

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 novembre 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Métral et Mme Brélaz Brillard
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, titulaire d'un CFC de mécanicien en automobiles, a déposé le 20 mars 2007 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de douleurs et blocage au dos, de hernies discales et d'arthrose dorsale existant depuis 1978.

Selon le questionnaire pour l'employeur adressé à l'OAI le 23 avril 2007 par l'entreprise U._____ SA, l'assuré avait œuvré auprès de cette société du 1^{er} janvier 1979 au 31 mars 2006 en qualité de chauffeur-livreur. Il avait été licencié en raison de ses absences pour cause de maladie durant de nombreux mois (incapacité de travail de 100 % du 5 janvier au 30 avril 2004, 50 % du 1^{er} au 23 mai 2004, 25 % du 24 mai au 13 septembre 2004, 100 % du 14 septembre au 26 décembre 2004, 50 % du 27 au 31 décembre 2004, 50 % du 1^{er} au 23 janvier 2005, 100 % du 7 avril au 31 décembre 2005, et 100 % du 1^{er} janvier au 31 mars 2006). Il aurait réalisé en 2007 un salaire mensuel de 6'250 fr. et perçu une gratification annuelle de 4'000 francs.

Dans son rapport médical du 16 mai 2007 à l'OAI, le Dr S._____, médecin traitant depuis 1978, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5/L5-S1, de hernie discale L5-S1 postéromédiane, de status après exérèse d'une hernie discale L4-L5 gauche et de lésions d'ostéonécrose du genou droit; les diagnostics d'hypertension artérielle, d'hyperlipidémie et d'état dépressif étaient retenus sans répercussion sur la capacité de travail. Pour le Dr S._____, l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, mais une activité sans charges physiques pouvait être exercée normalement.

Par communication du 29 novembre 2007, l'OAI a fait savoir à l'assuré que les conditions du droit à l'orientation professionnelle étaient

remplies et qu'une orientation professionnelle aurait lieu à l'Office pour déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle.

A l'occasion d'un entretien téléphonique du 20 février 2008 à l'OAI, l'assuré a fait état d'une péjoration au niveau de son genou.

Sur requête de l'OAI, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lui a adressé un rapport médical le 2 mai 2008. Il y a posé les diagnostics de canal lombaire étroit, de status après hémilaminectomie gauche réalisée en 2006, et, du point de vue orthopédique, de probable nécrose du condyle fémoral interne et externe du genou droit en octobre 2006. Il précisait suivre l'assuré depuis mai 2007. Il notait que l'évolution sur le problème du genou devrait être stationnaire, voire favorable. Il ne proposait pas de traitement spécifique mais une activité limitée en fonction des douleurs du genou voire du rachis. Du point de vue du genou, il fallait éviter tout port de charges excessif (maximum 10 kg), les mouvements de torsion, la position accroupie ou à genoux et la montée et la descente d'escaliers. Il était d'avis qu'une activité serait exigible en tout cas à 50 %.

Le 5 juin 2008, l'OAI a accordé à l'assuré une orientation professionnelle auprès du Centre I._____.

Dans un nouveau rapport médical du 13 juin 2008 à l'OAI, le Dr S._____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur discopathies et canal étroit (depuis 1978), de status après cure de hernie discale L4-L5 gauche (depuis 2006) et de gonalgies droites sur ostéonécrose des condyles fémoraux (depuis 2006), les diagnostics d'hypertension artérielle (depuis 2005), d'hyperlipidémie (depuis 1993) et d'état anxio-dépressif étant sans répercussion sur la capacité de travail. Il observait que les lésions du genou étaient stables, mais que l'évolution au niveau lombaire était défavorable. L'incapacité de travail demeurait de 100 % comme chauffeur-livreur, depuis le 7 avril 2005. Dans une activité adaptée, le Dr S._____ évaluait la capacité de travail entre 20 % et 40 %.

Dans un courrier du 26 août 2008 au Dr S._____, le Dr L._____, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie du rachis, a relevé qu'il n'avait plus revu l'assuré depuis décembre 2006, à la suite de son intervention rachidienne du 29 juin 2006 (exérèse d'une hernie discale L4/L5 gauche avec un fragment paramédian). Il notait que celui-ci avait relativement bien évolué depuis lors, mais gardait quelques séquelles douloureuses. Ce rapport avait pour le surplus la teneur suivante :

"(...).

Cliniquement, on retrouve surtout quelques lombalgies et il [l'assuré] est un peu raide, l'indice de Schober est à 10/10 cm, la distance mains/sol à 40cm, il décrit quelques blocages, mais sans plus, et globalement il n'est pas très gêné.

Sur le plan radicaire, il n'y a que très peu de douleur et en tout cas aucun signe inquiétant, ni sur le plan sensitif, ni bien évidemment moteur.

Un bilan radiologique complet a été réalisé le 17 juillet 2008 avec des radiographies et une IRM lombaire.

Il n'y a absolument plus d'anomalie évolutive, un bon résultat au niveau du disque L4/L5 avec simplement une très discrète inflammation des articulations postérieures L4/L5 droites et gauches, témoignant du contexte dégénératif.

Cela me semble relativement modéré, en tout cas il n'y a pas de sténose canalaire, pas d'instabilité, pas de récurrence herniaire et pas de hernie sur les interlignes sus et sous jacents.

Tout au plus pourrait-on discuter éventuellement des infiltrations articulaires postérieures ou mieux une thermocoagulation facettaire bilatérale en L4/L5 à droite et à gauche si on voulait le soulager de manière un peu plus complète.

En tout cas à l'heure actuelle, je n'ai pas de nouvelle indication le concernant, il doit vous revoir pour la poursuite de la surveillance.

Par ailleurs, l'idéal serait bien sûr d'envisager une mise en invalidité relative, pour essayer de préserver au maximum sa colonne en excluant les efforts physiques pénibles, le port de charge lourde et une demande a été faite à l'AI en ce sens."

L'assuré a été convoqué le 6 avril 2009 au Centre I. _____ pour son stage, prévu du 6 avril au 5 juillet 2009.

Par certificat médical du 18 avril 2009, le Dr S. _____ a fait état d'une incapacité de travail d'une durée probable de deux semaines ayant débuté le 20 avril 2009, en précisant que le travail pourrait être repris à 50 % le 4 mai 2009.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 15 mai 2009, le Dr K. _____ du SMR a indiqué que le Dr S. _____ lui avait expliqué par téléphone qu'il n'y avait pas de faits nouveaux, mais que l'assuré s'était plaint d'une exacerbation de ses douleurs après le début du stage; il avait aussi trouvé le stage mal organisé. Le Dr K. _____ relevait que si la reprise de stage n'avait pas lieu ou s'il y avait une nouvelle interruption, il faudrait alors probablement un examen clinique rhumatologique au SMR pour fixer clairement l'exigibilité.

Le Dr S. _____ a attesté d'une incapacité de travail du 1^{er} au 12 juin 2009 par certificat médical du 10 juin 2009.

Selon un rapport intermédiaire de l'OAI du 11 juin 2009, l'assuré avait débuté le stage le 6 avril 2009, avait été mis en arrêt de travail à 100 % le 20 avril 2009, puis avait repris son stage à 50 % le 4 mai 2009. Il était démonstratif et mettait ses douleurs en avant, ne se projetait pas dans l'avenir et n'était pas dans une dynamique de reconversion. Il n'était pas possible de faire une orientation professionnelle adéquate et il avait été convenu d'interrompre la mesure en cours le 12 juin 2009.

Par avis médical du 11 juin 2009, le Dr K. _____ du SMR a confirmé qu'il fallait un examen clinique rhumatologique au SMR pour déterminer clairement les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

Un examen clinique rhumatologique a été effectué le 3 juillet 2009 auprès du SMR. Dans son rapport du 10 juillet 2009, le Dr T. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation, a posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail :

- lombosciatalgies chroniques (M54.42).
 - status après cure de hernie discale L4/L5 G.
 - modification de type inflammatoire MODIC II et phénomènes inflammatoires aux dépens des articulaires postérieures L4/L5 avec image de géode et d'ostéophyte.
 - déconditionnement musculaire.
 - discopathies étagées.
- gonalgies D sur status après nécrose aseptique du condyle interne (M87.1).
- douleurs chroniques de la cheville D sur status après fracture et ostéosynthèse à l'âge de 19 ans (arthrose post-traumatique) (M19.17).

Sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr T. _____ a en outre retenu les diagnostics ci-dessous :

- majoration des plaintes avec notion anamnestique d'un état anxiodépressif.
- hypertension artérielle traitée.
- surcharge pondérale modérée.

- dyslipidémie traitée.

Le Dr T._____ a encore noté que l'assuré n'avait pas d'antécédent d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Il avait déclaré avoir été pris en charge dans le courant 2008 par un psychologue pour neuf séances et avait interrompu son suivi qui n'était pas pris en charge par son assurance. L'assuré décrivait un état anxiodépressif à caractère fluctuant, évoluant déjà depuis plusieurs années. Il déclarait en outre avoir le sentiment de se refermer sur lui-même, une perte d'intérêt pour les différentes activités de la vie quotidienne habituellement agréables, ainsi qu'un sentiment d'inutilité, de nervosité et d'anxiété géré par la prise de Xanax.

Le médecin du SMR a enfin retenu ce qui suit :

"Appréciation du cas

Assuré âgé de 51 ans, exerçant l'activité de chauffeur/livreur pour une entreprise de fleurs, en incapacité de travail à taux variables depuis le mois de janvier 2004 dans un contexte de lombalgies chroniques évoluant depuis de nombreuses années avec un phénomène de blocages exacerbés par son activité à forte charge physique. Une demande de prestations AI en vue d'une reconversion professionnelle versus l'octroi d'une rente est déposée le 20.03.2007.

Alors que l'assuré a été récusé une première fois en 2005 sur le plan neurochirurgical, une intervention pour hernie discale L4/L5 paramédiane G est réalisée le 29.06.2006 par le Dr L._____, à la Clinique [...]. L'évolution post opératoire est marquée par la persistance d'une symptomatologie algique lombaire avec sciatalgie à bascule et l'apparition de gonalgies à caractère mécanique aux dépens du genou D dans un contexte de nécrose aseptique du condyle interne vraisemblablement induit par les traitements d'infiltrations de corticoïdes.

Actuellement, l'assuré signale une symptomatologie algique constante aux dépens du rachis lombaire exacerbée par les positions statiques ou toute forme d'activité physique. Associées aux douleurs lombaires, il décrit des irradiations douloureuses au niveau des 2 membres inférieurs avec une gonalgie à caractère mécanique du compartiment interne et des douleurs chroniques de la cheville D évoluant depuis 2 mois vraisemblablement dans un contexte de troubles arthrosiques post-traumatiques (status après fracture et ostéosynthèse à l'âge de 19 ans).

L'examen clinique au SMR met en évidence un assuré démonstratif, montrant à plusieurs reprises des signes d'irritation par rapport aux questions posées et à l'examen réalisé, présentant des signes nets de non organicité 8/8 selon Waddell, 2/2 selon Kummel et 7/18 selon Smythe en faveur d'une participation à caractère non organique. L'examen sur le plan ostéoarticulaire ne met pas en évidence de

limitation nette dans les amplitudes articulaires que ce soit aux dépens du rachis ou des membres inférieurs. L'examen sur le plan neurologique met en évidence une hypoesthésie à la face latérale externe de la cuisse, du mollet et de l'ensemble du pied sans mise en évidence de trouble de la pallesthésie ou du sens positionnel. A signaler que les réflexes ostéotendineux sont conservés et symétriques, qu'il n'y a pas d'amyotrophie décelable ou de trouble de la force musculaire lors du testing hormis des lâchages à caractère antalgique. A signaler aussi une discordance entre un Lasègue traditionnel positif à partir de 40° et augmenté par la manœuvre de Bragard à D non retrouvé en position assise. A signaler par ailleurs l'absence de mise en évidence d'hypertension artérielle malgré des allégations d'importantes douleurs avec une expression verbale et corporelle très démonstrative.

Le reste de l'examen de médecine générale est sp hormis la mise en évidence d'une surcharge pondérale et d'un déconditionnement musculaire aux dépens de la musculature posturale associés à une rétraction modérée de la musculature ischio-jambière.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence un status après cure de hernie discale L4/L5 G avec présence de troubles dégénératifs sous la forme de protrusions discales étagées, phénomènes inflammatoires aux dépens des articulaires postérieures avec micro-géodes et phénomènes ostéophytaires.

En ce qui concerne le genou D, les documents mis à disposition confirment une nécrose aseptique du condyle interne sans mise en évidence d'arthrose secondaire ou de lésion ostéoarticulaire objectivable à la radiographie standard.

En conclusion, cet assuré de 51 ans, chauffeur/livreur, présente une symptomatologie algique chronique centrée sur le rachis lombaire et le membre inférieur D. Cette symptomatologie algique est en relation avec un trouble dégénératif du rachis lombaire associé à un trouble inflammatoire à caractère dégénératif sur un status après cure de hernie discale. Au niveau du genou, l'assuré présente une nécrose aseptique du condyle interne semblerait-il induit par un traitement de corticoïdes. Une bonne partie de la symptomatologie mise en avant par l'assuré peut s'expliquer par les atteintes à la santé objectivement mises en évidence par les documents radiologiques mis à disposition.

La globalité de la symptomatologie algique et le handicap majeur revendiqués par l'assuré s'inscrivent dans un phénomène de majoration des plaintes associé à la notion d'un trouble anxiodépressif évoluant depuis au moins 2008 avec des antécédents de prise en charge sur le plan psychologique.

Au vu de l'atteinte ostéoarticulaire indéniable, l'assuré présente une incapacité de travail totale dans son activité antérieure de chauffeur/livreur de façon définitive. Les limitations fonctionnelles induites par les atteintes ostéoarticulaires amènent à une diminution de rendement, même dans une activité adaptée qui les respecte, de l'ordre de 25%. La globalité du handicap mis en avant par l'assuré s'explique essentiellement pas les phénomènes de non organicité clairement mis en évidence par l'examen clinique au SMR éventuellement potentialisés par un état anxiodépressif mis en avant par l'assuré.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 7.5 kg. Pas de position statique assise au-delà de 30 min sans possibilité de varier la position assise et la

position debout au minimum 2x/ heure de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Pas de montée ou descente d'escaliers à répétition. Eviter les positions en genuflexion ou accroupi. Pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur. Pas de position statique debout immobile au-delà de 5 à 10 min, diminution de périmètre de marche à environ 30 min.

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

Sur la base du rapport employeur, l'assuré est en incapacité de travail à taux variables depuis le mois de janvier 2004. Le début de la longue maladie peut être raisonnablement établi depuis lors.

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

Entre janvier 2004 et avril 2005, l'assuré présente des périodes d'incapacités de travail à taux variables entre 25 et 100 % (cf. rapport employeur). Dès le 07.04.2005, une incapacité de travail à 100 % est attestée de façon continue avec la notion d'un licenciement pour longue maladie à partir du 01.04.2006.

Concernant la capacité de travail exigible,

Au vu des atteintes à la santé sur le plan ostéoarticulaire présentées par cet assuré, une incapacité de travail totale dans son activité antérieure de chauffeur/livreur est retenue de façon définitive. Une activité adaptée est théoriquement possible à un taux de 100 % avec une diminution de rendement de l'ordre de 30 % au vu de la pathologie inflammatoire aux dépens du rachis lombaire et des antécédents de nécrose aseptique du condyle interne à D.

L'évaluation de la capacité de travail se base uniquement sur les atteintes à la santé objectives mises en évidence sur le plan ostéoarticulaire par les différents examens complémentaires réalisés à ce jour et l'examen clinique réalisé au SMR. La composante à caractère non organique à laquelle se surajoute la notion d'un trouble anxiodépressif n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail de cet assuré.

L'activité adaptée est théoriquement possible au plus tard 6 mois après l'intervention chirurgicale subie le 29.06.2006.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle: 0 %

Dans une activité adaptée: 70 %."

Dans son rapport médical du 6 août 2009, le Dr K. _____ du SMR a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais de 70 % dans une activité adaptée.

Selon le rapport final du 14 octobre 2009 de l'OAI, l'assuré maintenait sa position selon laquelle il s'estimait totalement incapable de travailler à plus de 50 % même si l'activité était adaptée.

Par projet d'acceptation de rente du 19 octobre 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} mars 2006 au 31

mars 2007, puis à une demi-rente du 1^{er} avril 2007 au 31 mai 2008 et dès le 1^{er} juin 2009 (la rente ayant été suspendue en mai 2008 et rétablie en juin 2009, l'assuré ayant bénéficié d'indemnités journalières AI du 20 mai 2008 au 12 juin 2009).

Par courrier du 19 octobre 2009 à l'OAI, le Dr S. _____ lui a fait savoir qu'en sa qualité de médecin traitant depuis une trentaine d'années, il s'estimait être mieux à même [que le SMR] de juger l'état de santé et la capacité de travail de son patient, qui ne dépassait selon lui pas 25 % dans une activité adaptée.

Le 17 novembre 2009, l'assuré, par son avocate, a adressé à l'OAI ses observations relatives au projet de décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} mars 2006, avec interruption de mai 2008 à juin 2009.

Dans son rapport du 14 janvier 2010 à l'OAI, le directeur du Centre I. _____ a relevé que l'assuré avait démontré de bonnes capacités d'apprentissage dans le module informatique. Il notait encore que la position assise semblait lui poser problème dans la mesure où il n'avait jamais su trouver une position favorable lui permettant de tenir au-delà d'une demi-heure.

Par avis médical du 16 février 2010, le Dr W. _____ du SMR s'est déterminé sur les arguments soulevés par l'assuré à l'appui de ses observations au projet de décision. Il a notamment observé que le Dr S. _____ avait signalé un état dépressif ou anxio-dépressif sans répercussion sur la capacité de travail, et que l'assuré avait suivi neuf séances avec un psychologue en 2008, sans prise en charge spécifique par un psychiatre.

Le 20 mai 2010, l'assuré, par son avocate, a contesté la prise de position du SMR du 16 février 2010, en demandant une expertise bidisciplinaire avec volet psychiatrique.

Le 15 septembre 2010, l'assuré, par son conseil, a fait état d'une expertise privée qu'il avait confiée aux Drs Z._____, spécialiste en rhumatologie et V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il a exposé que ces experts retenaient une baisse de rendement de 30 % sur un 100 % sur le plan somatique, puis une limitation supplémentaire de la capacité de travail sur le plan psychiatrique, ce qui représentait une capacité de travail de 70 % mais avec 30 % de diminution de rendement dans une activité adaptée, soit au final 49 % de capacité de travail dans une activité adaptée.

Sur requête de l'OAI, le rapport des Drs Z._____ et V._____ lui a été communiqué le 18 octobre 2010. Les conclusions du rapport du 6 septembre 2010 du Dr Z._____ avaient la teneur suivante :

"Au terme de cette expertise, les experts s'accordent à estimer que, en raison des atteintes dégénératives du rachis lombaire et du genou droit, une incapacité de travail complète dans l'activité antérieure de chauffeur-livreur est justifiée. Sur le plan somatique, une activité adaptée est effectivement envisageable à un taux de 100% avec une baisse de rendement de 30 % en tenant compte des limitations détaillées posées par le Dr T. _____ à la page 8 de son rapport du 10.07.2009. Compte tenu de l'importance de la psychopathologie associée, il existe une limitation supplémentaire de la capacité de travail dans une activité adaptée, à un taux que les experts s'accordent à fixer à 30%. Au total, incapacité [recte : capacité] de 70 % avec 30 % de diminution de rendement dans une activité adaptée.

Propositions thérapeutiques

Sur le plan somatique, en l'absence de signes neurologiques significatifs, il serait justifié de reprendre un programme de rééducation, visant à améliorer en particulier la force-endurance de la musculature du tronc. A ce propos, on peut rappeler l'expérience positive que le patient a vécue lors de la prise en charge intensive à l'Unité Rachis en 2002. Des sports non contraignants pour le rachis et les genoux, tels que la natation et le vélo, devraient être favorisés.

Sur le plan psychiatrique, la réintroduction d'un traitement médicamenteux antidépresseur efficace, ainsi qu'une prise en charge spécialisée, paraissent justifiées.

Si on ne peut pas attendre des mesures thérapeutiques physiques une amélioration suffisante pour reprendre l'ancienne activité, une amélioration significative de l'état anxieux et dépressif est possible et pourrait s'accompagner d'une augmentation de la capacité de travail et une réévaluation psychiatrique devrait avoir lieu dans un délai d'un an environ."

Selon le rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse V._____ du 30 août 2010, cette dernière a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10). Elle a estimé l'incapacité de travail à 30 %, avec la précision que l'assuré pourrait bénéficier d'une prise en charge psychiatrique, avec réévaluation après 12 mois.

Par avis médical du 9 novembre 2010 faisant suite à l'analyse du rapport médical des Drs Z._____ et V._____, le Dr W._____ du SMR a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée.

Par courrier à l'assuré du 4 février 2011, l'OAI a expliqué que le taux d'incapacité de travail ne résultait pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail mais procédait d'une évaluation globale. L'OAI maintenait que l'état de santé de l'assuré lui permettait l'exercice d'une activité adaptée à 70 %, cette appréciation tenant aussi bien compte de son état de santé psychique que somatique. Il précisait qu'un suivi psychiatrique permettrait d'améliorer son état de santé et ses limitations fonctionnelles. S'agissant de l'abattement, il retenait une réduction de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, de sa baisse de rendement et du nombre d'années de service dans la même entreprise.

Le 4 février 2011, l'OAI a rendu un nouveau projet d'acceptation de rente, avec la motivation suivante :

"Résultat de nos constatations :

Depuis le mois de janvier 2004 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

A l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI précité, soit le mois de janvier 2005, votre incapacité de travail et de gain est entière ce qui en l'espèce vous ouvre le droit à une rente entière de l'AI.

Toutefois, les prestations ne peuvent être accordées que pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande. Votre demande de prestations déposée le 20 mars 2007 est donc tardive.

Sur la base des renseignements médicaux en notre possession, nous constatons que depuis le mois de janvier 2007 une capacité de travail de 70 % peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité sans port de charges de plus de 5kg, sans mouvement en porte-faux du tronc avec alternances des positions sans montée d'escaliers ni d'agenouillement et d'accroupissement.

Nous avons dès lors évalué votre préjudice économique.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4732.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau 69.2), ce montant doit être porté à CHF 4933.11 (CHF 4732.- x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+ 1.60 %; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 60'144.48.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 70%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 42'101.13 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid.5blcc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, de votre diminution de rendement ainsi que des années de service dans la même entreprise, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 35786.-. Sans atteinte à la santé, vous pourriez prétendre en 2007 à un revenu annuel de CHF 82000.-.

Comparaison des revenus

sans invalidité CHF 82000.00

avec invalidité CHF 35786.00

La perte de gain s'élève à CHF 46214.00 = un degré d'invalidité de 56.35 %

Le passage à la demi-rente prend effet le 1^{er} avril 2007, soit trois mois après l'amélioration de votre capacité de travail et de gain.

Ayant bénéficié d'indemnités journalières AI du 20 mai 2008 jusqu'au 12 juin 2009, la rente est suspendue en mai 2008 et rétablie à nouveau en juin 2009.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Dès le 01.03.2006 et jusqu'au 31.03.2007, vous avez droit à une rente entière, puis du 01.04.2007 au 31.05.2008 et à nouveau dès le 01.06.2009, vous avez droit à une demi- rente de l'AI".

Le 10 mars 2011, l'assuré, par son avocate, a adressé à l'OAI ses objections à ce projet de décision, faisant valoir que l'expertise des Drs Z. _____ et V. _____ était probante et qu'il convenait de procéder à une instruction complémentaire en réinterpellant le Dr Z. _____.

Le 28 mars 2011, l'avocate de l'assuré a produit un courrier du 25 mars 2011 du Dr Z. _____, selon lequel ce médecin précisait que la capacité de travail était de 70 % avec 30 % de diminution de rendement dans une activité adaptée. Ce médecin notait encore que lui et la Dresse V. _____ avaient estimé que la situation n'était pas stabilisée sur le plan psychiatrique et que des mesures médicales étaient susceptibles d'améliorer la capacité de travail.

Par avis médical du 7 avril 2011, le Dr W. _____ du SMR a observé que l'appréciation "consensuelle" des experts ne reflétait pas leurs appréciations individuelles, dans la mesure où chacun des experts, individuellement, admettait une diminution de la capacité de travail de 30 %, l'une pour raisons somatiques, l'autre pour raisons psychiatriques.

Dans une lettre explicative du 31 mai 2011, l'OAI a relevé que le courrier du Dr Z. _____ du 25 mars 2011 était en contradiction avec

les appréciations individuelles de ce spécialiste et de la Dresse V._____, joignant l'avis du SMR du 7 avril 2011 en annexe.

Par décisions du 15 juillet 2011, l'OAI a alloué une rente entière à l'assuré du 1^{er} mars 2006 au 31 mars 2007, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril 2007 au 31 mai 2008, et dès le 1^{er} juin 2009, fondée sur un degré d'invalidité de 56 %.

B. Par actes du 9 septembre 2011, F._____, par son conseil, a recouru contre ces décisions auprès de la Cour des assurances du Tribunal cantonal, en concluant à leur réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière du 1^{er} mars 2006 au 31 mai 2008, puis à une rente entière à compter du 1^{er} juin 2009, avec intérêt, subsidiairement à leur annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, le recourant fait valoir que dans la mesure où le Dr T._____ a mentionné un état anxio-dépressif dans son rapport d'expertise, l'intimé aurait dû recourir à l'appui d'un psychiatre pour apprécier son état de santé psychique, ce d'autant qu'il ressort du rapport du Dr T._____ qu'il a décrit un état anxio-dépressif à caractère fluctuant évoluant depuis plusieurs années et une prise de Xanax. Comme sa requête de mise en œuvre d'expertise bidisciplinaire n'avait pas été suivie, le recourant explique qu'il n'a eu d'autre choix que de se soumettre à une expertise privée, au terme de laquelle les experts ont conclu qu'il présentait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30 %. Il fait valoir que le rapport des Drs Z._____ et V._____ a pleine valeur probante et que la capacité de travail a fait l'objet d'une évaluation globale par ces spécialistes, si bien qu'il convient de retenir qu'il présente une capacité de travail de 70 % avec 30 % de rendement, soit 21%, ce qui représente une capacité de travail résiduelle de 49 %. Pour lui, le projet d'acceptation de rente du 4 février 2011 procède à un calcul erroné du degré d'invalidité puisqu'il est fondé sur une exigibilité de 70 %. Il requiert enfin que pour le cas où la Cour ne s'estimait pas suffisamment renseignée, une expertise judiciaire

bidisciplinaire, avec volet rhumatologique et psychiatrique, soit mise en œuvre.

Les deux recours ont fait l'objet d'une instruction commune.

Dans sa réponse du 30 novembre 2011, l'intimé propose le rejet du recours.

Dans sa réplique du 10 janvier 2012, le recourant, par son conseil, déplore à nouveau l'absence d'examen psychiatrique de la part de l'intimé. Il conclut en outre à ce que les dépens qui seront mis à la charge de l'intimé incluent le remboursement de la somme de 3'900 fr. correspondant aux frais d'expertise des Drs Z._____ et V._____, plus intérêts. Il joint en annexe le justificatif de remboursement du Dr Z._____.

E n d r o i t :

1. 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 sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, interjetés le 9 septembre 2011, les recours ont été déposés en temps utile compte tenu des fêtes et répondent aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'ils sont recevables.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 410 consid. 2c p. 417, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente supérieure à une demi-rente d'invalidité du 31 mars 2007 au 31 mai 2008, et à compter du 1^{er} juin 2009, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail telle qu'opérée par l'intimé.

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

Selon l'art. 28 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge s'il y a recours - a besoin de documents que les médecins, 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. 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 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les arrêts cités; I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6.1).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de 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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Le Tribunal fédéral relève en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière

de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecins traitants. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/07 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4).

4. En l'espèce, le recourant se plaint essentiellement du fait que l'intimé n'aurait pas instruit la problématique psychiatrique dont il allègue souffrir.

a) Sur le plan somatique, la situation n'est pas litigieuse : le recourant ne remet ainsi pas en question la capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée arrêtée par le Dr T._____ à la suite de son examen du 3 juillet 2009 (rapport du 10 juillet 2009). Il convient en effet de constater que les observations des différents somaticiens qui ont examiné le recourant sont concordantes et qu'il n'y a pas lieu pour le surplus de remettre en cause les conclusions du rapport du Dr T._____, qui repose sur une étude approfondie du dossier du recourant, un examen de ce dernier, et pose des conclusions claires et dénuées de contradictions et doit dès lors se voir reconnaître valeur probante.

Il convient ainsi de confirmer que le recourant présente une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Au plan psychiatrique, le recourant soutient que l'intimé aurait dû mettre en œuvre une instruction complémentaire. Il se prévaut à cet égard du fait que dans la mesure où le Dr T._____ a mentionné un état anxio-dépressif dans son rapport d'expertise, l'intimé aurait dû recourir à l'appui d'un psychiatre pour apprécier son état de santé psychique. Il se prévaut à cet égard de l'avis de la Dresse V._____, qui a diagnostiqué un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10).

Le recourant ne peut être suivi dans ses explications. En premier lieu, le Dr S._____, médecin traitant depuis 30 ans, n'a pas fait état d'une influence sur la capacité de travail de l'état dépressif qu'il mentionne comme diagnostic dans son rapport médical à l'intimé du 16 mai 2007. Réinterpellé en juin 2008, le Dr S._____ a à nouveau mentionné un état anxio-dépressif comme étant sans répercussion sur la capacité de travail (rapport médical du 113 juin 2008). A l'occasion de l'entretien téléphonique faisant suite à l'interruption du stage auprès du Centre I._____, le Dr S._____ a expliqué au Dr K._____ du SMR qu'il n'y avait pas de faits nouveaux mais que l'assuré s'était plaint d'une exacerbation de ses douleurs après le début de stage (avis médical du SMR du 15 juin 2009). Dans le cadre de son examen de juillet 2009, le Dr T._____ a fait état d'un suivi par un psychologue pour neuf séances en 2008. Ce médecin a pour le surplus reproduit les déclarations du recourant, qui décrivait un état anxiodépressif à caractère fluctuant évoluant depuis plusieurs années, en constatant pourtant que l'intéressé n'avait pas d'antécédent d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Dans l'appréciation du cas du recourant, le Dr T._____ a observé que la globalité de la symptomatologie algique et le handicap majeur revendiqué s'inscrivaient dans un phénomène de majoration des plaintes associé à la notion d'un trouble anxiodépressif évoluant depuis au moins 2008 avec des antécédents de prise en charge sur le plan psychologique. Cela étant,

ce diagnostic de majoration des plaintes avec notion anamnestique d'un état anxiodépressif était retenu sans répercussion sur la capacité de travail. Il convient encore de constater, avec le Dr W._____ du SMR (cf. avis médical du 16 février 2010), que si l'état anxio-dépressif du recourant avait été d'une intensité telle qu'il nécessite une prise en charge spécifique, il aurait été adressé à un psychiatre dont les prestations auraient été prises en charge par les caisses-maladie, et non uniquement à un psychologue, dont le traitement a été interrompu faute de prise en charge des frais. Il ressort également du rapport du Dr T._____ que le recourant ne bénéficie pas de traitement médicamenteux antidépresseur, seul un traitement anxiolytique de Xanax 0.5 mg pris une à deux fois par semaine étant mentionné. Or selon les conclusions du rapport du Dr Z._____ du 6 septembre 2010, la réintroduction d'un traitement médicamenteux antidépresseur efficace ainsi qu'une prise en charge spécialisée paraissent justifiées, une amélioration significative de l'état anxieux et dépressif étant possible.

c) Le recourant soutient enfin qu'il présente une capacité de travail résiduelle de 49 %, et non de 70 %, dès lors que le Dr Z._____ a conclu à la présence d'une capacité de travail de 70 % avec baisse de rendement de 30 %, considérant que l'expertise privée du 6 septembre 2010 doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Or les constatations d'un médecin ou d'un expert ne peuvent être tenues pour probantes que s'il explique son point de vue de manière cohérente et si les autres exigences posées par la jurisprudence en la matière sont remplies (cf. TF 9C_460/2010 du 16 décembre 2010, consid. 3.2).

Or en l'occurrence, les conclusions du Dr Z._____ ne sont pas étayées par des explications claires quant aux motifs pour lesquels l'atteinte à la santé psychique du recourant nécessiterait un allègement supplémentaire de 30 % du rythme ou du temps de travail, par rapport à l'incapacité de travail de 30 % déjà admise en raison des atteintes à la santé physique. Il apparaît plutôt que le Dr Z._____ s'est limité à reprendre abstraitement les conclusions du rapport du 30 août 2010 de la Dresse V._____. Or cette dernière n'a fait état que d'un épisode

dépressif moyen sans syndrome somatique, susceptible d'amélioration en cas de reprise d'un traitement antidépresseur efficace et d'une prise en charge spécialisée. Finalement, l'addition des taux d'incapacité somatique et psychique, à laquelle le Dr Z._____ procède et dont se prévaut le recourant, ne peut être suivie. Il convient plutôt d'admettre, avec le SMR (cf. avis des 9 novembre 2010 et 7 avril 2011), que le recourant présente bien au degré de vraisemblance requis une capacité de travail de 70 %, une incapacité de travail supérieure à 30 % pour raisons psychiatriques ne pouvant être retenue au vu de l'intensité moyenne de l'épisode dépressif, de l'absence de syndrome somatique et de l'absence de prise en charge psychiatrique adéquate.

Il convient dès lors de retenir que dans une activité adaptée le recourant présente une capacité de travail de 70 %.

5. Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté. Vérifié d'office, il peut être confirmé.

6. L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mise en œuvre d'expertise formulée par le recourant. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

7. a) Il résulte de ce qui précède que les recours, mal fondés, doivent être rejetés et les décisions attaquées confirmées.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 fr. 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. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Les recours sont rejetés.

- II.** Les décisions rendues le 15 juillet 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate 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 :