

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 octobre 2012

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : MM. Schmutz et Bidiville, assesseurs
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

Z._____, à Echallens, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. Né en 1961, Z. _____ (ci-après: l'assuré), marié et père de deux enfants aujourd'hui majeurs, a travaillé depuis le 1^{er} septembre 1988 en tant que chef de bureau au service de la ville de Lausanne. Souffrant de lombalgies, il a déposé le 18 février 2004 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: l'AI). L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) a procédé à l'instruction du cas en recueillant notamment divers avis médicaux.

Le 12 octobre 2004, il a confié au Prof. V. _____, médecin au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital R. _____, le soin de réaliser une expertise médicale. Dans son rapport du 10 mars 2005, l'expert a retenu une capacité de travail résiduelle de 50% dans l'activité habituelle de l'assuré en raison d'une limitation de la mobilité lombaire.

Par décision du 3 juin 2005, l'Office AI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité avec effet au 1^{er} juin 2005, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%. La même prestation a été octroyée pour la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 mai 2005 (décision du 24 juin 2005). Ces deux décisions sont entrées en force.

B. Dans le cadre de la procédure de révision d'office du droit à la rente, l'Office AI a adressé, le 22 mai 2008, un questionnaire à l'assuré, qui a notamment indiqué que son état de santé était toujours le même. Une évolution stationnaire a par ailleurs été évoquée par le Dr N. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, dans son rapport du 5 juillet 2008 destiné à l'Office AI. Il signalait cependant une aggravation des douleurs par temps humide ou lorsque l'assuré était amené à beaucoup bouger. Il a toutefois retenu une capacité de travail de 50% dans la profession habituelle.

Le 25 juin 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en invoquant une aggravation de ses lombalgies depuis l'été 2008.

L'Office AI a adressé au Dr N. _____ un rapport médical en lui demandant notamment d'indiquer s'il avait constaté une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'été 2008. Le 28 août 2009, ce médecin a notamment diagnostiqué une aggravation des lombalgies après spondylodèse L4-L5 et L5-S1. Relevant que les douleurs devenaient intolérables après trois quarts d'heure en position assise, nécessitant ensuite l'allongement du patient, il a estimé qu'une activité occupationnelle de 20% au maximum était encore possible, compte tenu de la fatigabilité extrême de l'intéressé. Répondant à la question posée, le Dr N. _____ a finalement confirmé l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, beaucoup plus marquée depuis l'été 2008.

Dans un questionnaire à l'employeur de l'assuré, que celui-ci a complété le 23 septembre 2009 à l'intention de l'Office AI, le chef du service du personnel de la ville de Lausanne a indiqué que l'intéressé travaillait en tant que chef de bureau à 50% depuis le 1^{er} juin 2004, en raison d'une «nette aggravation de l'état de santé». Il était précisé que la Caisse de pension du personnel communal de Lausanne lui avait reconnu une invalidité de 50 pour-cent.

Le 7 novembre 2009, le Prof. K. _____, spécialiste en neurochirurgie, a fait parvenir à l'Office AI le compte-rendu de sa consultation du 22 décembre 2008 adressée au médecin traitant. L'Office AI lui demandait notamment de se prononcer sur une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Au plan radiologique, l'origine des douleurs n'était pas clairement identifiable et l'aspect de la spondylodèse (réalisée en mai 2003) était tout à fait bon. Quant aux troubles dégénératifs en L3-L4, L2-L3 et L1-L2, ils étaient qualifiés de très discrets. L'absence de signes de compression des structures nerveuses a conduit le Prof. K. _____ à retenir une absence clinique de sciatique. Déplorant l'absence de mesures incisives à prendre, une cure thermale restant toutefois envisageable, il a

estimé que la poursuite d'une activité professionnelle était compromise, aucune occupation n'étant possible, ce qui devrait ouvrir le droit à une rente d'invalidité complète. L'état de santé de l'assuré s'était selon lui aggravé.

Dans un avis médical du 2 mars 2010, le Dr L._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), a exprimé des doutes quant à la capacité de travail résiduelle retenue par le Dr N._____. (20%). Aussi, a-t-il proposé un examen orthopédique au SMR.

Un examen clinique orthopédique a été réalisé au SMR le 18 mars 2010 par le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans son rapport du 12 avril 2010, il a retenu le diagnostic affectant durablement la capacité de travail de «lombalgies chroniques. Status après spondylodèse inter-somatique et postéro-latérale L4-L5, L5-S1. M 54.5». Il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé «appréciation du cas»:

«Cet assuré de 49 ans, ayant travaillé comme chef de bureau pour la Ville de Lausanne, bénéficie d'une demi-rente AI depuis juin 2005 pour des lombalgies chroniques. En 2003, il subit une spondylodèse antérieure et postérieure latérale de L5 à S1. Malgré l'absence de complication objectivable et la consolidation de l'arthrodèse vertébrale, les douleurs lombaires ont persisté. Toutes sortes de traitements conservateurs ont échoué. A partir de novembre 2008, les douleurs lombaires ont augmenté d'intensité, l'assuré ne pouvait plus se concentrer dans son travail (probable effet secondaire des médicaments), il était très irritable. S'il devait rester assis plus de 45 minutes, les douleurs lombaires devenaient insupportables. Depuis mai 2009, il ne travaille plus, mais les douleurs lombaires persistent, en dents de scie. Par rapport à la situation décrite dans l'expertise du Professeur V._____ de 2005, il n'y a pas eu d'aggravation objective du cas. L'examen clinique du jour est similaire à celui décrit par le Prof. V._____: l'index de Schober lombaire était de 10 à 13 cm en 2005, 10 à 12 en 2010; la distance doigt-sol est de 43 cm en 2005 et 2010. Le bilan radiologique de décembre 2008 ne montre aucune péjoration par rapport à celui de mars 2005.

Le Dr N._____, médecin-traitant de l'assuré, dans son rapport à l'AI du 28.08.2009, considère que la capacité de travail de l'assuré ne pourrait pas dépasser le 20%. Une activité à visée occupationnelle à 20% est encore possible, mais pas au-delà.

Le Dr M. _____, médecin-conseil de la Ville de Lausanne, qui a vu l'assuré à plusieurs reprises, considère que l'incapacité de travail est de 80% au moins.

Le Prof. K. _____, dans sa lettre de décembre 2008, écrit: «on a maintenant suffisamment de recul pour dire que la poursuite d'une activité professionnelle est compromise et je ne vois guère d'occupation alternative. Je serais donc tout à fait en faveur d'une mise à l'AI complète». Objectivement, on ne peut pas identifier clairement l'origine des douleurs résiduelles. Le Prof. K. _____, interrogé par téléphone le 12.04.2010, nous informe que son appréciation de la capacité de travail se base sur les symptômes douloureux décrits par l'assuré, non sur des données objectives: il est déçu des résultats de l'opération effectuée.

L'aggravation annoncée par l'assuré consiste en une augmentation des douleurs lombaires. A l'examen clinique, on a mis en évidence l'absence de signes de non-organicité. Tous les traitements conservateurs instaurés jusqu'à présent se sont avérés peu efficaces. L'assuré semble avoir fait tout pour diminuer le dommage, il fait des exercices pour son dos régulièrement, va régulièrement aux bains thermaux.

Objectivement il n'y a pas eu d'aggravation car l'examen clinique de 2010 est similaire à celui décrit dans l'expertise de 2005. Radiologiquement, il n'y a pas eu de péjoration. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible ne saura changer uniquement par la perception de la part de l'assuré de douleurs plus intenses. L'assuré a une vie privée active, il se promène avec son chien 2 à 3 heures par jour, il ne peut pas être considéré comme incapable de travailler dans toute activité. Il semble que l'assuré sous-estime ses capacités résiduelles. Une évaluation fonctionnelle nous paraît indiquée.

Limitations fonctionnelles

Activité semi-sédentaire dans laquelle il puisse alterner la position debout avec la position assise à sa guise. Il ne doit pas rester assis plus de 45 minutes. Des pauses régulières sont nécessaires. Doit éviter le port de charges. Doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux et la station debout statique. Doit éviter de monter ou descendre les escaliers ou de marcher en terrain irrégulier et la position debout statique prolongée. De courts déplacements à plat sont possibles.

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

L'assuré bénéficie d'une demi-rente AI depuis juin 2005. Il a travaillé à 50% en tant que chef de bureau des Services sociaux de la Ville de Lausanne et à 5% en tant que secrétaire du Conseil communal de [...] jusqu'au 18.11.2008. Cette incapacité à 50% a été reconnue et elle est cohérente avec l'état de santé de l'assuré.

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

Suite à cet examen, on peut conclure qu'il n'y a pas eu d'aggravation objective depuis l'octroi de la rente en 2005. L'examen clinique du jour est similaire à celui décrit en 2005 et le

bilan radiologique de décembre 2008 ne montre pas de péjoration significative par rapport à celui de mars 2005.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle qui est adaptée: 50%, depuis le 1^{er} décembre 2004.»

S'avisant que les conclusions du Dr X. _____ divergeaient de celles émises par le médecin traitant et le Prof. K. _____, le Dr L. _____ a décidé la mise en œuvre d'une expertise médicale auprès de la Clinique P. _____ (Dr S. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie), où l'assuré a séjourné du 6 au 7 juillet 2010. Outre l'expertise médicale proprement dite, les conclusions de l'expert se fondaient notamment sur une évaluation des capacités fonctionnelles et une évaluation en ateliers professionnels. Le Dr S. _____ a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de «lombalgies chroniques (M 54.5); status après spondylodèse L4-S1 et mise en place de cage en 2003». Il a conclu son appréciation en ces termes (rapport de synthèse du 12 juillet 2010):

«[...]

Arrivé au terme de l'étude du dossier, de l'approche médicale et des évaluations fonctionnelles, on ne comprend pas en quoi la situation s'est détériorée depuis trois ans. On est face à un sujet qui souffre de lombalgies de très longue date, qui n'ont guère été influencées par les traitements appliqués, y compris chirurgicaux. A bien analyser la courbe évolutive, on observe que M. Z. _____ est entré dans un processus d'invalidation en 2003, faisant le deuil de sa capacité à exercer son activité d'employé de bureau. Le comportement qu'il adopte en situation d'examen est sans doute conditionné par la douleur d'une part mais également par les distorsions cognitives et par sa conviction d'être un invalide. Cependant, le handicap repose essentiellement sur des données subjectives: force est de constater l'énorme empan qui sépare les allégations de handicap des activités que M. Z. _____ est capable de déployer dans la vie réelle. Dans nombre de situations, comme il le décrit lui-même, l'assuré est capable de gérer son état douloureux, même si cette gestion implique des sacrifices. Enfin, M. Z. _____ dispose de bonnes ressources personnelles.

En conclusion, à la question précise de savoir si l'on peut exiger de cet assuré qu'il mette à profit sa capacité résiduelle, il faut répondre par l'affirmative. Le taux de capacité exigible dans un emploi adapté, par exemple dans le domaine administratif qui a été de tout temps le sien, est de 50%. Ce taux, fixé lors de l'expertise précédente (Prof. V. _____, mars 2005), n'a objectivement pas changé. On ne saurait médicalement admettre que, en raison de ses

lombalgies, M. Z. _____ ne mette à profit ses capacités résiduelles.»

Dans un avis médical du 21 juillet 2010, le Dr L. _____ a relevé que l'expert estimait la capacité de travail résiduelle de l'assuré à 50%. S'apercevant que cette appréciation rejoignait celle du Prof. V. _____ en 2005 et celle du Dr X. _____ en avril 2010, le Dr L. _____ en a conclu que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 pour-cent. Le 29 juillet 2010, l'employeur de l'assuré a résilié les rapports de travail pour le 31 octobre 2010, en raison de l'échéance de son droit au traitement.

Par projet de décision du 8 avril 2011, l'Office AI a fait savoir à l'assuré que, sur la base de l'expertise effectuée par le Dr S. _____, il retenait une capacité de travail de 50% dans la profession habituelle, non améliorable dans une autre profession. Son degré d'invalidité était par conséquent de 50%, de sorte qu'il lui donnait droit à la même rente que celle versée jusqu'alors.

Le 9 juin 2011, l'assuré, représenté par son conseil, a présenté des objections à ce préavis, critiquant le degré d'invalidité retenu. S'appuyant sur un avis du Prof. K. _____ du 17 février 2011 (auquel était joint un rapport du 14 mars 2011, faisant état des résultats de l'IRM lombaire et du CT-scan lombaire du 17 février 2011), ainsi que sur divers avis du médecin-conseil de la ville de Lausanne (Dr M. _____; résumé médical du 28 avril 2009, résumé médical du 28 juin 2010 et note interne du 29 septembre 2010), il fait valoir que ses douleurs se sont aggravées depuis l'été 2008, nécessitant une médication importante ainsi que des injections. Ces douleurs ont une répercussion sur sa capacité de travail, dès lors qu'il lui est difficile de maintenir longtemps la position assise. Elles ont aussi un effet neuropsychologique en réduisant l'endurance au travail intellectuel, causé par un déficit de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Ainsi, puisque son employeur lui a reconnu une invalidité professionnelle de l'ordre de 80% (cf. résumé médical du 28 juin 2010 dressé par le Dr M. _____), il réclame l'octroi d'une rente entière

d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2008, soit trois mois après l'aggravation de l'été 2008.

Dans son rapport du 17 février 2011, le Prof. K._____ a concédé un changement du tableau clinique de l'assuré au vu des douleurs sciatiques droites, qu'il mettait dans le dermatome S1, éventuellement L5. A cela s'ajoutait une allusion L4, notamment par une hyporéflexie rotulienne droite qui n'existait pas au dernier status associée à une impression de faiblesse proximale du membre inférieur droit. Il estimait dès lors justifié de pratiquer de nouveaux examens radiologiques. Le même jour, ont eu lieu une IRM lombaire ainsi qu'un CT-scan lombaire, qui n'ont fourni aucune explication quant à la récente évolution constatée, tout paraissant en ordre. Excluant en l'état toute intervention chirurgicale, le Prof. K._____ réservait néanmoins une modification du traitement médicamenteux, voire la mise en œuvre d'un examen neurophysiologique, en fonction de l'évolution ultérieure (compte-rendu des examens radiologiques du 14 mars 2011).

Dans un avis médical du 21 juin 2011, le Dr L._____ du SMR s'est exprimé en ces termes:

«Le seul document médical nouveau apporté par Me Nordmann est un rapport du Prof. K._____ du 17.2.2011, dans lequel il fait état de douleurs sciatiques droites, justifiant la mise en œuvre d'investigations radiologiques complémentaires. Ces dernières n'ont toutefois pas contribué à confirmer l'origine organique des symptômes.

Ces douleurs se seraient annoncées mi-janvier 2011, pour s'aggraver brusquement au début de février 2011. Nous devons donc admettre qu'elles font partie de ce que l'expert S._____ appelle "les distorsions cognitives" de l'assuré et "sa conviction d'être un invalide". Elles ne modifient pas l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée.

Au demeurant, le Prof. K._____ ne se prononce absolument pas sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.

Il convient de souligner ici que le Dr S._____ est spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, médecin chef de service de la Clinique P._____. Il est rompu à l'exercice de l'expertise médicale; ses compétences sont reconnues par les Tribunaux. Dans le cas d'espèce, ses conclusions se fondent sur une expertise médicale légalisée, et sur une évaluation des capacités

fonctionnelles en atelier s'étendant sur deux jours entiers, sous la supervision du Dr D._____, médecin du travail et de M. J._____, maître socio-professionnel. Cette approche, particulièrement complète et objective, a pleine valeur probante.»

Par décision du 23 août 2011, l'Office AI a confirmé les termes de son préavis, reconnaissant à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité. Une lettre du même jour prenait position sur les objections présentées.

B. Le 5 septembre 2011, Z._____ a recouru contre cette décision, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée dès le 1^{er} octobre 2008 ou dès telle date que justice dira, le cas échéant après une expertise judiciaire. Il conclut subsidiairement à son annulation. Il soutient pour l'essentiel que c'est à tort que l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur une aggravation de son état de santé pourtant attestée par ses propres médecins, par le médecin-conseil de la ville de Lausanne (Dr M._____) ainsi que par ses médecins traitants. A ses yeux, l'importance et la gravité des douleurs dont il souffre réduisent sa capacité de concentration, de sorte que son rendement ne saurait être acceptable pour un employeur sur le marché équilibré du travail. Du reste, la capacité résiduelle de travail de 50% retenue par la Clinique P._____ se fonde uniquement sur des mouvements qu'il effectue pour soulager ses douleurs et ce, en dehors de tout cadre professionnel, ce qui ôte toute pertinence à son appréciation. Enfin, il met en doute l'indépendance de la Clinique P._____ à l'égard de l'assurance-invalidité, lui reprochant pour ce motif un manque d'objectivité.

Dans sa réponse du 2 novembre 2011, l'Office AI a proposé le rejet du recours. Il relève que, selon la jurisprudence, les expertises confiées à la Clinique P._____ ne contreviennent pas au droit constitutionnel et conventionnel, même si le respect de ces derniers appelle des correctifs à apporter à la procédure administrative suivie. La valeur probante de telles expertises n'en est donc pas affectée.

A l'appui de sa réplique du 12 mars 2012, le recourant a produit diverses pièces, dont un certificat médical du 7 novembre 2011 établi par le Dr G._____, spécialiste en anesthésie, dans lequel ce praticien atteste l'existence d'un "failed back surgery syndrome avec des douleurs lombaires et des deux membres inférieurs". Le recourant explique qu'il s'agit d'une douleur chronique dorsale ou cervicale, incluant une herniation discale récurrente, des nerfs comprimés, une mobilité des jonctions altérée, des tissus cicatriciels, un déconditionnement musculaire et une dégénérescence des joints facettaires ou sacro-iliaques. Les symptômes qui lui sont communément associés peuvent également englober une douleur diffuse au dos et aux jambes. Dans un certificat du 26 janvier 2012, également produit par le recourant, le Dr G._____ indique que la mise en place d'une électrode épidurale s'est soldée par un échec, de sorte que les douleurs persistent. Le recourant relève enfin qu'au vu de son incapacité totale à travailler, la caisse de pensions du personnel communal de la ville de Lausanne a demandé le maintien du versement d'une rente de 100% (lettre du 12 septembre 2011 au conseil du recourant).

Dupliquant le 17 avril 2012, l'Office AI a déclaré se rallier à l'avis du SMR du 29 mars précédent joint en annexe, dont il ressort ce qui suit:

«Le mandat du 28.3.2012 demande de prendre connaissance des documents suivants:

- Rapport du Dr G._____ au médecin-conseil de la [...] du 7 novembre 2011: fait état d'un failed back surgery syndrome (ou syndrome des multi-opérés du rachis) susceptible d'être traité par un implant médullaire.
- Courrier du Dr G._____ à Me Nordmann du 26.1.2012: fait état de l'échec de stimulation par une électrode épidurale. Ce document n'apporte rien de nouveau au dossier. Le status n'est pas décrit. Il ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles ni la capacité de travail. Il ne rend en aucun cas vraisemblable une péjoration de l'état de santé de l'assuré.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas de raison de modifier notre position.»

En conséquence, l'Office AI a maintenu intégralement sa position.

Dans d'ultimes déterminations du 3 mai 2012, le recourant a contesté le point de vue de l'intimé, selon lequel le Dr G._____ n'aurait pas fourni la preuve d'une péjoration de son état de santé et ne se serait pas prononcé sur sa capacité de travail. Il a également signalé avoir déposé une nouvelle demande de prestations AI en date du 24 avril 2012, en raison d'une maladie de Behçet et de l'aggravation de l'affection ophtalmique (thrombose de la veine centrale de l'œil gauche). Il précisait que cette demande était traitée indépendamment de la présente procédure. Enfin, à titre de mesures d'instruction, il sollicitait l'audition des Drs M._____ et G._____.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment). Il convient donc d'entrer en matière.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si l'atteinte à la santé qu'il présente et ses conséquences sur la capacité de travail ont subi un changement important et si le taux d'invalidité fondant le droit à la prestation a subi une modification notable.

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 71). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b p. 390; TF 9C_765/2009 du 29 mars 2010). Le point de savoir si un changement important des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force

reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision administrative litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; TF 9C_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2).

b) En l'occurrence, l'intimé, contrairement à ce que prétend le recourant (cf. mémoire de recours du 5 septembre 2011, p. 4) est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant du 25 juin 2009. Après avoir examiné les rapports des médecins traitants et les avis du SMR, l'Office AI a mis en œuvre une expertise rhumatologique auprès de la Clinique P. _____ qui a conclu (rapport du 12 juillet 2010) à une capacité de travail de 50% dans l'exercice de l'activité habituelle. Sur cette base, l'intimé a considéré que l'état de santé du recourant ne s'était pas significativement modifié, si bien que ce degré d'invalidité donnait droit à la même rente d'invalidité que celle versée jusqu'alors (cf. décision du 3 juin 2005). Au reste, on relèvera que la décision dont est recours n'est pas une décision de refus d'entrer en matière mais bien une décision refusant l'augmentation d'une rente d'invalidité.

C'est le lieu de préciser que les «autres investigations en cours», ou la dépression dont le recourant fait état dans son mémoire de recours (p. 3) ne sont pas déterminantes. D'ailleurs, le recourant n'affirme pas faire l'objet d'un suivi pour d'éventuels troubles dépressifs. Dans ce dossier, l'Office AI s'est bien plutôt borné à examiner s'il y avait une aggravation en ce qui concerne les lombalgies, puisque c'est l'affection qui était invoquée dans le cadre de la nouvelle demande de prestations. Cela n'empêche pas l'assuré, s'il peut se prévaloir d'une aggravation ultérieure de son état de santé, de déposer une nouvelle demande de révision de la prestation allouée, ce qu'il a du reste fait en date du 24 avril 2012, annonçant une maladie de Behçet (affection dermatologique), accompagnée de migraines et d'acouphènes, ainsi que divers troubles oculaires.

Dès lors que le recourant fait état, dans sa demande de prestations du 25 juin 2009, d'une aggravation de ses lombalgies dès l'été 2008, il y a lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit à la rente d'invalidité à compter de cette période.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a);
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b);
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

L'art. 28 al. 2 LAI prévoit en outre que 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; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

Selon une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; 122 V 157 consid. 1c et les références). Par ailleurs, la récente jurisprudence en matière d'expertises effectuées par des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) ne change rien à ce qui précède, la valeur probante d'une expertise COMAI recueillie selon les anciens principes de procédure n'étant pas a priori amoindrie (ATF 137 V 210 consid. 6 p. 266; TF 9C_620/2011 du 30 mars 2012).

5. En l'occurrence, il convient de comparer la situation existant en juin 2005, date de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. consid. 3a supra), et celle prévalant à l'époque de la décision querellée (23 août 2011).

a) Dans sa demande de prestations du 25 juin 2009, le recourant fait état d'une aggravation de ses lombalgies, survenue au cours de l'été 2008. Constatant que les conclusions de l'examen clinique orthopédique effectué au SMR le 18 mars 2010 - niant l'existence d'une aggravation objective depuis 2005 - divergeaient des avis rendus par le médecin traitant N. _____ (rapport du 28 août 2009) d'une part et par le Prof. K. _____ d'autre part (rapport du 7 novembre 2009), le Dr L. _____ a décidé de confier au Dr S. _____ de la Clinique P. _____ le soin de réaliser une expertise médicale. Comme ses confrères, l'expert a diagnostiqué des lombalgies chroniques (M. 54.5). Il a toutefois concédé ne pas comprendre en quoi la situation s'était détériorée depuis trois ans. Procédant à l'appréciation clinique du cas, il rappelle que le recourant souffre de lombalgies de très longue date, lesquelles n'ont toutefois guère été influencées par les traitements appliqués, y compris chirurgicaux. Il ajoute que, durant l'année 2009, en dépit d'une intensification des traitements et des bilans complémentaires, les différentes investigations ne permettent pas d'identifier l'origine de l'aggravation. Le montage ayant servi à la spondylodèse ne comporte pas de défaut; il n'y a pas de détérioration discale au-dessus de la fusion et il n'y a pas non plus de signe de compression nerveuse. Aussi, analysant la courbe évolutive, le Dr S. _____ constate que l'intéressé est entré dans un processus d'invalidation dès 2003, faisant le deuil de sa capacité à exercer son activité d'employé de bureau. Il remarque à cet égard que le comportement adopté par le recourant en situation d'examen est conditionné par la douleur d'une part mais également par les distorsions cognitives et par sa conviction d'être un invalide. Dès lors, de l'avis du Dr S. _____, le handicap repose essentiellement sur des données subjectives, dans la mesure où il constate une disparité évidente entre les allégations de handicap et les activités qu'il est encore à même d'effectuer. Dans ce contexte, l'expert note que le recourant est autonome dans tous les aspects de sa vie et qu'il gère sa douleur mieux qu'il ne le percevait. Ainsi, il développe moult activités différentes: promenades quotidiennes avec son chien; séance hebdomadaire en piscine nécessitant un trajet en bus de 45 minutes; séances pluri-hebdomadaires dans un fitness; activité de caissier pour une société mycologique; activité de

secrétariat pour une société de tir; activité de secrétaire communal. Le recourant convient du reste qu'il est capable de gérer son état douloureux, même si cette gestion implique des sacrifices, l'expert notant toutefois que l'intéressé dispose de bonnes ressources personnelles. Au vu de ce qui précède, le Dr S._____ conclut que la capacité de travail exigible du recourant dans un emploi adapté, par exemple dans le domaine administratif qui a été de tout temps le sien, est de 50 pour-cent. Tout en retenant l'existence d'une aggravation, le Dr N._____ - qui ne s'est au demeurant pas déterminé sur les conclusions du rapport d'expertise - et le Prof. K._____ n'opposent pas d'arguments concluants à l'analyse du Dr S._____. Du reste, le Prof. K._____ a admis que son appréciation de la capacité de travail se fondait sur les symptômes douloureux décrits par l'assuré et non sur des données objectives (cf. rapport de l'examen clinique orthopédique du SMR du 12 avril 2010, p. 5), ce qui corrobore les remarques de l'expert à propos du processus d'invalidation qu'il a constaté chez le recourant. Il s'ensuit que le taux de 50%, fixé en mars 2005 par le Prof. V._____, n'a donc objectivement pas changé, si bien que l'on ne saurait médicalement admettre que, en raison de ses lombalgies, le recourant ne mette à profit ses capacités résiduelles.

b) Le recourant conteste présenter une capacité résiduelle de travail de 50% dans son activité habituelle d'employé de bureau. Il estime en d'autres termes que, contrairement à l'avis de l'expert S._____, son état de santé s'est péjoré, d'où une capacité de travail réduite.

En procédure administrative, le recourant a produit un rapport du 17 février 2011 destiné au Dr T._____, spécialiste en médecine générale, dans lequel le Prof. K._____ relève un changement du tableau clinique avec des douleurs sciatiques droites. Une impression de faiblesse proximale du membre inférieur droit est relevée. L'appréciation de ce tableau clinique conduit le Prof. K._____ à envisager de nouveaux examens radiologiques, lesquels ne fournissent toutefois aucune explication quant à l'évolution récente. Ainsi, d'après le Dr L._____, ces investigations complémentaires n'ont pas contribué à confirmer l'origine organique des symptômes. Dans ce sens, il rejoint l'avis de l'expert

S._____, selon lequel les douleurs annoncées font partie des distorsions cognitives de l'assuré et procèdent de sa conviction d'être un invalide. Selon le Dr L._____, elles ne modifient pas l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée. De toute manière, le Prof K._____ ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle du recourant. Quant au caractère prétendument violent de l'examen effectué à la Clinique P._____ dont le Prof. K._____ se fait l'écho dans son rapport, outre que ce propos est étranger à l'analyse proprement médicale, il paraît d'autant moins crédible que l'expert S._____ relève une collaboration correcte de la part de l'assuré lors de l'examen physique, quand bien même différentes modalités d'un comportement douloureux (gémissements, essoufflement après une simple flexion antérieure du rachis, épargne lombaire constante) sont présentes.

A l'appui de sa réplique, le recourant a produit deux avis du Dr G._____, datés des 7 novembre 2011 et 26 janvier 2012. Tout en faisant état d'une péjoration de la situation, ce praticien souligne l'échec d'une stimulation par une électrode épidurale et concède ne pas avoir d'autre approche thérapeutique à suggérer. Outre que le Dr G._____ ne se détermine pas sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail du recourant, il ne montre pas en quoi l'état de santé du recourant se serait objectivement aggravé depuis 2008, dès lors que son approche se fonde uniquement sur les moyens de soulager les douleurs. Il ne rend ainsi pas vraisemblable une aggravation de l'état de santé du recourant. Les conclusions du Dr S._____ ne sont au demeurant pas discutées.

Le recourant s'appuie aussi sur l'avis du médecin-conseil (Dr M._____) du service du personnel de la ville de Lausanne et de la caisse de pensions communale de cette même ville, dernier employeur du recourant, pour faire valoir une invalidité ouvrant le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité (cf. résumé médical du 28 juin 2010 et lettre de la caisse de pensions du personnel communal de la ville de Lausanne du 12 septembre 2011, adressée au conseil du recourant). Il fait en effet valoir que le versement d'une pension de 100% atteste une

incapacité totale de travail. Cet argument ne résiste cependant pas à l'examen. En premier lieu, sur le plan formel, le Dr M. _____ n'a pas pratiqué d'expertise sur la personne du recourant, si bien que son appréciation ne procède pas d'un examen circonstancié. Mais il y a plus. En accordant une pension entière d'invalidité, la caisse de pensions communale n'a pas objectivement retenu une aggravation de l'état de santé du recourant fondant une incapacité de travail à 100% à partir de 2009. En effet, dans son avis médical du 28 avril 2009, le médecin-conseil de la ville de Lausanne ne fait que prendre acte d'un taux d'activité actuel de 20% dans un poste à 50% et évoquer l'alternative d'un nouveau contrat avec taux d'activité à 25% et augmentation de la rente à 75% ou d'une rente à 100% avant de constater qu'une réaffectation professionnelle n'est pas envisageable, le poste étant déjà adapté, et de conclure à l'augmentation de la rente à 100% au double motif d'une situation à peine tenable même avec un poste à 25% et d'une mise en péril de l'équilibre familial. Une caisse de pensions publique peut appliquer d'autres critères que l'assurance-invalidité pour l'octroi de pensions (cf. par exemple art. 27 du règlement d'application du 1^{er} juillet 2009 de la caisse de pensions du personnel communal de la ville de Lausanne). Quoi qu'il en soit, les éléments médicaux du dossier du précédent employeur ne permettent pas de mettre en doute le caractère probant de l'expertise effectuée par la Clinique P. _____.

c) L'analyse des pièces médicales au dossier conduit donc à retenir, sur la base de l'expertise réalisée par le Dr S. _____, laquelle n'est pas remise en cause de manière décisive, que le recourant présente une capacité de travail exigible dans un emploi adapté à ses limitations fonctionnelle de 50%, taux qui correspond à celui fixé par le Prof. V. _____ dans son expertise de mars 2005. Pour le surplus, le rapport d'expertise du Dr S. _____ se fonde sur une appréciation fouillée du contexte médical, prend en compte les plaintes de l'intéressé et l'expert motive clairement ses conclusions. Enfin, contrairement aux allégations du recourant, le taux de 50% ne se déduit pas uniquement des mouvements que fait l'assuré pour soulager ses douleurs ce, en-dehors de tout cadre professionnel (cf. mémoire de recours du 5 septembre 2011, p. 4). Bien

plutôt, cette appréciation repose à la fois sur une analyse médicale et sur une observation en ateliers professionnels. Satisfaisant ainsi aux réquisits jurisprudentiels en la matière (cf. consid. 3b supra), il peut se voir reconnaître une entière valeur probante.

Cela étant, les griefs du recourant sur la prétendue dépendance financière de la Clinique P._____ vis-à-vis de l'Office AI sont dénués de pertinence, dès lors que la jurisprudence a confirmé la validité du système des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), dont fait du reste partie la Clinique P._____ (ATF 137 V 210 consid. 1.2.2). Au vrai, dans son arrêt du 28 juin 2011, le Tribunal fédéral a considéré que la dépendance financière des COMAI aux montants que l'assurance-invalidité leur verse n'est pas un motif suffisant, en soi, pour conclure, sous l'angle de l'art. 6 CEDH (convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales; RS 0.101), à un manque d'objectivité ou d'impartialité d'un COMAI (ATF 137 V 210 consid. 1.3 et 1.4).

d) Il suit de là que la décision querellée échappe donc à la critique, en tant qu'elle retient, sur la base de l'expertise réalisée par le Dr S._____, qu'une modification de l'état de santé du recourant n'a objectivement pas été établie, d'où une capacité de travail de 50% dans une profession du secteur administratif, qui correspond au domaine habituel d'activité. Dans ce contexte, le degré d'invalidité se confond avec le degré d'incapacité de travail (cf. art. 6 LPGA), de sorte qu'il n'est pas nécessaire de procéder à une comparaison des gains (art. 16 LPGA). Il en découle un taux d'invalidité de 50%, ce qui conduit au versement de la même rente que celle servie jusqu'ici.

6. Le recourant demande encore l'audition des Drs M._____ et G._____. Leurs avis médicaux figurent au dossier, de sorte qu'il y a lieu de renoncer à entendre ces praticiens. On ne voit au demeurant pas ce qu'une telle mesure pourrait apporter à la solution du litige, le dossier constitué étant suffisamment complet pour permettre à la cour de céans

de statuer en toute connaissance de cause (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 131 I 153 consid. 3 et les références).

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

b) Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 août 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :