, le Dr K. \_\_\_\_\_ a considéré qu'il convenait de privilégier l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_.

Par certificat médical établi en date du 26 août 2009, le Dr B. \_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail dès le 24 juin 2009 en raison de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (spondylodèse lombaire par voie postérieure), d'une neurolyse L4 droite et de la mise en place d'une distraction interépineuse L4-L5 par implant de type Aperius. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2009, la Dresse V. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon et a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, tout en précisant qu'un examen par le médecin-conseil de l'AI lui semblait indispensable.

Au vu de ces éléments, le Dr K. \_\_\_\_\_ a estimé qu'un nouvel examen rhumatologique s'imposait (avis médical du 3 décembre 2009). Dans un rapport du 14 janvier 2010 faisant suite à un examen clinique rhumatologique du 7 janvier 2010 (pratiqué avec l'assistance d'un traducteur de langue [...]), le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, a posé les diagnostics suivants :

*-avec répercussion sur la capacité de travail*

- Failed back surgery syndrome M 54.56.
  - Status après hémilaminectomie L4-L5 D et discotomie pour cure de hernie discale et stabilisation dynamique le 01.05.2006.

- Status après spondylodèse par voie postérieure et hémilaminectomie bilatérale L3-L4 avec mise en place de cage inter-somatique le 06.09.2007.
  - Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse (spondylodèse lombaire par voie postérieure), neurolyse de la racine L4 D et distraction interépineuse L4-L5 par implants de type APERIUS.
  - Status après bloc facettaire itératif à plusieurs reprises et injections péri-durales.
  - Troubles statiques et dégénératifs majeurs du rachis et lombaire avec modification de type MODIC 2.
- Syndrome rotulien anamnestique.

*-sans répercussion sur la capacité de travail*

- Surcharge pondérale avec BMI à 28.2.
- Déconditionnement musculaire global et focal.
- Signe de non organicité selon Smythe, Waddell et Kummel dans un contexte de failed back surgery syndrome
- Hépatomégalie vraisemblablement d'origine ethnique. (sic, recte éthylique).

S'agissant de l'appréciation du cas, le Dr L. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait une aggravation de son état clinique par rapport à l'examen rhumatologique réalisé au mois de juin 2008. Il présentait désormais un *failed low back surgery syndrome* (syndrome d'échec de traitement chirurgical de lombalgie) associé à des troubles neurologiques indéniables (troubles de la sensibilité, amyotrophie objective avec troubles de la force et symptomatologie algique persistante). Excluant toute reprise de l'activité habituelle de maçon, ce praticien a conclu qu'une activité sédentaire voire semi-sédentaire respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles était théoriquement possible à un taux de 50 % tout au plus (capacité de travail théorique de 70 % avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 % à 30 %, au vu des limitations fonctionnelles retenues et de la symptomatologie algique persistante présentée par l'assuré. En outre, le Dr L. \_\_\_\_\_ a retenu que l'intéressé présentait à nouveau une incapacité de travail totale dans quelque activité que ce fût, depuis le mois de juin 2009 (3<sup>ème</sup> intervention chirurgicale) jusqu'au 30 septembre 2009. A partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009, l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg de façon répétitive et occasionnel de plus de 10 kg; pas de position statique assise au-delà de 45 minutes à 1 heure, sans possibilité de varier les positions au

minimum 1 fois par heure, de préférence à la guise de l'assuré; pas de position statique prolongée au-delà de 2 heures, sans possibilité de réaliser une pause avec possibilités de s'allonger et soulager le rachis lombaire; pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis de façon formelle, pas de position accroupie ou en genuflexion; pas d'activité en hauteur, pas de position statique debout immobile; diminution du périmètre de marche à environ 20 à 30 minutes, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition.

**d)** En date du 28 janvier 2010, l'OAI a soumis à l'assuré un nouveau projet d'acceptation de rente annulant et remplaçant celui du 28 avril 2009. Il a tout d'abord confirmé que l'assuré avait droit à un quart de rente basée sur un degré d'invalidité de 44 % limitée à la période allant du 10 avril 2007 (compte tenu du délai d'attente d'un an) au 30 novembre 2007. Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007, une rente entière devait lui être reconnue, soit après 3 mois d'aggravation de l'état de santé. Dès le 1<sup>er</sup> juin 2008, soit après 3 mois d'amélioration de l'état de santé, l'assuré avait à nouveau droit à un quart de rente basée sur un degré d'invalidité de 44 %. Pour déterminer la perte économique, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'732 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2006, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+1.6 %) et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 37'891 fr. dans une activité légère de substitution de 70 %. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 67'566 fr., mettait en évidence une perte de gain de 29'675 fr., ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 44 %, taux suffisant pour ouvrir le droit à un quart de rente.

Toutefois, compte de la nouvelle intervention chirurgicale du 24 juin 2009, l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2009 (soit après trois mois d'aggravation) jusqu'au 31 décembre 2009 (soit après trois mois d'amélioration), sa capacité de

travail étant exigible à nouveau à 50 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, l'assuré avait droit à trois quarts de rente basée sur un degré d'invalidité de 63 %. Pour déterminer la perte économique, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'806 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2009, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41.6 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+1.35 %) et d'un taux d'abattement de 15 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 25'835 fr. dans une activité légère de substitution de 50 %. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 69'848 fr., mettait en évidence une perte de gain de 44'013 fr., ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 63 %, taux suffisant pour ouvrir le droit à trois quarts de rente.

Par décision du 4 juin 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 28 janvier 2010.

**B.** Par acte de son mandataire du 7 juillet 2010, S.\_\_\_\_\_ interjette recours contre cette décision et conclut à son annulation en tant qu'elle exclut le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Il soutient qu'au moment de rendre la décision attaquée, l'OAI n'avait pas connaissance du fait qu'il présentait une atteinte neurologique pluriradiculaire au niveau des membres inférieurs avec hyporéflexie rotulienne droite et achilléenne gauche, atteinte mise en évidence par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie (courrier du 15 janvier 2010 adressé à la Dresse V.\_\_\_\_\_). Par ailleurs, il souffre d'un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne à sévère, pour lequel il bénéficie d'un traitement administré par son médecin traitant, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste (rapport du 16 juin 2010). Il estime dès lors que l'OAI doit procéder à une instruction de son cas, en sollicitant des rapports complémentaires auprès des médecins précités. En effet, son taux d'incapacité de travail et de gain pourrait être supérieur au taux de 63 %

déjà retenu par l'intimé au vu des atteintes sur le plan neurologique et psychique.

Par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 7 juillet 2010 et désigné Me Jean-Marie Agier en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 21 octobre 2010, l'OAI propose le rejet du recours, les arguments développés n'étant pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa position. Le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ ne faisait ainsi état d'aucun élément qui n'aurait pas été pris en compte par les examinateurs du SMR. En outre, ce spécialiste ne se prononçait ni sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail du recourant. Par ailleurs, il mentionnait que le syndrome lombaire était à la limite du significatif et que l'ensemble des plaintes n'était pas expliqué. Enfin, le trouble dépressif n'était pas objectivé et le recourant n'était ni suivi par un psychiatre, ni au bénéfice d'un traitement spécialisé.

Dans sa réplique du 11 novembre 2010, le recourant a confirmé les conclusions de son recours.

Dans sa duplique du 9 décembre 2010, l'intimé a confirmé les conclusions de sa réponse.

### **E n d r o i t :**

**1.** Interjeté le 7 juillet 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Il respecte en outre

les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur la question de l'évaluation de l'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, le recourant faisant valoir qu'il a droit à une rente entière en lieu et place de trois quarts de rente. Le recourant n'a ainsi pas contesté l'octroi d'un quart de rente du 1<sup>er</sup> avril au 30 novembre 2007, d'une rente entière du 1<sup>er</sup> décembre 2007 au 31 mai 2008, d'un quart de rente du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 31 août 2009 et d'une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2009.

**a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 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).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'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 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 les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

**c)** Cela étant, selon la jurisprudence, 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 confidentiels 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; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

**3. a)** Sur le plan somatique, il n'est pas contesté que le recourant présente depuis de nombreuses années des lombosciatalgies droites sur une pathologie herniaire. Il ressort ainsi du dossier que suite à une troisième intervention chirurgicale en date du 24 juin 2009, sous la forme d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse, d'une neurolyse de la racine L4 D et de la mise en place d'une distraction interépineuse L4-L5 par implants de type Aperius, le recourant a présenté une totale incapacité de travail (avis médical du 3 décembre 2009 du Dr K.\_\_\_\_\_). La Dresse V.\_\_\_\_\_ n'a pas indiqué la durée de l'incapacité précitée, se limitant à attester une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (rapport médical du 1<sup>er</sup> octobre 2009). Selon le Dr K.\_\_\_\_\_, elle n'allait en tous les cas pas au-delà du 1<sup>er</sup> octobre 2009, date du rapport de la Dresse V.\_\_\_\_\_. Afin de réactualiser le status ostéoarticulaire du recourant, l'intimé a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique. Dans son rapport du 14 janvier 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_ a mis en évidence une diminution de la mobilité du rachis lombaire (troubles dégénératifs avancés du rachis lombaire), dans un contexte de syndrome lombovertébral chronique sur status après intervention chirurgicale à répétition et infiltration périurale, avec mise en évidence de phénomènes inflammatoires mécaniques (modification de type Modic 1 à 2) au niveau des vertèbres lombaires L2-L5. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail du recourant, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé l'appréciation de la Dresse V.\_\_\_\_\_, en ce sens qu'il a également attesté une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles décrites, lesquelles se sont révélées en réalité plus contraignantes que celles retenues par la médecin traitante.

**b)** Le recourant ne conteste pas la valeur probante du rapport SMR du 14 janvier 2010. Il soutient toutefois qu'une instruction complémentaire du dossier s'impose, dans la mesure où son état de santé

se serait péjoré sur le plan neurologique et psychique depuis l'examen clinique rhumatologique du Dr L.\_\_\_\_\_. Se référant aux rapports médicaux des Drs Q.\_\_\_\_ (courrier du 15 janvier 2010) et F.\_\_\_\_ (rapport du 16 juin 2010), il précise que l'intimé n'en avait pas connaissance lorsqu'il a rendu sa décision en date du 4 juin 2010. L'avis du Dr Q.\_\_\_\_ n'est cependant pas susceptible de remettre en cause l'appréciation des Drs L.\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_. Ainsi, c'est à la demande de la Dresse V.\_\_\_\_ que ce praticien a procédé à un examen neurologique (soit à la même période que l'examen rhumatologique pratiqué par le Dr L.\_\_\_\_). Ce rapport n'avait dès lors pas pour objectif principal de déterminer les limitations fonctionnelles du recourant, ni sa capacité de travail dans une activité adaptée, mais d'expliquer les motifs pour lesquels les interventions et infiltrations successives n'avaient pas permis une amélioration de la pathologie lombaire. Le Dr Q.\_\_\_\_ s'est cependant limité à faire état de lombosciatalgies droites, diagnostic également mis en évidence par le spécialiste du SMR, et a conclu à un tableau de souffrance pluriradiculaire, principalement irritatif avec un EMG normal. A cet égard, il sied de rappeler que le Dr L.\_\_\_\_ a admis que l'existence d'un *faled low back surgery syndrome* était associé à des "*troubles neurologiques indéniables (troubles de la sensibilité, amyotrophie objective avec troubles de la force et symptomatologie algique persistante)*" (rapport du 14 janvier 2010, p. 7). Il apparaît donc que le Dr Q.\_\_\_\_ n'a apporté aucun argument médical en faveur d'une aggravation de l'état de du recourant depuis l'examen clinique du SMR. Enfin, la pose éventuelle d'un stimulateur médullaire (finalement effectuée le 24 mars 2010 selon le rapport du 16 juin 2010 du Dr F.\_\_\_\_) est un élément qui était connu du Dr L.\_\_\_\_ (rapport du 14 janvier 2010, p. 3). Cela étant, la Dresse V.\_\_\_\_ n'a nullement fait état, depuis son rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2009, d'une nouvelle diminution de la capacité résiduelle de travail de son patient dans une activité adaptée que ce soit avant ou après la pose du stimulateur médullaire.

S'agissant de la composante psychologique, Dr F.\_\_\_\_ s'est borné à indiquer que "*le patient présente un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne à sévère. Une évaluation psychiatrique est indiquée*

*pour se fixer sur la poursuite d'une activité adaptée"* (rapport du 16 juin 2010). Ce généraliste n'a donc pas objectivé le trouble dépressif, ni indiqué s'il avait administré un traitement à son patient, ni motivé d'incapacité de travail durable en raison d'une atteinte psychique. Au demeurant, le recourant n'est ni suivi par un psychiatre, ni au bénéfice d'un traitement spécialisé.

**c)** Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, l'argumentation du recourant, qui se limite à alléguer qu'une instruction complémentaire est nécessaire, ne suffisant pas pour remettre en cause l'appréciation des preuves faite par l'intimé. En définitive, la décision du 4 juin 2010 échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

**d)** Au regard de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, l'intimé a considéré qu'il présentait un taux d'invalidité de 63 %. Vérifié d'office, le calcul du taux d'invalidité qu'il a effectué ne prête pas flanc à la critique. Il n'y a pas lieu de revenir plus en détail sur ce calcul, dans la mesure où le recourant se limite à contester la capacité résiduelle de travail constatée par l'intimé, sans soulever de grief relatif aux taux d'invalidité inférieur à 70 % finalement retenu.

On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 266 cons. 1b et les références citées), pouvant donner lieu à une nouvelle décision et le cas échéant à l'octroi d'une rente si les conditions en sont remplies.

**4. a)** Dès lors, au regard de la jurisprudence exposée ci-dessus, les critiques développées par le recourant à l'appui de son recours ne permettent pas d'établir une violation du droit fédéral. La décision

attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

**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 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 450 fr. et devrait être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. 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), ni indemnité d'office, le mandataire désigné ayant implicitement renoncé à en solliciter le versement (courrier du 2 mai 2012 de la Cour de céans).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 juin 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens, ni indemnité d'office.
- IV.** Les frais judiciaires arrêtés à 450 fr. (quatre cent cinquante francs) sont mis à la charge de l'Etat.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat au Service juridique d'intégration Handicap, à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :