

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 septembre 2014

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bidiville
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

J. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. J._____, né en 1955, (ci-après : l'assuré ou le recourant), a travaillé en qualité de monteur électricien puis d'agent commercial auprès d'une compagnie d'assurance jusqu'au 31 janvier 2003. Il a ensuite bénéficié de prestations de l'assurance-chômage. Le 20 octobre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), en faisant état d'une affection dorsale, soit d'une hernie discale, d'une protrusion discale et de blocages au niveau des lombaires.

Dans un rapport médical du 18 décembre 2003 adressé à la Dresse N._____, médecin traitant de l'assuré, le Dr L._____, médecin associé auprès du Département de neurochirurgie du Centre hospitalier Y._____, (ci-après : Z._____), informait notamment celle-ci avoir reçu l'intéressé à sa consultation le 21 octobre précédent et avoir alors constaté une légère diminution des douleurs, probablement due aux infiltrations de corticoïdes reçues quelques jours avant et à la médication de Tramal®.

Dans un rapport médical du 27 août 2004, le Dr Q._____ du Service de rhumatologie, Unité du rachis du Z._____, a retenu comme diagnostics affectant la capacité de travail des lombalgies chroniques non spécifiques persistantes, des lésions structurelles et un déconditionnement physique global et focal, un état anxio-dépressif et une surcharge pondérale. Il a indiqué que les handicaps fonctionnels dans l'activité d'agent d'assurance consistaient essentiellement en une intolérance aux longs trajets en voiture ainsi qu'aux stations assises ou debout prolongées, parallèlement au stress psychologique. Selon lui, l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible. Il n'a pas répondu à la question de savoir si une autre activité professionnelle pouvait être exigée de l'assuré.

Dans un rapport médical du 2 novembre 2004, la Dresse P._____ du Service de neurologie du Z._____ a retenu comme diagnostics affectant la capacité de travail des lombosciatalgies (prédominant à droite) et des lombalgies chroniques avec des discopathies pluri-étagées (L4-L5 et L5-S1) existant depuis une vingtaine d'années. Selon cette praticienne, il n'était pas possible d'exiger d'un patient souffrant de lombosciatalgies et de lombalgies chroniques de se déplacer en voiture pour de longs trajets comme le ferait un conseiller en assurance. Elle précisait que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible mais n'a pas répondu à la question de savoir si et quelle autre activité pourrait encore être exigée de l'assuré.

Dans un rapport médical du 22 février 2005, le Dr Q._____ indiquait que la prise en charge intensive de rééducation selon les schémas de l'Unité du rachis dont avait bénéficié l'assuré du 18 octobre 2004 au 5 novembre 2004 avait apporté un résultat subjectif relativement positif, mais qu'il avait constaté que les fonctions musculaires et articulaires n'avaient que peu été améliorées.

Dans un avis médical du 22 septembre 2005, le Dr R._____ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a relevé ce qui suit :

"Assuré de 50 ans, marié, 1 enfant. CFC de monteur-électricien, formation d'agent en assurances en 1984 par l'AI sur lombalgies invalidantes.

A travaillé dans les assurances jusqu'en 1998, puis deux périodes de chômage jusqu'en janvier 2002 où il retrouve un emploi à la [...] Assurances, qui le licencie au 31.01.2003 pour restructuration. A nouveau au chômage depuis.

Exacerbation des lombalgies dès 09.2003 constatée par la MT, la Dresse N._____, consultations en Neurochirurgie du Z._____ où une hernie discale droite L4-L5 est objectivée, mais la symptomatologie douloureuse reste peu spécifique. Les investigations neurologiques ne démontrent pas de déficit de conduction.

L'assuré est adressé au Dr Q._____, au RMR [réd. : unité rachis - consultation rhumatologique] du Z._____ qui l'examine et lui fait effectuer une rééducation intensive qui n'a débouché que sur une discrète amélioration de la force et mobilisation du tronc.

Le diagnostic retenu par le Dr Q._____ est celui de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes, lésions structurelles et déconditionnement physique global et focal avec état anxio-dépressif moyen, dépendance à la nicotine, trouble de la

personnalité de type narcissique et probable trouble somatoforme douloureux.

Les limitations fonctionnelles au plan rhumatologique sont une intolérance aux longs trajets en voiture, et des positions assises ou debout prolongées.

Déjà lors de son premier rapport, il prônait la réalisation d'un examen psychiatrique en raison de l'inadéquation avec la clinique de la plupart des composantes douloureuses.

Pour préciser les limitations fonctionnelles de manière globale et, au su de cet état anxio-dépressif récurrent présenté par l'assuré, il est nécessaire de compléter l'instruction du dossier en demandant le plus rapidement possible (...) au Dr W. _____ de bien vouloir convoquer l'assuré pour une **expertise psychiatrique.**"

Dans leur rapport d'expertise psychiatrique du 12 décembre 2005, les Drs W. _____ et C. _____, respectivement médecin adjoint et médecin interne auprès du Département de psychiatrie des Hôpitaux I. _____ (ci-après : I. _____), ont retenu comme diagnostics selon la CIM-10 un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Dans leurs conclusions, ils ont relevé ce qui suit :

"Les difficultés éprouvées par l'assuré sont essentiellement d'ordre physique. Les épisodes dépressifs sont secondaires au trouble douloureux chronique, que les diverses prises en charges proposées n'ont guère soulagé. Il n'y a pas d'argument clinique ou anamnestique en faveur de l'existence d'un trouble de la personnalité.

Les syndromes douloureux chroniques laissent une grande importance aux perceptions subjectives. On ne peut que constater que l'assuré a été limité depuis son adolescence par ses troubles. En dehors des périodes d'exacerbation des douleurs ou des épisodes dépressifs réactionnels, il possède une pleine capacité de travail. Il est certain que ses antécédents d'arrêt de travail prolongé n'encouragent pas un employeur à l'engager. Par ailleurs, une période de chômage prolongée et d'insécurité financière pourrait également entraîner une rechute dépressive.

Nous considérons que l'assuré doit continuer d'être pris en charge par une équipe médicale pluridisciplinaire et qu'un soutien psychothérapeutique devrait lui être proposé en cas de nouvel épisode dépressif."

Dans un avis médical SMR du 3 mai 2006, le Dr R. _____ retenait que dans la mesure où l'état psychiatrique ne jouait pas de rôle sur la capacité de travail selon le Dr W. _____ et vu les limitations fonctionnelles rhumatologiques reconnues par le Dr Q. _____, il y avait lieu de reconnaître à l'assuré une incapacité de travail de 100 % dans son travail d'assureur au service de la clientèle à domicile et une capacité

résiduelle de travail de 100 % dans le même travail essentiellement au bureau, avec respect des limitations fonctionnelles.

Dans un rapport médical du 30 juin 2006, le Dr E._____, spécialiste en médecine générale et nouveau médecin traitant de l'assuré, a retenu comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient une lombalgie chronique invalidante existant depuis environ 25 ans et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail deux épisodes dépressifs (1998 et 2002) réactionnels en rémission actuelle. Il a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'aggravait, en précisant notamment que le traitement médical antalgique avait un effet limité, entraînait des effets secondaires, et qu'en l'absence d'un traitement objectivement efficace, on pouvait s'attendre à une aggravation des symptômes.

Une note interne à l'OAI, datée du 18 août 2006 et faisant suite à un entretien avec l'assuré, relevait que ce dernier insistait sur le fait qu'il devait prendre du Tramal 5 jours par semaine, soit 220 gouttes par jour, sauf les jours où il était pris en charge par son chiropraticien et que ce médicament "opiacé" le rendait somnolant, l'empêchant de conduire et de se concentrer.

Dans un avis SMR du 26 septembre 2006, le Dr R._____ a rappelé que, sur le plan somatique, le diagnostic retenu par le Dr Q._____ était celui de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes, lésions structurelles et déconditionnement physique global et focal et qu'en 2004, les limitations fonctionnelles au plan rhumatologique étaient une intolérance aux longs trajets en voiture et aux positions assises ou debout prolongées. Il a par ailleurs relevé qu'entendu dans le cadre de la réadaptation pour l'évaluation d'un projet de reprise professionnelle, l'assuré avait impressionné son interlocuteur par le fait qu'il doive continuellement se déplacer avec une canne et atteste présenter des troubles de la concentration liés à une consommation importante d'antalgiques (près de 300mg/jour de Tramal, sauf les 2 jours où il bénéficie d'un traitement de chiropractie). Le Dr R._____ estimait

que le rapport médical du Dr E. _____ n'apportait pas d'élément médical nouveau permettant de retenir une aggravation de l'état de santé de l'assuré et s'interrogeait sur l'utilité d'un traitement antalgique si important dans le cadre d'une affection réputée pour être résistante aux antalgiques majeurs, traitement effectivement susceptible d'occasionner des effets indésirables peu compatibles avec un travail demandant de la concentration tel que celui de l'assuré.

Le 7 mars 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision refusant le droit à une rente d'invalidité.

Le 3 mai 2007, l'OAI a indiqué à l'assuré que suite à son accord de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail, le projet de décision du 7 mars précédent était annulé et son dossier transmis à la division de réadaptation pour trouver une solution en vue d'une éventuelle mesure professionnelle.

L'assuré a suivi un stage d'observation/orientation au Centre de formation professionnelle de Pomy du 12 novembre 2007 au 15 février 2008. Le rapport de synthèse du 14 février 2008 indique que l'objectif du stage consistait à évaluer si une activité dans le secteur bureau-commerce paraissait inenvisageable et, le cas échéant, à proposer un projet professionnel tenant compte des limitations dues à l'atteinte à la santé. Dans leurs appréciations générales, les responsables du stage ont relevé que l'assuré avait participé activement à la démarche d'observation entreprise, montrant de la motivation et de l'intérêt à acquérir de nouvelles connaissances informatiques. Ils indiquaient qu'avec un taux d'activité défini de 100 %, le taux de présence de l'assuré était de 72,32 %, les absences étant justifiées par deux rendez-vous hebdomadaires chez son chiropraticien ainsi que par dix journées de maladie (crises de foie consécutive au traitement médicamenteux). Dans leurs conclusions, ils relevaient qu'une activité de l'assuré dans le domaine tertiaire ne leur semblait actuellement pas envisageable pour des raisons de santé, eu égard notamment à son impossibilité à assurer un taux de présence suffisant, au fait que par moment il n'était pas en état de répondre aux

exigences professionnelles (état confus, trous de mémoire etc.) et que, malgré l'utilisation d'une table réglable, il lui était indispensable d'alterner les positions et de quitter régulièrement sa place de travail pour marcher quelques minutes. Ils concluaient qu'une expertise médicale était nécessaire, en premier lieu afin de déterminer le taux d'activité exigible en tenant compte à la fois de son atteinte à la santé et des effets secondaires du traitement médical suivi ou en recherchant un autre traitement avec des effets secondaires moins lourds. Ils relevaient que les limitations de rendement observées dans le domaine bureau-commerce résultaient essentiellement des effets secondaires du traitement. Ils précisaient encore qu'une fois l'aspect médical réévalué, l'établissement d'un bilan de compétences complet, au-delà du seul domaine bureau-commerce, pourrait renseigner de façon précise sur le type de formation à entreprendre et sur le titre à obtenir afin de disposer du bagage professionnel nécessaire en vue d'une réinsertion réussie dans l'économie.

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique au SMR le 3 juin 2008 par le Dr M. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation. Dans son rapport daté du 4 juin 2008, celui-ci relevait que la médication de l'assuré consistait, outre la prise de Dafalgan et de fluoxétine, en 3 prises de 60 gouttes par jour de Tramal, 5 jours sur 7, plus du Durogesic Matrix® tous les 2 à 3 mois durant environ 2 semaines. Il faisait notamment état des éléments suivants :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- o LOMBOSCIATALGIES CHRONIQUES À BASCULE. M 54.46 SUR :
 - TROUBLE STATIQUE ET DÉGÉNÉRATIF.
 - DISCOPATHIE ÉTAGÉE AVEC PROTRUSION DISCALE L3-L4 ET IMPORTANTE HERNIE MÉDIANE-PARAMÉDIANE BILATÉRALE L4-L5.
 - DECONDITIONNEMENT MUSCULAIRE GLOBAL ET FOCAL (MUSCLES POSTURAUX, SANGLE ABDOMINALE).
 - RÉTRACTION DE LA MUSCULATURE ISCHIO-JAMBIÈRE.
- o TOXICODÉPENDANCE IATROGÈNE AUX DÉRIVÉS MORPHINIQUES AVEC EFFETS SECONDAIRES.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- o TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX NON INVALIDANT.

APPRECIATION DU CAS

Assuré âgé de 53 ans, n'exerçant plus d'activité professionnelle depuis février 2003 à la suite d'un licenciement économique dans un contexte de lombosciatalgies chroniques évoluant depuis 83-84.

Sur le plan professionnel, l'assuré est au bénéfice d'une formation de monteur électricien avec CFC, reconverti en 1984 en tant qu'agent d'assurances.

L'examen clinique de ce jour met en évidence un assuré en excellent état général, présentant un discours algique chronique centré sur le rachis lombaire avec irradiation au niveau des deux membres inférieurs.

L'examen clinique ostéo-articulaire ne met pas en évidence de limitation dans les amplitudes articulaires, hormis celle mise en oeuvre par une attitude contre-pulsive et antalgique de l'assuré.

Sur le plan neurologique, l'assuré décrit un phénomène d'hypoesthésie touchant tout le membre inférieur D, remontant sur l'abdomen avec phénomène de dysesthésie périnéale (symptomatologie ne répondant à aucun schéma anatomique reconnu). Sur le plan moteur, l'assuré met en oeuvre des phénomènes de lâchages antalgiques étagés touchant le membre inférieur D dans un contexte de trophicité musculaire conservée et symétrique. A signaler un déconditionnement musculaire global touchant la musculature posturale avec phénomène de rétraction musculaire de même qu'un relâchement de la sangle abdominale.

Les documents radiologiques mis à disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs avancés au niveau du rachis lombaire avec une hernie discale L4-L5 de localisation médiane paramédiane D au contact des racines L5 bilatérales plus important à D.

En conclusion, cet assuré présente un trouble dégénératif et statique du rachis lombaire associé à un déconditionnement musculaire sur longue période d'inactivité. Les atteintes objectives sur le plan ostéo-articulaire induisent des limitations fonctionnelles interdisant toute forme d'activité à fortes charges physiques ou nécessitant des positions statiques prolongées. Toute forme d'activité à caractère sédentaire, permettant les variations de position est théoriquement possible à un taux de 100 %. En relation avec un phénomène de blocage itératif et au vu des limitations fonctionnelles établies, une diminution de rendement de l'ordre de 25 % peut être retenue.

En raison d'effets secondaires induits par une toxicodépendance iatrogène aux dérivés morphiniques, et d'un déconditionnement musculaire global l'assuré présente une diminution de rendement, même dans une activité adaptée, de 50 % actuellement.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive. Pas de position statique au-delà de 1 heure, sans possibilité de varier les positions au minimum 2 x à l'heure, de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité sur terrain instable. Pas d'exposition à des machines outils réalisant des vibrations ou de l'exposition au froid prolongée.

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

Sur la base de l'anamnèse fournie et des documents mis à disposition au dossier médical, des incapacités de travail sont attestées sur le plan médical depuis septembre 2003.

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

Son activité habituelle d'agent d'assurances, étant une activité facilement adaptable aux limitations fonctionnelles, nous estimons que l'assuré présente une diminution de rendement de 20 % évoluant depuis septembre 2003.

Concernant la capacité de travail exigible,

Toute forme d'activité qui respecte les limitations fonctionnelles est possible à un taux de 100 % avec une diminution de rendement de l'ordre de 25 % en relation directe avec les phénomènes de blocages itératifs et des limitations fonctionnelles retenues.

Actuellement, en raison des effets secondaires induits par une toxicodépendance iatrogène aux dérivés morphiniques, l'assuré présente une diminution de rendement globale de 50 %.

Après période de sevrage et de reconditionnement musculaire à l'effort, l'assuré présenterait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20 % liée aux troubles ostéo-articulaires présentés.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle : 50 %

Dans une activité adaptée : 50 % depuis fin 2007"

Dans un avis SMR du 17 juin 2008, le Dr T. _____ indiquait que le rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr M. _____ était probant et pouvait être suivi dans ses conclusions.

A la demande de l'OAI, le Dr E. _____ a produit un rapport médical le 3 décembre 2008, dans lequel il relevait notamment que l'activité exercée habituellement n'était plus exigible et que le rendement était réduit en raison de "l'impossibilité de réaliser les actes exigés au travail en raison de l'impossibilité de maintien des positions".

L'assuré a suivi un stage aux Etablissements publics pour l'intégration à Genève (ci-après : EPI) du 13 mai au 11 juin 2009 avec un horaire de travail de 20 heures par semaine. Dans leur rapport de synthèse du 16 juin 2009, les responsables des EPI ont conclu à la possibilité pour l'assuré de réintégrer le circuit économique normal ordinaire. Selon leurs observations, sa capacité de travail est partielle (rendement de 75 % sur un mi-temps); les orientations retenues sont : employé de bureau, réception, administration. Ils ont relevé que les effets secondaires du traitement médical de l'assuré (nausées, vomissements, baisse de la concentration) avaient une influence sur son rythme de travail et nécessitaient une souplesse dans l'organisation et dans les horaires de travail.

Dans un avis SMR du 2 juillet 2009, le Dr F._____ indiquait qu'il n'y avait pas de nouvel élément médical justifiant de modifier l'appréciation du SMR, qui s'appuie sur un examen SMR du 4 juin 2008. Il relevait que le traitement antalgique de base était resté identique et que, dans son rapport médical du 3 décembre 2008, le médecin traitant mentionnait une évolution stable et l'absence de restrictions mentales ou psychiques. Le Dr F._____ concluait que, comme mentionné par "notre spécialiste lors de l'examen", une meilleure prise en charge permettrait même d'augmenter la capacité de travail.

Dans un avis SMR du 6 novembre 2009, le Dr T._____ indiquait avoir pris contact avec le Dr E._____ ce jour-là, qui lui a précisé que le Tramal avait été prescrit à l'assuré depuis au moins 2002, à la dose de 300mg/j depuis au moins juin 2006, que le Durogesic avait été prescrit pour quelques semaines en lieu et place du Tramal, pour juin 2007/décembre 2007/avril, juin et août 2008/enfin août 2009 et qu'il n'y avait jamais eu de prescription de morphine. Il concluait qu'on pouvait en déduire qu'en juin 2007 au moins, l'assuré présentait des effets secondaires à la thérapie antalgique.

Par projet de décision du 3 février 2010, l'OAI a alloué à l'assuré un quart de rente à compter du 1^{er} juillet 2007, puis trois-quarts de rente dès le 1^{er} octobre 2007. La motivation en était la suivante :

Résultat de nos constatations

- Depuis le septembre 2003 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de votre mandant est considérablement restreinte.

(...)

- Les renseignements médicaux en notre possession mettent en évidence une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que : pas de longs parcours en voiture (plus d'une demi-heure), position statique du corps assis ou debout sans changement possible 2 x/heure, M. J._____ conserve une capacité de travail de 100 %.

- Suite à sa contestation à l'encontre de notre préavis de refus, un stage d'évaluation- observation, secteur tertiaire, est mis en place auprès de l'Orif de Pomy, de novembre 2007 à février 2008. Il ressort des constatations du stage que votre mandant ne pouvait pas travailler dans le secteur tertiaire en raison de son atteinte à la

santé, malgré l'utilisation d'une table réglable, indispensable pour alterner les positions.

- Vu ce qui précède, nous avons demandé de nouveaux renseignements médicaux et afin de compléter ces renseignements, un examen clinique rhumatologique est réalisé en juin 2008 auprès du Service médical régional AI.

- Il ressort des observations médicales que la capacité de travail est de 50 % dans son ancienne activité. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % (en raison des blocages lombaires itératifs), mais de 50 % (en lien avec les effets délétères de la toxicodépendance aux dérivés morphiques), et ce, depuis fin 2007, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive; pas de position statique au-delà de une demi-heure, sans possibilité de varier les positions au minimum 2 x à l'heure, de préférence à sa guise; pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité sur terrain instable; pas d'exposition à des machines outils réalisant des vibrations ou de l'exposition au froid prolongée.

- Votre mandant a été informé en juillet 2008 des conclusions médicales lors d'un entretien avec la conseillère en réinsertion professionnelle, puis un nouveau stage est organisé au sein des EPI afin de faire un bilan de compétences complet au-delà du seul domaine bureau-commerce, et préciser la formation à entreprendre ou l'activité que pouffait exercer M. J._____.

- Durant cette mesure, un stage dans le domaine administratif a pu être trouvé à l'Etat de Vaud au sein du service de l'enseignement spécialisé et d'appui à la formation, et la mesure est prolongée jusqu'à mi-juin 2009.

- Au terme de la mesure aux EPI, les orientations retenues sont des activités dans le domaine commercial (employé de bureau, réception) et les conclusions du stage font ressortir que votre mandant est apte à travailler à 50 %, mais avec un rendement estimé à 75 %. L'opportunité d'effectuer un stage en tant qu'assistant administratif au service spécialisé et de l'appui à la formation à l'Etat de Vaud a permis de démontrer un très bon engagement de votre mandant dans un poste de travail compatible avec ses compétences, jugées bonnes. Malheureusement, l'état de santé de votre mandant n'a pas permis d'assurer de manière régulière ce stage.

- Votre mandant a rencontré à nouveau la conseillère en réinsertion professionnelle et après avoir eu connaissance des faits ci-dessus, il sollicite une aide au placement, laquelle est accordée selon notre communication du 20.08.2009.

- Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 86'468.65 (moyenne des salaires réalisés de 1992 à 1997; indemnités de l'assurance chômage pendant quelques années, votre mandant aurait donc pu percevoir un salaire moyen de CHF 76'229.40, lequel salaire est indexé à 2007), revenu devant être comparé au revenu invalide de CHF 33'385.- à 50 % (employé de bureau selon la SEC).

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité CHF 86'468.65

avec invalidité CHF 33'385.00

La perte de gain s'élève à CHF 53'083.65 = un degré d'invalidité de 61.39 %

- En tenant compte d'une diminution de rendement dans une activité adaptée de 20 % depuis fin 2007, le préjudice s'élève à 38.2 % avant l'aggravation, puis de 61 % dès le mois de juin 2007. Ainsi, à l'invalidité moyenne, votre mandant présente une incapacité de travail moyenne de 40 % au moins durant une année, c'est à partir de juillet 2007 que son droit à un quart de rente est ouvert (11 mois à 38.2 % et 1 mois à 61.3 %), puis aux trois quarts de rente, trois mois après aggravation, soit en octobre 2007."

Par décision du 12 juillet 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 3 février précédent accordant à l'assuré un quart de rente à compter du 1^{er} juillet 2007, puis trois-quarts de rente dès le 1^{er} octobre 2007. Il a repris la motivation dudit projet de décision.

B. Par acte du 12 août 2010 de son conseil Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, J. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision de l'OAI du 12 juillet précédent. Il conclut principalement à la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée depuis le 1^{er} septembre 2003. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision entreprise, le dossier de la cause étant renvoyé à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Faisant valoir que l'évaluation médicale à laquelle a procédé le SMR est en contradiction avec les avis médicaux des médecins traitants, ce qui induit un doute sur la fiabilité du médecin de l'assurance (TF, 8C_216/2009 arrêt du 28 octobre 2009), il requiert un complément d'instruction, soit la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire (rhumatologique et neurologique) afin que soit déterminée la capacité de travail résiduelle exigible.

Dans sa réponse du 7 octobre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant notamment ce qui suit :

"Dans son recours, l'intéressé nous fait grief en substance d'avoir omis de prendre en compte le rendement limité de 75 %, attesté dans le rapport d'observation professionnelle de l'EPI du 16 juin 2009 et de nous être basés sur le rapport d'examen clinique du SMR du 4 juin 2008 pour statuer sur le droit aux prestations et le début du droit, rapport d'examen qu'il considère comme n'ayant pas valeur probante.

Nous ne sommes pas d'accord avec ces griefs pour les raisons suivantes :

Nous rappelons en premier lieu que, selon une jurisprudence constante, les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur un marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe, supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin, à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (arrêt du TF I 531/04 consid. 4.2 du 11 juillet 2005).

En l'espèce, même si nous avons mis en oeuvre une évaluation professionnelle, nous avons donné la préférence aux évaluations médicales dont nous disposons, et en particulier l'avis du Dr M._____, auquel nous persistons à reconnaître pleine valeur probante.

Dit rapport d'examen clinique conclut à une capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée (étant précisé une pleine capacité de travail, avec un rendement de 50 %).

L'assuré estime que nous devrions imputer une baisse de rendement de 25 % supplémentaire à la pleine capacité de travail avec 50 % de rendement retenue. Cela n'a pas de sens, puisque cette façon de procéder consisterait à additionner les éléments en faveur de l'assuré provenant de deux évaluations différentes, l'une étant une observation professionnelle, l'autre étant un avis médical. De plus, nous avons déjà pris en considération une baisse de rendement de 50 % sur la pleine exigibilité retenue, et il est dès lors faux de considérer que nous avons fixé la capacité de travail à 50 %, sans diminution de rendement, à laquelle le recourant voudrait précisément que nous imputions une baisse de rendement de 25 %. Pour le surplus, nous renvoyons à la décision attaquée."

Dans sa réplique du 10 décembre 2010, le recourant a maintenu ses conclusions en relevant notamment ce qui suit :

"Cet organisme [réd. : l'OAI] expose en premier lieu que s'il a mis en oeuvre une évaluation professionnelle, il a néanmoins donné la préférence aux évaluations médicales dont il disposait, soit l'avis du Dr M._____, auquel il persiste à reconnaître pleine valeur probante.

C'est le lieu de rappeler que, comme le Tribunal fédéral l'a récemment rappelé (arrêt TF du 27 juillet 2010 — 9C_104/2010), les rapports d'examens réalisés par le SMR ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. A cet égard, on rappellera également (cf. à ce propos, notamment, l'ATF 125V 351 consid. 3b/bb p. 353) que, s'agissant des rapports effectués par les services médicaux internes des assurances, s'il existe le moindre doute quant à la fiabilité et la

pertinence des constatations faites, il convient de procéder à des clarifications complémentaires.

Dans la présente espèce, nous avons longuement indiqué pour quels motifs cette expertise rhumatologique (effectuée par un praticien dont nous ne savons pas s'il a un titre FMH de rhumatologue) ne pouvait emporter la conviction (cf. notre recours, p. 10 et 11). En particulier, le rapport d'examen du SMR du 3 juin 2008 retient péremptoirement que M. J._____ serait apte à travailler, y compris dans son ancienne activité, à un taux de 50 %, ce depuis fin 2007, alors que cette allégation, une fois encore nullement étayée par l'examineur, est très clairement contredite par les rapports médicaux probants établis, à la demande de l'office AI d'ailleurs, par divers spécialistes (cf., en particulier, rapports du Dr Q._____, sur le plan rhumatologique, et du Dr P._____, sur le plan neurologique), qui ont tous deux attesté d'une pleine incapacité de travail (cf. à ce propos pièces 2 et 3).

(...)

Il faut ajouter à cela que, comme dit ci-dessus, l'Office AI admet avoir préféré au rapport d'évaluation professionnel l'évaluation médicale de son SMR. Là encore, il ne paraît pas inutile de rappeler à l'autorité de céans la récente jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF du 4 juillet 2008 — 9C_833/2007, reproduit en partie dans Plaidoyer 1/09 p. 71 et ss.), arrêté dans lequel notre Cour suprême a critiqué une pratique, des tribunaux notamment, qui omettait de prendre en compte les rapports d'évaluation professionnelle disponibles, en se basant sur la seule «expertise».

Le Tribunal fédéral estime à cet égard que, certes, l'évaluation définitive des capacités fonctionnelles incombe aux médecins et non aux spécialistes d'orientation professionnelle ou de réadaptation professionnelle, mais que, eu égard à la collaboration entre les médecins et les spécialistes d'orientation professionnelle qui, selon la jurisprudence, doit être étroite et complémentaire, l'on ne peut toutefois dénier toute pertinence en matière d'appréciation de la capacité résiduelle de travail à une évaluation axée concrètement sur le rendement.

Cette jurisprudence trouve manifestement à s'appliquer dans le cas d'espèce, dès lors que, une fois encore, une évaluation professionnelle concrète a été effectuée, qui fait ressortir des incapacités invalidantes attestées par tous les médecins qui ont examiné le recourant, hormis bien entendu l'appréciation des examinateurs de l'Office AI soit plus précisément de son SMR.

Aussi, c'est manifestement à tort que l'Office intimé a écarté péremptoirement le rapport d'observation professionnel motivé des EPI.

A ce dernier égard, l'Office AI expose que le taux d'exigibilité retenu (50%) prend déjà en compte l'incapacité de rendement.

C'est inexact.

Le rapport des EPI atteste en effet sans l'ombre d'une ambiguïté que la capacité de travail exigible de M. J._____ est de 50 %, avec un rendement de 75 % (cf. pièce 13, qui fait état, en première page, d'«un rendement de 75 % sur un mi-temps»).

C'est ainsi une capacité résiduelle maximum de 37,5 % qu'il y aurait eu lieu de tenir compte dans la présente espèce et ainsi retenir un revenu résiduel de frs. 25'038.75 (frs. 33'385.- x 75 %)."

Dans sa duplique du 17 janvier 2011, l'intimé a maintenu ses conclusions.

C. Par courrier du 8 février 2011, le juge instructeur a informé les parties qu'il estimait nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire, rhumatologique et neurologique, qu'il envisageait de confier aux I._____. Il précisait qu'il appartiendrait en substance aux experts d'éprouver la capacité résiduelle de travail de l'assuré, respectivement son rendement effectif dans le cadre de cette capacité, au regard des conclusions du SMR d'une part, de celles du centre d'évaluation professionnelle d'autre part.

Le 21 février 2011, l'OAI a produit son questionnaire à l'intention des experts. Le recourant a fait de même le 23 février 2011.

Les experts ont produit leur rapport le 16 novembre 2011, signé des Drs B._____, G._____ et H._____, respectivement médecin adjoint, cheffe de clinique et médecin interne auprès de l'Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des I._____. Ils indiquent que leur appréciation est basée sur le dossier médical de l'assuré, complété par leurs soins, l'anamnèse et l'examen clinique pratiqué par les Drs G._____ et H._____, les tests réalisés par la physiothérapeute ainsi que l'anamnèse, l'examen clinique et l'examen électro-neuro-myographique (ENMG) réalisés par les Drs X._____ et S._____, respectivement médecin interne et médecin adjoint agrégé auprès du Service de neurologie des I._____. Au point 1.3 (anamnèse professionnelle et sociale), les experts relèvent notamment ce qui suit :

"(...) Son premier épisode de blocage lombaire remonte à 1982, alors qu'il travaille pour cette entreprise [réd.: comme monteur-électricien] sur le chantier du Z._____. Il passe de longues heures debout sur une échelle, en hyperextension, afin de poser les luminaires dans les faux-plafonds. Il consulte son médecin traitant de l'époque (...), qui organise des investigations au Z._____ (les résultats ne sont pas en notre possession), et le met sous traitement anti-inflammatoire de type AINS, sans effet. Il est en arrêt de travail à 100% pendant environ 2 ans, pendant lequel il consulte régulièrement un chiropraticien. Il décrit une nette diminution des douleurs pendant 24h après les manipulations, mais celles-ci

récidivent systématiquement. Il passe la plupart de la journée en décubitus latéral, qui est sa position antalgique. Pendant l'arrêt de travail, il souffre d'une dépression, traitée par des antidépresseurs prescrits par son médecin traitant.

Après 1 an ½ d'arrêt de travail, l'AI le contacte et lui propose une reconversion en tant que dessinateur-électricien. Il refuse cette proposition, car ne se sent pas capable d'effectuer ce travail qui nécessite d'être assis à un bureau toute la journée. En effet, ses douleurs sont nettement exacerbées dans cette position ainsi qu'en position debout statique. Il décide alors de se reconvertir par lui-même et conseiller en assurances et trouve du travail chez [...] en 1984. Ce travail consiste principalement à aller voir des clients en voiture à leur domicile et présente l'avantage de pouvoir aménager les horaires. Ainsi, Monsieur J. _____ peut décider en fonction de ses douleurs lombaires, à quel moment il effectue son travail. Il continue toujours en parallèle à consulter son chiropraticien et se fait conduire par son épouse au travail lorsque les douleurs ne lui permettent pas de conduire.

En 1997, il fait une rechute brutale avec des douleurs intenses au niveau lombaire entraînant un blocage. Il prend du Tramal® et des infiltrations lombaires d'anti-inflammatoires sont pratiquées, sans bénéfice antalgique. Il participe à l'école du dos à l'hôpital [...], décrivant un effet défavorable, puisqu'il a l'impression que ses douleurs sont péjorées par ce traitement.

En 1998, il est en arrêt de travail à 100 % pendant 6 mois, et présente un épisode dépressif traité par antidépresseurs. A son retour au travail, il est licencié pour restructuration économique. Cependant, Monsieur J. _____ est convaincu que ce licenciement est en lien avec son arrêt maladie. Il s'en suit une période de chômage de 2 ans jusqu'en 2000. En 1999, il décide d'une nouvelle reconversion professionnelle et obtient la patente de cafetier/restaurateur. Il pense que ce travail lui permettra d'être plus autonome et de ne pas être en position assise ou debout statique. Toutefois, il doit quitter ce travail en 2001, en raison de journées trop longues (16h de présence/jour) et d'un faible intérêt financier, puisqu'il doit fréquemment faire recours à des remplaçants lorsque ses douleurs lombaires l'empêchent d'aller travailler.

En 2001, le patient retrouve un travail de délégué pour la Suisse Romande auprès de la [...], pendant lequel il n'est jamais en arrêt de travail. Selon lui, cette situation est en lien avec un effort particulier de sa part, plutôt qu'une amélioration de son état de santé. Après 1 année, il est licencié pour arrêt d'activité de l'entreprise et est donc à nouveau au chômage dès fin 2001. Il ne retrouve pas de travail et en 2004 passe à l'aide sociale. En fin 2004, il entreprend les premières démarches pour une demande d'AI (...)."

Au point 1.4 (Anamnèse systématique, habitudes), ils indiquent qu'actuellement, le recourant prend notamment comme médicaments 40 mg/jour de Fluoxetin, 2 comprimés de 200 mg par jour de Tramal® et du Durogesic patch Matrix® à raison d'une fois tous les 3 jours en réserve (consommation de patches durant quelques semaines par an). Au point 2 (Plaintes et données subjectives), les experts rapportent les propos du recourant en ces termes :

"(...) concernant l'intensité, il cote à 5/10 ses douleurs sur une échelle visuelle analogique avec un traitement par Tramal 200 mg 2 à 3 x/jour (doses en légère augmentation par rapport aux années précédentes (en 2008 : Tramal 60 gouttes 3x/j 5j/7, soit 3x150 mg) et Durogésic patch. (...)"

Le rapport d'expertise retient en outre notamment les éléments suivants :

"4) Diagnostics :

4.1) Avec répercussion sur la capacité de travail

- Lombalgies chroniques invalidantes mais non déficitaires sur :
 - Troubles statiques et dégénératifs.
 - Discopathie étagée avec protrusion discale L3-L4 et hernie médiane-para-médiane bilatérale L4-L5.
 - Rétraction des chaînes musculaires postérieure et antérieure.
- Déconditionnement musculaire global et focal, des muscles posturaux et de la sangle abdominale.
- Toxicodépendance iatrogène aux dérivés morphiniques avec effets secondaires «centraux» prononcés.
(...)

5) Appréciation et pronostic

(...)

L'examen clinique de ce jour met en évidence un patient présentant un état général conservé, sans limitation des amplitudes articulaires des membres; le rachis lombaire est lui fortement limité et enraidit, avec un syndrome lombo-vertébral, et une irradiation douloureuse décrite au niveau des 2 membres inférieurs, prédominant à droite, sans troubles neurologiques associés. Le tonus musculaire du tronc est fortement augmenté alors que la sangle abdominale est relâchée. On note un déconditionnement physique global et musculaire local, avec quelques légers troubles de l'équilibre en statique et en dynamique.

Les rapports radiologiques mis à disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs avancés au niveau du rachis lombaire avec une hernie discale L4-L5 de localisation médiane- para-médiane droite au contact des racines L5 bilatérales.

L'ENMG effectué par le Docteur S. _____ le 19.09.2011 n'est pas contributif. Il n'y a pas de signe d'atteinte radiculaire des membres inférieurs, aigu ou chronique.

Enfin, le patient est gêné dans ses activités de la vie quotidienne par les effets secondaires de son traitement antalgique. Il se plaint de troubles de la concentration lors de la discussion avec autrui ou lors de la lecture, de troubles mnésiques, de vertiges, et d'épisodes de somnolence, associés à des nausées itératives et parfois des vomissements.

En conclusion, Monsieur J. _____ présente des lombalgies chroniques invalidantes dans le cadre d'un trouble dégénératif du rachis lombaire associé à un déconditionnement musculaire et physique important.

Les lombalgies chroniques risquent de perdurer au vu de la durée des plaintes et de l'intensité des douleurs. Le faible score (27/42) au Fear Avoidance Belief Questionnaire reflète son attitude de peur face au travail, ce qui n'est pas de bon pronostic. Etant donné le caractère chronique de la pathologie, il est hautement probable que

le patient doit continuer son traitement morphinique sur le long terme avec comme conséquence la poursuite des effets secondaires déjà décrits.

Le déconditionnement physique important, s'il n'est pas amélioré, risque de participer de plus en plus à la chronicité de sa pathologie. Dans ce contexte, le déconditionnement musculaire important du tronc pourrait être amélioré par diverses prises en charge incluant un enseignement spécifique d'étirements musculaires (stretching), des thérapies de type Mézières, Pilates ou alors la participation à un programme spécifique dos type «Prodige», tel qu'effectué à Genève. Une kiné-balnéothérapie pourrait également être envisagée. Enfin une thérapie par hypnose pourrait être testée chez ce patient avec un trouble somatoforme douloureux, ainsi qu'une certaine ouverture d'esprit concernant les nouvelles thérapies.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1) Limitations en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Au terme de l'évaluation, nous retenons des limitations quant au port de charges (pas de port de charge supérieur à 5 kg de façon répétitive), au travail en position debout ou assise prolongée, au travail en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis, au travail exposant à des machines ou outils réalisant des vibrations ou au froid prolongé. Par ailleurs, il convient que Mr J._____ puisse effectuer des changements de position fréquents au minimum 2 x/heure.

Au plan psychique et mental

Patient à risque de par la chronicité des douleurs à développer des épisodes dépressifs récurrents. De plus, le traitement morphinique induit des effets secondaires (tels fatigue accrue, vertiges, céphalées, troubles de la concentration, troubles mnésiques, et somnolence) qui sont à prendre en considération dans un emploi futur. Ainsi, un emploi impliquant un travail administratif trop conséquent en termes de volume (exigeant un niveau important de concentration) ou de responsabilités n'est pas envisageable.

Au plan social

En raison de ses troubles physiques, l'expertisé n'est pas en mesure d'assumer des relations soutenues et prolongées dans des activités de groupes, telles que réunions ou colloques. Bien que Mr J._____ conduise encore occasionnellement, un emploi nécessitant des trajets réguliers en voiture est à proscrire.

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

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

Les troubles susmentionnés empêchent l'expertisé de rester en positions statiques prolongées, de se déplacer en voiture sur des trajets supérieurs à 15 minutes, d'effectuer des travaux de manutention même légers, de rester concentré de manière prolongée et de s'adapter à l'environnement habituel d'un employé de bureau, tant du point de vue relationnel que de celui des exigences professionnelles.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Selon notre évaluation fondée sur l'anamnèse, l'examen clinique et neurologique, ainsi que sur les différents tests effectués, une capacité résiduelle de travail d'au maximum 50 %, respectant les limitations susmentionnées, nous semble exigible. Principalement en raison des effets secondaires dus à son traitement antalgique, le rendement de travail est réduit de 25% également. Une flexibilité

dans les horaires de travail et éventuellement dans les jours de travail paraît nécessaire afin de s'adapter aux différentes crises douloureuses du patient.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure?

Oui, selon les limitations et la capacité résiduelle actuelle susmentionnées.

L'activité exercée jusqu'ici est encore exigible si l'on tient en compte des limitations décrites et que des adaptations nécessaires à sa prochaine activité professionnelle. Un rythme de travail de 4 heures est raisonnablement envisageable dans les conditions décrites ci-dessus. Une activité, à caractère sédentaire, permettant des changements de position fréquents est certainement théoriquement très adaptée. Néanmoins, la dépendance aux dérivés morphiniques induisant des effets secondaires handicapant pour le patient, sa capacité d'adaptation aux contraintes professionnelles et environnementales dans un nouveau travail paraît clairement altérée. (cf point C.1 ci-dessous).

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

Une diminution de rendement de 25 % telle que proposée et préconisée lors de l'évaluation professionnelle de l'expertisé il y a quelques mois, nous paraît raisonnable, étant donné sa pathologie lombaire et les effets secondaires dus à son traitement antalgique.

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

Sur la base de l'anamnèse fournie et des documents mis à disposition au dossier médical, une incapacité de travail d'au moins 20 % est attestée depuis septembre 2003.

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

Au vu du caractère évolutif de l'atteinte, une quantification de l'évolution de l'incapacité de travail n'est pas réalisable à posteriori. On peut, par contre raisonnablement admettre, selon les rapports médicaux établis, qu'une incapacité de 50 % perdure depuis cette date (septembre 2003).

3) En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Monsieur J._____ présente les capacités à s'adapter à son environnement professionnel si ce dernier respecte les limitations émises au point B. 1). Sans le respect de ces dernières, il est évident que l'assuré ne réussira pas à assumer pleinement toute nouvelle activité professionnelle.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptations professionnelles sont-elles envisageables?

A 56 ans, avec les plaintes et les limitations en lien avec la pathologie lombaire, associées aux effets secondaires de sa médication antalgique, une réadaptation professionnelle nous paraît peu envisageable. Outre ses problèmes physiques, le patient devrait apprendre et intégrer les notions d'une nouvelle activité professionnelle, ce qui est difficilement envisageable en raison des troubles mnésiques et de concentration.

1.2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Oui, dans une mesure probablement assez faible.

2.1 Si oui, par quelles mesures?

En améliorant la condition physique et musculaire de l'expertisé. Pour ce faire, diverses prises en charge de médecine physique pourrait être entreprises: enseignement spécifique d'un programme d'étirements musculaires (stretching), thérapies de type Mézières, Pilates ou programme type «Prodige» au niveau du dos tel qu'effectué à Genève. La balnéothérapie pourrait également être envisagée pour travailler le reconditionnement physique global. Enfin l'hypnose clinique, à but antalgique, pourrait être testée chez ce patient avec des troubles dépressifs, un trouble somatoforme douloureux, et une certaine ouverture d'esprit concernant des thérapies nouvelles.

2.2. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

L'influence de ces mesures sur la capacité de travail est difficilement prévisible à l'heure actuelle, sachant que le patient n'a plus retravaillé depuis 2003.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et à quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Toute activité sédentaire, en accord avec le respect des limitations décrites au point B. 1) et les différentes adaptations décrites au point B. 2.2) pourrait être envisageable.

A noter que nous n'avons pas de nouvelle activité professionnelle à proposer dans ce cadre.

(Monsieur J. _____ lui-même non plus d'ailleurs).

3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée?

Avec la même capacité de travail résiduelle que mentionnée au point B 2.2.)

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

Oui, de 25 %.

3.4. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Ne s'applique pas."

Par déterminations du 22 décembre 2011, l'OAI a requis un complément d'expertise en se référant à l'avis médical du SMR du 7 décembre 2011, dont il a produit copie. Il a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. L'avis SMR du 7 décembre 2011 du Dr T. _____ relève notamment ce qui suit :

"Les experts admettent une capacité résiduelle maximum de 50 % en toute activité adaptée depuis 2003; ils estiment que les effets secondaires de l'antalgie justifient une diminution de rendement de 25 %, mais ne disent pas depuis quand. Or nous avons admis une aggravation en 2007, justement en lien avec les effets secondaires de l'antalgie, car c'est cette année là que les doses de dérivés morphiniques ont été sérieusement augmentées. **Remarque importante** : en date du 06.11.2009 j'ai rendu un avis médical, précisant, sur la base de l'entretien téléphonique que j'avais eu ce

même jour avec le Dr E. _____, médecin traitant, que l'on pouvait retenir que l'assuré présentait des effets secondaires à la thérapie antalgique depuis juin 2007; il s'agit bien malheureusement "d'une erreur de plume", puisqu'il aurait fallu prendre en compte juin 2006 période à partir de laquelle Monsieur J. _____ consommait 300mg/j de Tramadol, dose massive susceptible d'engendrer les effets secondaires justifiant une diminution de rendement. Nous aurions ainsi dû admettre l'aggravation à partir de juin 2006 (et pas avant) par le biais de la diminution de rendement de 50 % justifiée, selon le Dr M. _____, par les effets secondaires de l'antalgie.

Comparé au rapport du Dr M. _____ de 2005, celui des experts aux I. _____ en 2011 n'apporte pas d'élément médical nouveau, en particulier pour : l'évaluation des douleurs / le résumé de la vie quotidienne / l'examen clinique / les limitations fonctionnelles. En revanche, l'exigibilité médicale est notoirement différente de celle admise par le SMR : malheureusement les experts ne motivent aucunement leur point de vue, ce qui est bien regrettable, puisque c'est là précisément l'un des reproches formulé par M^e Hofstetter à l'endroit du Dr M. _____.

En 2005, le Dr M. _____ relevait la présence de 14/18 points selon Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgique associés à 5/5 signes selon Waddell en faveur d'un processus non organique. En 2011, aucun de ces éléments n'est signalé et de fait on ignore s'ils ont été recherchés.

Malgré l'annonce du trouble somatoforme en 2008 et en 2011, une expertise psychiatrique n'a pas réalisée ni en 2008 ni en 2011. Cependant on trouve au dossier le rapport d'expertise psychiatrique des I. _____ de décembre 2005 qui retenait comme non invalidants le trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, et le syndrome somatoforme douloureux persistant (remarque : le syndrome somatoforme n'avait pas été traité selon les exigences juridiques en vigueur).

Les experts répondent à la question (3 en p. 10) de savoir si "en raison des troubles psychiques, l'assuré..." : en l'absence d'expertise psychiatrique ou d'avis psychiatrique dûment étayé, ce n'est a priori pas aux experts somaticiens de répondre à cette question.

Conclusions : les rapports d'expertise des I. _____ 2011 n'apportent aucun élément médical nouveau. Aucune aggravation ne peut être retenue. L'exigibilité admise depuis 2003 est différente de celle précisée par le SMR, mais cette différence d'appréciation de la CT n'est aucunement discutée. Il est évidemment indispensable que les experts soient spécifiquement interrogés, puis motivent clairement et en détail pour quelles raisons médicales ils s'écartent de l'appréciation du SMR. A défaut, nous estimons que ces expertises 2011 ne sont pas probantes. Quant au problème du syndrome somatoforme, nous laissons au juge le soin de se prononcer sur la nécessité de compléter l'instruction par une expertise psychiatrique."

Par écriture du 4 janvier 2012, le conseil du recourant a notamment relevé que selon les conclusions de l'expertise, la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de son mandant était de 50 % et que, dès lors que son rendement de travail devait encore être réduit de 50 % en raison des

effets secondaires dus au traitement antalgique, la capacité de travail résiduelle exigible était en définitive de 25 %. Partant, il a déclaré confirmer ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2003. Observant que les experts attestaient que l'incapacité de travail de 50 % perdurait depuis le mois de septembre 2003, il admettait qu'on pourrait le cas échéant faire courir le droit à l'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2004, soit après le délai d'attente d'une année.

Le 23 août 2012, le recourant a indiqué qu'il ne s'opposait pas aux mesures d'instruction complémentaires requises. Il a requis que "l'interpellation des experts des I. _____ se fasse de façon objective", en faisant valoir que l'avis du SMR était dissident dans la présente cause et qu'il ne reflétait pas une vérité scientifique à l'encontre de laquelle les experts des I. _____ devraient être amenés à se justifier.

Par courrier du 28 janvier 2013, le juge instructeur a requis des experts des I. _____ un complément d'expertise en ces termes :

"(...) dans ce dossier complexe compte tenu de la genèse lointaine et de l'évolution des atteintes à la santé en question, il est requis que vous apportiez de plus amples précisions quant à l'évolution de l'incapacité de travail de l'assuré dans le temps, en particulier la question de fixer, au degré de la vraisemblance, le début de l'incapacité de travail de 50 %, avec rendement encore diminué de 25 %, que vous reprenez dans vos conclusions.

Sur le plan psychiatrique, il vous est reproché de ne pas avoir mandaté un spécialiste compte tenu des troubles présentés par l'intéressé, en particulier compte tenu du diagnostic de trouble somatoforme. Toutefois, on observe que tous les médecins interpellés s'accordent à reconnaître que la problématique psychique (dépression) est en rémission, respectivement qu'elle n'a pas d'impact sur la capacité de travail. L'OAI comme l'assuré en conviennent. Aussi, nous renonçons à mettre en oeuvre une expertise sur ce plan.

Par contre, sur le plan somatique, l'OAI, qui souhaite que vous motiviez le fait de vous être écarté des conclusions de son SMR, estime que le taux d'incapacité de travail précité ne peut être retenu qu'à compter de juin 2006, période correspondant à l'aggravation tenant au traitement à base de morphine. L'assuré estime quant à lui que ce taux de capacité de travail résiduelle exigible de 25 % perdure depuis septembre 2003.

Je vous saurais gré de bien vouloir me faire savoir ce que ces écritures appellent comme commentaires de votre part. En particulier, compte tenu de la nécessité, pour trancher le litige, de

cerner la mesure de la capacité de travail exigible et son évolution dans le temps, il nous serait utile de disposer à cet égard d'une appréciation plus circonstanciée de votre part."

Le 14 octobre 2013, les Drs B._____ et G._____ ont déposé un complément à leur rapport d'expertise, qui relève notamment ce qui suit :

"1) Vous nous demandez d'estimer le début de l'incapacité de travail à 50 % de Mr J._____.

Pour rappel, selon notre rapport de 2011, il s'agit d'un patient de 56 ans, n'exerçant plus d'activité professionnelle depuis 2001 à la suite d'un licenciement économique dans un contexte de lombosciatalgies chroniques invalidantes, évoluant depuis 1982.

Sur la base de l'anamnèse fournie et des documents mis à disposition au dossier médical (documents qui ne sont plus en notre possession à l'heure actuelle), une incapacité de travail d'au moins 20 % est attestée depuis septembre 2003 (cf. question 2.5, page 10 de notre expertise).

Comme dit dans notre rapport, au vu du caractère évolutif de l'atteinte, une quantification de l'évolution de l'incapacité de travail n'est pas réalisable a posteriori, et nous maintenons cet avis.

Néanmoins, vous nous demandez de fixer au degré de vraisemblance le début de l'incapacité de travail de 50 % avec rendement diminué de 25 %. Nous maintenons également les conclusions de notre expertise "On peut, par contre raisonnablement admettre, selon les rapports médicaux établis, qu'une incapacité d'au moins 50 % perdure depuis cette date (sept 2003)." En fait, selon nous, puisque le patient n'a pas repris d'activité professionnelle depuis 2001, il est difficile de dire à partir de quand exactement il pourrait encore travailler à 50 % et il aurait fallu avoir une évaluation fin 2003 pour pouvoir l'affirmer avec certitude.

Nous allons tenter malgré tout de justifier notre position.

Pour rappel, Monsieur J._____ est titulaire d'un CFC de monteur électricien obtenu en 1974 ; il réalise une première reconversion professionnelle en tant qu'agent d'assurance en 1984 puis une 2^{ème} reconversion en tant que cafetier-restaurateur en 2000. Toutefois, il doit quitter ce travail en 2001, en raison de journées trop longues puisqu'il doit fréquemment faire recours à des remplaçants lorsque ses douleurs lombaires l'empêchent d'aller travailler. En 2001, le patient retrouve un travail de délégué pour la Suisse Romande auprès de la [...], pendant lequel il n'est jamais en arrêt de travail. Selon lui, cette situation est en lien avec un effort particulier de sa part, plutôt qu'une amélioration de son état de santé. A noter également que cet emploi lui permet d'aménager son temps de travail en fonction de ses douleurs et de lui octroyer des pauses si nécessaire. Après 1 année, il est licencié pour arrêt d'activité de l'entreprise et est donc à nouveau au chômage dès fin 2001. Il ne retrouve pas de travail et en 2004 passe à l'aide sociale. Il entreprend les premières démarches pour une demande d'AI qui aboutit à un refus en 2007. Il fait recours et en 2010, une rente à 62 % lui est octroyée. L'AI lui propose un travail à 50 % comme employé de bureau. Cependant, il ne sent pas capable de faire ce

travail, n'ayant pas la formation adéquate. L'AI lui aurait refusé une formation dans ce domaine.

En conséquence, pour nous, il paraît évident qu'en 2003, après 2 ans d'inactivité professionnelle, Mr J. _____ était sans doute fortement déconditionné physiquement et musculairement, ce qui explique une capacité de travail réduite à 50 % dans une activité adaptée (décrite dans notre expertise au point B1, page 9); ceci est corroboré par une nouvelle rechute en octobre 2004, et conduit à un essai de prise en charge de rééducation intensive à l'Hôpital [...]; on note alors une amélioration de la force des muscles érecteurs du rachis, mais malgré cette prise en charge Mr J. _____ continue à souffrir de ses lombo-sciatalgies qui sont toujours décrites comme invalidantes. Il doit augmenter la prise des anti-douleurs (Tramal), de façon concomitante.

Nous nous sommes également basés sur l'évaluation effectuée aux EPI en 2009, évaluation qui nous semble plus fiable puisqu'effectuée sur une durée plus longue qu'une «simple» consultation médicale.

2) En relisant le courrier du SMR nous sommes frappé que l'on reproche à notre expertise de ne pas avoir fait appel à un avis psychiatrique.

Tout d'abord, nous avons été mandatés par vos soins pour faire une expertise rhumatologique et non psychiatrique.

Comme il ressort de nos diagnostics (point 4, page 8), le patient souffre d'un trouble somatoforme douloureux non invalidant n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail; l'état dépressif dont le patient a souffert dans les années 90 est également considéré comme stabilisé et en rémission par les différents experts ayant examiné le patient; un traitement d'antidépresseur à but d'entretien est encore en cours en 2011. Nous n'avons par conséquent pas retenu d'indication à effectuer une expertise psychiatrique supplémentaire.

D'autre part, lors de notre entretien avec le patient et de son examen clinique, aucun trait d'ordre dépressif ne nous a frappé, bien que nous ne soyons effectivement pas expert psychiatrique.

En ce qui concerne notre évaluation physique, nous ne retrouvons pas plus de 9 points/18 de Smythe, contrairement au Dr M. _____ et cela ne nous a pas paru pertinent de les signaler. Nous notons par contre la présence de nombreux triggers points (contractures myofasciales) dans la région fessière et lombaire basse compatibles et conséquences des troubles décrits par le patient. Il est à noter également que le diagnostic de fibromyalgie est un diagnostic clinique d'exclusion, à évoquer en l'absence d'autre pathologie, ce qui n'est pas le cas dans la situation de Mr J. _____ (notion de blocages itératifs sur pathologie lombaire de surcharge et troubles dégénératifs consécutifs)."

Dans son écriture du 25 octobre 2013, le recourant a relevé que le complément d'expertise des I. _____ était dénué de toute ambiguïté, attestant une incapacité de travail de 50 % avec rendement diminué de 25 % dès le mois de septembre 2003 et que c'est donc ce point de départ qu'il y avait lieu de retenir au regard du principe de la vraisemblance prépondérante.

Par déterminations du 7 novembre 2013, l'OAI, se ralliant à l'avis SMR du 28 octobre précédent, a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Dit avis SMR, sous la signature du Dr???._____, relève notamment ce qui suit :

"Le courrier des experts du I. _____ du 14 octobre 2013 est censé répondre à ces questions. Pourtant il apparaît qu'aucun nouvel élément médical n'est objectivé et que la discussion augmentant la différence d'appréciation des experts quant à la capacité de travail exigible reste limitée. Il semblerait que pour les experts des I. _____ le déconditionnement physique et musculaire de Mrj. _____ soit un facteur déterminant pour expliquer une capacité de travail réduite de 50 % dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 25 % depuis 2003. Il nous semble, comme déjà mentionné dans les conclusions de l'examen clinique de 2008 du SMR, que ce déconditionnement musculaire lié à l'inactivité est, au moins partiellement, réversible, comme semble d'ailleurs le démontrer l'essai de rééducation intensive pratiquée à l'hôpital [...] en 2004.

En conclusion, après une lecture attentive des arguments des experts des I. _____, nous ne discernons pas les raisons médicales objectives qui les conduisent à s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail exigible de Mrj. _____ faite par le SMR."

Le 18 novembre 2013, le recourant s'est déterminé en relevant que l'expertise judiciaire des I. _____, qui atteste une capacité de travail réduite de 50 % dans une activité adaptée, diminuée par une baisse de rendement de 25 % depuis 2003, était concluante et qu'il y avait lieu de s'y rallier, à tout le moins sur le point de départ et la quotité de la capacité de travail exigible.

Par écriture du 2 décembre 2013, l'OAI a indiqué que le courrier du recourant du 18 novembre 2013 n'appelait aucun commentaire. Pour le surplus, il déclarait se référer à ses déterminations du 7 novembre 2013 et confirmait ses conclusions tendant au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

2. Sont litigieux en l'espèce la quotité de la rente d'invalidité allouée au recourant et le point de départ de son octroi, respectivement l'évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant, partant celle de l'invalidité.

Par décision du 12 juillet 2010, l'OAI a alloué au recourant un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2007, puis trois-quarts de rente à partir du 1^{er} octobre 2007. L'intimé s'est fondé sur les conclusions du rapport d'examen rhumatologique du Dr M. _____ du 4 juin 2008, complétées par celles du Dr T. _____ dans son avis SMR du 6 novembre 2009. Le premier a estimé que toute forme d'activité respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré était possible à un taux de 100 %, avec une diminution de rendement de l'ordre de 25 % en relation directe avec les phénomènes de blocages itératifs et les limitations fonctionnelles retenues. Il précisait toutefois qu'en raison des effets secondaires induits

par une toxicodépendance latrogène aux dérivés morphiniques, le recourant présentait depuis la fin de l'année 2007 une diminution de rendement de 50 %. Le second, après s'être fait confirmer par le médecin traitant du recourant que celui-ci recevait une dose quotidienne de Tramal® de 300 mg depuis au moins le mois de juin 2006, concluait qu'en juin 2007 en tout cas (juin 2006 car erreur de plume, selon nouvel avis SMR du Dr T._____ en procédure de recours), l'assuré présentait des effets secondaires à la thérapie antalgique.

Cette appréciation est contestée par le recourant, qui fait valoir qu'elle est en contradiction avec l'évaluation de sa capacité de travail telle que retenue par ses médecins traitants et telle qu'elle ressort du rapport du 16 juin 2009 des responsables des EPI, pour qui sa capacité de travail dans une activité d'employé de bureau, d'administration ou de réceptionniste est de 75 % sur un mi-temps, en raison des effets secondaires du traitement médical de l'assuré. Soutenant que les rapports médicaux du SMR sur lesquels s'est fondé l'OAI n'ont pas de valeur probante, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, rhumatologique et neurologique, afin que soit déterminée sa capacité de travail exigible.

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

longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4, 115 V 133, consid. 2; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. En l'espèce, force est de constater, avec le recourant, que les conclusions des médecins du SMR (rapport d'examen rhumatologique du 8 juin 2008 du Dr M.____ et avis SMR du 6 novembre 2009 du Dr T.____), qui retiennent une capacité de travail résiduelle de travail de

100 % dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles avec une diminution de rendement de 20 % dès 2003, puis de 50 % dès juin 2007, sont en contradiction avec celles résultant des rapports médicaux des Drs Q._____, rhumatologue (du 27 août 2004), P._____, neurologue (2 novembre 2004), et E._____, généraliste et médecin traitant (3 décembre 2008) - puisque ceux-ci estimaient que l'activité professionnelle habituelle d'agent d'assurance n'était plus exigible - et celles des responsables des EPI, qui sont d'avis, à la suite du stage d'un mois effectué du 13 mai 2009 au 11 juin 2011 par le recourant, que celui-ci ne dispose plus que d'une capacité de travail partielle dans une activité de bureau adaptée à ses limitations professionnelles, à savoir un 75 % d'une activité à 50 %.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, dans son appréciation des preuves, la Cour de céans a finalement considéré que des doutes quant à la capacité de travail résiduelle de travail effective du recourant subsistaient. Elle a par conséquent ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire, se conformant en cela tant à la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en matière de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4) qu'à celle qui exige, dans les cas où les appréciations (d'observation médicale et professionnelle) divergent sensiblement, que l'administration, respectivement le juge confronte les deux évaluations et, au besoin, requiert un complément d'instruction (TF 9C_739/2010 arrêt du 1^{er} juin 2011 consid. 2.3, 9C_1035/2009 arrêt du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 18, les deux avec les références citées).

5. L'expertise judiciaire a été confiée, avec l'accord des parties, à des spécialistes en médecine physique, en réadaptation orthopédique et en neurologie. Le rapport de synthèse signé des Drs B._____, G._____ et H._____, a été produit le 16 novembre 2011. Sa valeur probante est contestée par l'intimé, respectivement par le SMR, qui considère principalement que, sans élément médical nouveau, les experts admettent

une exigibilité médicale différente, nettement inférieure à celle admise par le SMR, sans toutefois motiver leur point de vue.

En premier lieu, il faut relever que le rapport de synthèse de l'expertise bidisciplinaire réalisée par les spécialistes des I. _____ du 16 novembre 2011 et son complément du 14 octobre 2013, abordent de façon circonstanciée les points litigieux, se fondent sur des examens complets, prennent en considération les plaintes du recourant; ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse de l'intéressé, décrivent et enfin apprécient la situation médicale de façon claire et détaillée. Les conclusions auxquelles les experts aboutissent en ce qui concerne la capacité résiduelle de travail du recourant sont dûment motivées, de manière systématique et rigoureuse, de sorte qu'elles emportent la conviction de la Cour de céans qui les fait siennes. En effet, contrairement à ce que soutient l'intimé, les experts exposent de façon convaincante les raisons pour lesquelles ils sont arrivés à la conclusion que la capacité de travail exigible du recourant est de 50 % dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de septembre 2003, à laquelle s'ajoute une diminution de rendement de 25 % : ils font état du fait que le recourant présente des lombalgies chroniques invalidantes dans le cadre d'un trouble dégénératif du rachis lombaire associé à un déconditionnement musculaire et physique important. Selon leur évaluation, fondée sur l'anamnèse, l'examen clinique ainsi que sur les différents tests effectués, la capacité de travail d'au maximum 50 %, respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charge supérieur à 5 kg de façon répétitive, pas de travail en position debout ou assise prolongée, en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis, pas de travail l'exposant à des machines ou outils réalisant des vibrations ou au froid prolongé, possibilité d'effectuer des changements de positions fréquents, au minimum deux fois par heure) semble certes exigible, mais la capacité de travail résiduelle doit encore être réduite compte tenu d'un rendement diminué de 25 %, principalement en raison des effets secondaires dus au traitement antalgique au Tramal®. Ils estiment que cette incapacité de travail d'au moins 50 % perdure depuis septembre 2003, tout en reconnaissant que, du fait que le recourant n'a plus travaillé depuis 2001,

il est délicat de se prononcer sur la période à compter de laquelle il pourrait encore travailler à 50 %. Pour cela, il aurait fallu disposer d'une évaluation médicale de sa situation en 2003. En l'absence d'une telle évaluation, les experts retiennent néanmoins, dans le complément d'expertise du 14 octobre 2013, qu'il est évident qu'après deux ans d'inactivité professionnelle, le recourant était sans aucun doute fortement déconditionné sur le plan physique, ce qui justifie de retenir une capacité de travail réduite à 50 % dans une activité adaptée. Ils relèvent que cette appréciation est corroborée par le fait que l'assuré, suite à la rechute connue en 2004, a été pris en charge en rééducation intensive, laquelle n'a débouché que sur une amélioration de la force des muscles érecteurs du rachis, sans apporter de soulagement au niveau des douleurs, les lombosciatalgies restant invalidantes, contraignant ainsi l'intéressé à augmenter sa prise de Tramal® de façon concomitante. Les experts expliquent enfin que, dans leur évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, ils ont pris en compte l'évaluation effectuée aux EPI en 2009, qui leur semble pleinement fiable, puisqu'elle a permis de fonder des constats objectifs sur une certaine période, ce que ne permet pas une "simple" consultation médicale.

La Cour de céans est d'avis que le point de vue des experts est objectivement fondé. D'aucun ne peut nier qu'il serait illusoire, a posteriori, de vouloir fixer avec une certitude absolue le point de départ de la capacité de travail résiduelle de 50 % au mois de septembre 2003, vu l'absence d'une investigation médicale complète à ce moment-là. Cependant, plusieurs éléments du dossier concordent pour retenir ce degré de capacité résiduelle de travail et ce point de départ avec une vraisemblance prépondérante. Ainsi, à lire l'anamnèse du recourant, on est interpellé par le fait que le premier blocage lombaire remonte à 1982, alors qu'il travaillait en qualité de monteur-électricien, blocage qui l'a amené, à l'époque déjà, à rester en arrêt de travail pendant plus de deux ans pour finalement se résoudre à entreprendre une reconversion professionnelle dans le métier d'agent d'assurance. Une première rechute a lieu en 1997 avec un nouveau blocage. C'est alors que le recourant commence un traitement antalgique de Tramal®. Ce traitement perdurait

en 2003, comme l'atteste le rapport médical du 18 décembre 2003 du Dr L._____ au médecin traitant du recourant. En juin 2006, son nouveau médecin traitant, le Dr E._____ relevait que ce traitement médical antalgique n'avait qu'un effet limité. Or, si l'on se réfère aux données relatives à la posologie de Tramal® telles qu'elles ressortent notamment du rapport d'expertise, on constate que, déjà en 2008, le recourant prenait trois fois 150 mg de Tramal® par jour avec adjonction de patches de Durogésic durant quelques semaines par an, et qu'en 2011, au moment de l'expertise, si le dosage en Tramal® était resté à 400 mg par jour, il était accompagné d'une médication complémentaire plus importante de Durogésic patches, soit une fois tous les trois jours en réserve. Ainsi, le caractère évolutif de l'atteinte somatique que présente le recourant depuis quelques 30 ans paraît établie, avec la conséquence hautement vraisemblable qu'en 2003, l'intéressé ne disposait alors plus que d'une capacité de travail exigible de 50 % (dans toute activité limitée à ses limitations fonctionnelles) et qu'au surplus, dès lors que la médication de Tramal® avait débuté en 1997 déjà, les effets secondaires de ce médicament diminuaient déjà son rendement de 25 %. Le caractère évolutif de l'atteinte du rachis a du reste été reconnu par le Dr M._____ du SMR en 2008, mais avec une appréciation de son influence sur la capacité de travail du recourant plus mesurée (20 % depuis septembre 2003). Cela s'explique probablement par le fait que le Dr M._____, comme ses collègues du SMR, ont considéré qu'une partie des symptômes présentés par le recourant ne pouvaient pas être rattachés à la problématique organique lombosciatalgique invalidante mais à la présence d'un syndrome douloureux chronique. Dans ce contexte, les questionnements du Dr T._____ dans son avis SMR du 7 décembre 2011 quant à l'absence de volet psychiatrique à l'expertise - étonnants vu l'absence de toute question ou requête de la part du SMR à ce sujet au moment de la mise en œuvre de l'expertise - s'expliquent plus aisément. Or, comme le relèvent les experts dans leur rapport complémentaire du 14 octobre 2013, le syndrome douloureux chronique est un diagnostic d'exclusion que l'on ne retient que lorsque tout ou partie des symptômes et des plaintes d'un assuré ne reposent sur aucun substrat organique. Tel n'est pas le cas du recourant, les experts indiquant clairement que les

symptômes et les plaintes sont organiquement fondés (examens cliniques et radiologiques), de sorte que l'atteinte rachidienne à laquelle s'ajoute le déconditionnement musculaire et physique global - auquel il n'a pas été possible de remédier médicalement, la prise en charge intensive en rééducation à l'Unité du rachis s'étant soldée par un bilan pauvre en résultats (cf. rapport médical du Dr Q. _____ du 22 février 2005) - fondent objectivement l'exigibilité médicale de la capacité de travail telle que retenue par les experts, problématique des effets secondaires du traitement antalgique en sus.

En définitive, sur la base du rapport d'expertise judiciaire des spécialistes des HUG, la Cour de céans considère que le recourant ne dispose plus, depuis le mois de septembre 2003, que d'une capacité de 50 %, réduite encore de 25 % en raison de la baisse de rendement induite par les effets secondaires du traitement antalgique, qui constituent un facteur objectif d'évaluation. C'est donc une incapacité de travail de 62,5 % qu'il faut retenir depuis le 1^{er} septembre 2003, laquelle se confond avec le degré d'invalidité. Ainsi et compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), le recourant a droit à trois-quarts de rente à compter du 1^{er} septembre 2004. Le recours doit donc être admis et la décision attaquée réformée en ce sens.

6. 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr. à la charge de l'OAI, qui succombe.

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

prononce :

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 12 juillet 2010 est réformée en ce sens que J._____ a droit à trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2004.

- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant J._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat 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.

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 :