

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 avril 2015

Composition : Mme THALMANN, présidente
MM. Bidiville et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

G._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1953, a déposé le 10 août 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente. Sans formation professionnelle, il a travaillé à l'Hôtel [...] comme casseroier puis garçon de buffet, avant d'assurer le poste de chef de rang dès juillet 1988. Selon le questionnaire établi le 24 août 2009, l'employeur a annoncé un salaire mensuel de l'assuré se chiffrant à 3'950 fr., plus 0.47%, pour l'année 2008.

A la suite d'un scanner lombaire pratiqué le 20 février 2009, la Dresse X. _____, spécialiste en radiologie, a conclu à une minime hernie discale L4-L5 médiane comprimant légèrement le sac dural et possiblement le départ des racines L5 selon les positions, ainsi qu'à une hernie nettement plus marquée L5-S1 médiane-paramédiane gauche, refoulant nettement le départ de la racine S1 gauche postérieurement ainsi que partiellement le sac dural. Elle n'a pas observé de rétrécissement canalaire ni d'entrave du passage des racines dans leurs trous de conjugaison respectifs.

Dans un rapport du 16 juin 2009, le Prof. J. _____, chef de service au L. _____ de neurochirurgie, a exposé notamment ce qui suit :

« Le patient susnommé a séjourné dans notre service de Neurochirurgie du 08.06.2009 au 08.06.2009, date de son retour à domicile.

Motif d'hospitalisation

Syndrome radiculaire irritatif S1, déficitaire d'un point de vue sensitif et moteur.

Anamnèse

Monsieur G. _____ est un patient de 56 ans, sommelier de métier, qui présente depuis environ 4,5 mois des lombosciatalgies gauches irradiant dans le dermatome S1. Cette symptomatologie est apparue suite à un port de charge lourde en février 2009. Actuellement les plaintes principales du patient sont des lombalgies sans irradiations franches mais toutefois avec une petite composante de douleurs au niveau de la plante du pied et également sur la face postérieure de

la fesse G. Le patient rapporte également des paresthésies sur le bord latéral du pied à G, associées à une diminution de la sensibilité dans ce territoire. Il n'y a pas de troubles génito-sphinctériens. Le patient ressent une discrète faiblesse au niveau du MIG.

A noter que la symptomatologie douloureuse a évolué favorablement depuis la dernière consultation aux urgences datant du 22.05.09, avec actuellement des douleurs qui se limitent principalement au niveau lombaire. Le patient rapporte également une amélioration de la qualité de vie de tous les jours. Le patient souffrant chroniquement de céphalées, il nous rapporte avoir pris des Aspégic 1000 mg au moins 1 x /j au cours des 10 derniers jours.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Hernie discale L5-S1 entrant en conflit avec la racine S1 à G.

[...]

Evolution

Monsieur G. _____ est un patient de 56 ans, qui présente un syndrome radiculaire S1 irritatif déficitaire d'un point de vue sensitif et moteur depuis environ 4,5 mois. Le patient présente cependant depuis ces deux dernières semaines une lente résolution de sa symptomatologie radiculaire S1 à G avec une disparition progressive du trajet de douleurs irradiant sur la face postérieure du MIG. Le patient rapporte également une amélioration des troubles sensitifs avec une diminution de l'hypoesthésie et une diminution de l'intensité des paresthésies au niveau du pied à G.

Au vu de la lente amélioration du syndrome irritatif, nous décidons donc de repousser l'opération à une date ultérieure en fonction de l'évolution de sa symptomatologie.

De plus, Monsieur G. _____ ayant pris de l'acide acétylsalicylique à fortes doses au cours des dix derniers jours, nous récusons le patient pour le bloc opératoire au vu des risques hémorragiques.

Nous expliquons donc au patient les raisons pour lesquelles nous décidons de repousser, voire d'annuler son intervention. Le patient accepte ces explications et rentre à son domicile dans l'après-midi du 08.06.09 avec un traitement antalgique simple ainsi qu'une prescription de physiothérapie à but antalgique.

[...]

Incapacité de travail

A 100% jusqu'au prochain contrôle.

Prochain contrôle

Le patient sera revu à la consultation du Dr N. _____ dans 6 semaines (pour évaluation d'une éventuelle sanction chirurgicale). »

Dans un rapport du 24 août 2009, le Dr A. _____, spécialiste en neurochirurgie, s'est exprimé notamment comme il suit :

« Appréciation : ton patient présente donc depuis plusieurs mois des douleurs lomboradiculaires du membre inférieur gauche avec prédominance de douleurs sciatalgiques et troubles sensitifs d'accompagnement sur hernie discale médiane paramédiane gauche L5-S1. Au vu de la longueur de l'affection avec résistance aux traitements conservateurs ainsi que gêne quotidienne y relative avec important syndrome lombaire d'accompagnement, je pense qu'une intervention neurochirurgicale décompressive sera indiquée. »

Dans un rapport du 2 octobre 2009, le Dr U._____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de hernie discale médiane paramédiane gauche L5-S1 et de déficit vestibulaire périphérique gauche depuis 2004 et droits depuis 2006, ce dernier diagnostic n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail. Il mentionnait qu'une hospitalisation était prévue le 3 octobre 2009 à l'hôpital [...] où serait pratiquée une intervention chirurgicale.

Le 5 octobre 2009, l'assuré a subi une hemilaminectomie L5-S1 gauche pour cure de hernie discale paramédiane gauche L5-S1 avec sténose latérale associée, pratiquée par le Dr A._____.

Dans un rapport du 26 octobre 2009, les Drs S._____, Q._____, Z._____ et D._____, du Service de neurochirurgie des Etablissements hospitaliers E._____ (ci-après : E._____), ont indiqué notamment ce qui suit :

« Votre patient a séjourné dans notre service d'orthopédie-neurochirurgie du 05.10.2009 au 12.10.2009, date de son retour à domicile.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :	- Hernie discale L5 - S1 gauche avec compression de l'émergence de la racine S1.
DIAGNOSTICS SECONDAIRES :	- Constipation. - Crise d'un syndrome de Ménière.
COMORBIDITE(S) & ANTECEDENT(S) :	- Probable maladie de Ménière. - Status post intervention chirurgicale urologique de la prostate en 2008. - Status post cure de varices membre inférieur gauche. - Allergie aux fraises avec atteinte cutanée.

Le 05.10.2009: Hénilaminectomie L5 - S1 gauche pour cure de hernie discale paramédiane gauche L5 -

INTERVENTION : S1 avec sténose latérale associée.

[...]

DISCUSSION ET EVOLUTION :

Monsieur G. _____ est hospitalisé pour une cure de hernie discale par chirurgie décompressive. Les suites sont marquées par un syndrome douloureux local nécessitant une ablation du Redon déjà le 3^{ème} jour postopératoire.

Le patient a bénéficié d'une rééducation à la marche et une école du dos par nos collègues physiothérapeutes. Le patient se déplace de manière autonome.

A noter que Monsieur G. _____ durant son hospitalisation a présenté un ralentissement du transit intestinal nécessitant de multiples lavements.

Le patient bénéficie durant l'hospitalisation d'un traitement prophylactique anti-thromboembolique. Par la suite, nous proposons de poursuivre le traitement antalgique per os et anti-inflammatoire sous protection gastrique.

A noter que le patient a présenté des vertiges, ce qui a motivé de prescrire au patient un traitement de Betaserc jusqu'à un contrôle chez un médecin ORL.

Du point de vue neurochirurgical, l'évolution étant favorable, le patient peut rentrer à domicile le 12.10.2009. »

Le Dr A. _____ s'est exprimé dans un rapport du 23 décembre 2009, posant les diagnostics de status après cure de hernie discale L5-S1 gauche avec sténose associée et de maladie de Ménière, diagnostics affectant la capacité de travail. Il a constaté des lombalgies résiduelles avec contractures et un syndrome radiculaire partiel du membre inférieur gauche. Le pronostic était encore réservé au vu d'un syndrome vertébral avec troubles statiques dorso-lombaires en partie préexistants et chronifiés. Il estimait qu'une réadaptation professionnelle n'était pas indiquée car, en fonction de l'évolution, le patient pourrait reprendre son activité antérieure avec les ménagements usuels lombaires. L'incapacité de travail était, pour l'heure, de 100%.

Le 25 février 2010, ce praticien a rédigé un nouveau rapport, mentionnant ce qui suit :

« 1. Evolution actuelle défavorable chez ce patient avec après les contrôles postopératoires les 17.11.09, 23.12.09 et 03.02.10 la persistance de lombalgies basses avec contractures dorsolombaires ainsi qu'attitude scoliootique d'accompagnement. Subsistance de douleurs partielles du membre inférieur gauche même si celles-ci en atténuation, avec essentiellement troubles sensitifs à prédominance distale du membre inférieur gauche. Accentuation de la symptomatologie douloureuse lors de positions statiques ainsi qu'à la marche avec boiterie gauche.

2. Syndrome lombovertébral statique et fonctionnel résiduel avec rectitude attitude partielle en antéflexion et scoliose du tronc de même que contractures mentionnées. Aréflexie achilléenne bilatérale; hypoesthésie de topographie S1 gauche; légère parésie de topographie L5 gauche alors que la marche sur la pointe est sensible de ce côté; Lasègue douloureux dès 80 degré à gauche.

3. Patient ayant bénéficié d'une physiothérapie ambulatoire postopératoire n'ayant pas amené d'amélioration significative d'une symptomatologie en partie préexistante et chronifiée. Maintien d'une médication à base de Xefo et de Zalदार (traitement également au L._____ pour une maladie de Ménière); attribution d'un lombostat en coutil baleiné, moyen auxiliaire à porter pour une durée d'une année au minimum.

4. Limitations mentionnées ci-dessus ainsi que dans mon rapport précédent à l'AI du 23.12.09.

5. Au vu de la longue histoire présente, du status objectif actuel (chez un patient par ailleurs licencié sur le plan professionnel), du pronostic réservé malgré la décompression neurochirurgicale et le maintien de mesures rééducationnelles et médicamenteuses, il est probable que l'on s'achemine chez M. G._____ vers une incapacité totale de travail définitive quelque soit le métier exercé et ceci même dans un métier adapté léger; une éventuelle réintervention chirurgicale n'est pas indiquée et ne pourrait améliorer le patient de façon significative et durable tant sur le plan subjectif qu'objectif clinique.

La poursuite de traitements conservateurs est recommandée avec suivi auprès du médecin de famille du patient le Dr U._____ à Lausanne. Nouveau contrôle neurochirurgical à la demande. »

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) a été pratiquée le 23 mars 2010. Le Dr B._____, spécialiste en radiologie, a conclu son rapport du même jour en ces termes :

« Status après hémilaminectomie gauche L5-S1 pour cure de hernie discale médiane et paramédiane gauche; actuellement, pas de signe de récurrence de hernie discale, mais tissu fibreux, cicatriciel, assez abondant, entourant la racine gauche de S1.

Arthrose postérieure.

Petite protusion discale L4-L5 mais pas de signe de hernie discale à ce niveau. »

Le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, a été mandaté expert par l'assurance perte de gain V._____. L'évaluation a eu lieu le 2 décembre 2010, avant l'établissement du rapport le 10 décembre suivant. Il en résultait notamment ce qui suit :

« **APPRECIATION DU CAS**

1. Diagnostics

En relation avec l'incapacité :

- Status après hémilamectomie et cure d'hernie discale L5-S1 pour lombo-sciatalgies gauches avec déficit sensitif.
- Lombalgies post-opératoires persistantes probablement multifactorielles

Sans relation avec l'incapacité de travail :

- Vertiges récidivants sur lésion séquellaire vestibulaire périphérique.

Appréciation de la maladie

M. G._____ souffre de douleurs lombo-fessières chroniques. Elles sont apparues brutalement en février 2009 et relèvent de deux phénomènes complémentaires.

Au départ, il avait des lombo-sciatalgies gauches typiques accompagnées d'un déficit sensitif S1 et de légères anomalies à l'examen EMG. Ces douleurs ont résisté à un traitement conservateur et M. G._____ a supporté une longue période d'attente, dues aux hésitations des spécialistes à intervenir de manière chirurgicale. En fait, le Dr N._____ (en mai 2009) puis le Dr A._____ (en août 2009) ont reconnu qu'il existait une bonne corrélation anatomo-clinique mais une hernie discale nécessite rarement une excision chirurgicale en l'absence de déficit moteur. La longue évolution et le caractère résistant des douleurs ont finalement décidé le Dr A._____ à intervenir en octobre 2010. L'opération a permis de diminuer les sciatalgies, mais elle n'a pas amélioré les douleurs lombo-fessières qui ont persisté pendant toute l'année 2010. Cette persistance douloureuse n'est pas surprenante, car les lombalgies ont une étiologie souvent bien plus complexe qu'une simple hernie discale. Actuellement, je ne trouve plus de syndrome radiculaire, mais il reste une hypoesthésie sur le bord externe de la jambe gauche qui peut concorder avec le dermatome L5 et une hypoesthésie du bord externe du pied gauche qui correspond au dermatome S1. Je note qu'une IRM en mars 2010 a trouvé une fibrose engainante autour de la racine S1 et que ce genre de cicatrice peut entraîner des symptômes neurologiques (dysesthésie en particulier). Il n'existe pas de traitement efficace contre les troubles sensitifs séquellaires d'une hernie discale mais ce genre de symptôme n'entraîne qu'une gêne mineure et reste à l'arrière plan des lombalgies dont se plaint le patient.

Les douleurs lombaires actuelles relèvent d'un phénomène plus complexe. Les examens radiologiques (SCAN ou IRM) ont montré plusieurs discopathies (L4-L5 et L5-S1), ainsi que des phénomènes dégénératifs interfacettaires qui peuvent aussi expliquer des symptômes douloureux. L'état cicatriciel post-opératoire et la fibrose autour de la racine S1 peuvent également provoquer des douleurs locales mais l'explication la plus importante est probablement le processus de chronification qui accompagne toute douleur prolongée. Tout cela entraîne un tableau complexe, associant un syndrome vertébral douloureux ainsi que des signes de non organicité (qui ne doivent pas être confondus avec de la simulation). L'anamnèse évoque surtout un facteur mécanique car le patient a besoin de bouger et de marcher et ne supporte pas les stations fixes. Cette association d'atteintes mécaniques, psychiques et fonctionnelles, est classique des cas de "failed back surgery syndrom" et elle implique un pronostic réservé. On recommande un traitement de physiothérapie active et d'exercices, tout en prescrivant les antalgiques selon les douleurs. M. G._____ a suivi ce programme sans ressentir d'amélioration mais je ne pense pas que des mesures plus agressives soient indiquées. Le Dr U._____ effectue des injections d'anti-inflammatoires avec une efficacité temporaire, et cette mesure permet de gérer les cas de crise. Des infiltrations lombaires n'ont pas été faites et ce moyen mériterait d'être envisagé devant l'importance des plaintes du patient. L'existence des douleurs chroniques doit faire rechercher une

éventuelle comorbidité psychique. Je trouve une vieille anamnèse d'insomnie, mais l'interrogatoire systématique ne relève aucun critère en faveur d'une dépression, ou d'un syndrome anxieux. M. G. _____ se plaint surtout de ses douleurs lombaires et il n'existe pas d'évidence de maladie psychique.

Signalons enfin des vertiges rotatoires connus depuis 2004 qui ont été attribués aux séquelles d'une neuronite vestibulaire. Actuellement, ce trouble entraîne deux sortes de situations. Il y a d'abord des crises sévères avec nausées et incapacité de bouger, qui surviennent une à deux fois par an et qui nécessitent surtout du repos. D'autre part, il y a des vertiges légers qui n'empêchent pas les activités habituelles, et surtout une crainte qui motive la prise de Betaserc. Mon examen clinique ne trouve pas de signe vestibulaire manifeste (pas de nystagmus) et ces vertiges ont d'ailleurs été investigués par des spécialistes universitaires. J'en conclus que le traitement actuel est suffisant.

2. Appréciation de l'incapacité de travail :

M. G. _____ travaillait comme sommelier et chef de rang à l'hôtel [...]. Cet emploi implique de porter des plateaux, d'incliner le dos pour servir les clients, de déplacer des tables ou des chaises et de faire des petites marches fréquentes. Il n'y a pas de charges lourdes mais pas de temps non plus pour s'asseoir ou reposer le dos. Les inclinaisons et les positions peu ergonomiques sont courtes mais fréquentes.

L'arrêt de travail a commencé le 20 février 2009 au cours d'une sciatique aiguë, et cette décision initiale relève de l'évidence. L'incapacité s'est prolongée en raison de la persistance des douleurs de la colonne lombaire et du membre inférieur gauche, et surtout de leur caractère dépendant de la position (debout ou assise) et des efforts (inclinaison du dos ou port de charge). Les difficultés de traitement, de même que les hésitations des chirurgiens, ont retardé l'intervention chirurgicale qui n'est survenue qu'en octobre 2010. Après l'opération, l'incapacité s'est prolongée afin de prévenir d'éventuelles complications post-opératoires. Tout ceci permet de justifier sans discussion l'incapacité qui a duré toute l'année 2009.

Pendant l'année 2010, M. G. _____ a souffert essentiellement de lombalgies multifactorielles, qui ont une importante participation mécanique. Il ne semble pas y avoir eu de grandes modifications jusqu'au jour de mon expertise et je constate actuellement un syndrome vertébral lombaire manifeste, avec de continuelles manifestations d'inconfort qui l'empêchent de garder une position fixe et qui ne sont pas compatibles avec une activité manuelle suivie. Le patient prend un traitement médicamenteux important (association d'antalgiques, d'opiacés et d'anti-inflammatoires) et il reste peu d'alternative thérapeutique. M. G. _____ va garder à long terme un syndrome douloureux handicapant tous les métiers manuels, même légers, et un emploi de sommelier n'est plus envisageable. Une incapacité définitive de 100 % peut être admise dans son métier.

En face de lombalgies handicapantes, il faut chercher un métier idéal qui permettrait d'avoir une activité professionnelle malgré les douleurs. Cette quête semble toutefois illusoire chez un homme qui

ne peut pas rester tranquille en station debout ou assise. Il se sent mieux en faisant de petites marches fréquentes, et ceci pourrait être compatible avec une fonction de surveillance. Pour envisager une activité professionnelle, il faudrait en fait que M. G. _____ change souvent de position (alternance de stations debout ou assises), qu'il puisse faire de petites marches, qu'il évite les inclinaisons du dos et les positions instables, et qu'il ne porte pas de charge au dessus de 10 kg. Même un tel poste ne permettrait cependant pas au patient de garder un bon rendement en cas d'une douleur aigue, qui nécessiterait de se coucher de temps en temps. Comme il n'a qu'une formation de sommelier et que sa maîtrise du français est probablement limitée, je l'imagine mal suivre un processus de reclassement pour obtenir un poste spécialisé de type surveillance ou gestion. J'ai appris que M. G. _____ vient d'être examiné par un médecin de l'AI, et je ne connais pas les conclusions de ce dernier. Il faudra s'enquérir auprès de cet organisme pour savoir si il reste un projet d'entamer une réadaptation professionnelle.

Les douleurs lombaires sont le principal motif d'incapacité de travail. M. G. _____ signale aussi des vertiges rotatoires qui motivent la prise de Betaserc, mais ces symptômes sont généralement brefs. Selon mon anamnèse, ils n'entraînent pas de handicap dans la vie quotidienne et je pense qu'ils ne justifient pas une incapacité significative.

J'ai discuté avec M. G. _____ qui semble être de bonne volonté. Il paraît surtout débordé par des phénomènes douloureux qu'il ne parvient pas à surmonter. Il a perdu l'espoir et attend de manière résignée la décision de l'AI.

J'ai téléphoné au Dr U. _____ qui est convaincu de la bonne foi de son patient. Il le voit souvent se promener en boitant et il lui paraît handicapé dans tous les gestes de la vie quotidienne. Ce médecin préfère éviter tout geste invasif dans la situation actuelle.

[...]

4. Diagnostic exact ?

- Status après hémilaminectomie et cure d'hernie discale L5-S1 en octobre 2009 pour lombo-sciatalgies gauches et déficit sensitif.
- Lombalgies post-opératoires persistantes probablement multi factorielles.

5. Traitement médical actuel ? Des mesures thérapeutiques seraient-elles susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé actuel ?

M. G. _____ prend des médicaments antalgiques et anti-inflammatoires à haute dose. Il a fait de la physiothérapie pendant presque une année et ce traitement n'est plus très utile. Je ne vois pas d'autre mesure actuellement indiquée.

6. Quel est le degré de l'incapacité de travail dans la profession habituelle ? Quels sont vos pronostics pour une reprise du travail totale dans cette profession ?

M. G. _____ est incapable à 100% d'effectuer une profession de sommelier. Il n'y a aucun espoir qu'il reprenne ce métier dans le futur.

7. Du point de vue médical, quelles autres activités professionnelles seraient le plus adaptées à l'assurée ?

Il est difficile d'envisager une activité professionnelle devant le tableau clinique qu'entraînent les douleurs. Le patient est incapable de tenir en place et je ne l'imagine pas capable d'assumer une activité suivie. Le seul travail envisageable serait un poste de surveillance, alternant les petites marches et les moments de repos, et à temps partiel.

8. Quelle caractéristique une telle activité adaptée doit-elle avoir ?

Il faut éviter la station immobile, alterner les positions couchées et debout, éviter la station assise, faire de petites marches fréquentes, éviter le port de charges (plus de 10 kg) et limiter les inclinaisons du dos ou les positions instables.

9. Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assuré qu'[il] exerce une telle activité professionnelle (taux/temps) ?

Dans la situation actuelle, même une activité bien adaptée ne pourrait être effectuée qu'à temps partiel, au plus à 50%.

10. Remarques :

Je vous conseille de prendre contact avec l'AI qui vient de procéder à sa propre expertise du cas de M. G. _____. »

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) le 26 novembre 2010 par le Dr T. _____, spécialiste en rhumatologie, en médecine physique et réadaptation. De son rapport du 31 janvier 2012 résultait notamment ce qui suit :

« DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- LOMBALGIES GAUCHES CHRONIQUES, NON DÉFICITAIRES, DANS UN CONTEXTE DE STATUS POST CURE DE HERNIE DISCALE, FIBROSE POSTOPÉRATOIRE INFLAMMATOIRE. M54.5

- sans répercussion sur la capacité de travail

- ÉPISODES DE NÉVRITE VESTIBULAIRE
- LIPOME DU BRAS DROIT

APPRÉCIATION DU CAS

Durant l'entretien, Monsieur G. _____ décrit son ancienne activité de sommelier effectuée à l'hôtel [...] jusqu'à mi-février 2009. L'activité est considérée comme modérément contraignante au niveau du rachis en raison de la station debout prolongée.

Dans les suites de la cure de hernie discale du 5 octobre 2009, l'assuré ne voit aucune amélioration, les douleurs lombaires sont plus importantes, il n'y a pas eu de changement au niveau de la jambe G, l'assuré ressent encore une diminution de la sensibilité au niveau de la face externe de la jambe et du pied gauche. Les douleurs décrites sont de type mécanique.

Monsieur G. _____ se dit très limité dans ses possibilités, dit être capable de tenir assis 10 minutes, capable de marcher pas plus de 10-15 minutes, capable seulement de porter 1,5kg de chaque côté.

L'assuré a vu la dernière fois le Dr A. _____ le 02.09.2010, le neurochirurgien n'a pas prévu de nouvelle opération, un contrôle radiologique a été effectué en mars 2010.

Comme autre problème gênant la reprise de l'activité professionnelle, l'assuré dit avoir des épisodes de vertiges aigus tous les deux à trois mois, durant une journée. Il a été hospitalisé [...] une nuit la dernière fois le 1^{er} novembre 2009. L'assuré n'a pas été revu en ORL en 2010.

Monsieur G. _____ prend quotidiennement du Betaserc pour ses vertiges, ainsi que du Zaldiar (antalgique) 2x/j pour ses douleurs lombaires.

L'examen de médecine interne montre un homme de 57 ans, en bon état de santé général, avec une pré-obésité, sa TA est légèrement élevée à 16/10,5mmHg, il est demandé à l'assuré de la faire contrôler par son médecin traitant. Monsieur G. _____ présente un lipome de 5x5cm au niveau du bras droit, indolore à la palpation.

L'examen neurologique ne permet pas de confirmer de déficit systématisable. L'assuré n'a clairement pas de trouble moteur, le testing des fléchisseurs des orteils est bien tenu contre résistance ddc, l'assuré marche en amplitude identique sur la pointe des pieds à droite et à gauche (racine S1). Au niveau sensitif, l'assuré fait bien la différence entre le toucher et le piquer pour tous les dermatomes testés. Il n'y a pas de diminution de la sensibilité du côté gauche, l'assuré ressent une hypersensibilité sur la face externe du pied, la face externe de la jambe. Il n'y a plus de sciatgie irritative.

A relever encore au niveau neurologique que l'assuré n'a pas de trouble oculomoteur au moment de l'examen, notamment pas de nystagmus, pas de déviation des index, les bras tendus et les yeux fermés, ceci excluant un syndrome vestibulaire ; l'assuré n'est pas instable lorsqu'il se tient les deux pieds ensemble pour l'examen du rachis. Nous n'avons lors de l'examen pas de déficit vestibulaire objectivable. L'assuré ressent un inconfort de courte durée lorsque l'on met sa tête en flexion latérale gauche, il est possible de continuer l'examen. Lors de la marche, il n'y a pas d'instabilité ou de déviation vers un côté.

L'assuré a un comportement algique démonstratif et fluctuant. Durant l'entretien qui dure 40 minutes, l'assuré doit se lever 3x, la première fois après 10 minutes, la dernière fois, l'assuré marche en salle d'examen en se tenant le dos, en flexion du tronc, avec la jambe gauche tendue. L'attitude en flexion latérale gauche décrite par le Dr A. _____ fluctue, elle fluctue non seulement lorsque l'assuré est assis, mais également lorsque l'assuré est debout lors de l'examen de la statique du tronc. La boiterie du membre inférieur gauche fluctue également. Au moment de reprendre l'ascenseur l'assuré doit se tenir en flexion antérieure du tronc, en s'appuyant contre le mur. Le score de Waddell est positif pour des signes comportementaux avec des tests de simulations également positifs (3/8 signes). Il n'y a pas de polyinsertionite d'accompagnement.

L'examen articulaire périphérique est sans particularité.

En station debout, l'assuré a des troubles statiques, avec une diminution de la lordose lombaire, un relâchement de la sangle abdominale, une déviation antalgique vers la gauche fluctuant en intensité. La mobilité est subtotale en flexion avec un indice de Schober de 4,3cm contre les 5cm attendus, l'assuré n'a pas de contracture paravertébrale lombaire, ces éléments sont discordants et rassurants, par rapport au comportement algique marqué de l'assuré. La palpation est douloureuse sur l'étage lombaire opéré ; la cicatrice postopératoire calme.

L'IRM lombaire du 20 août 2009, montre une petite hernie discale médiane en L5-S1, venant en contact de la racine S1, mais ne créant pas de conflit, la myélographie ne montre pas d'empreinte. Au niveau L4-L5, nous avons une protrusion circonferentielle banale ; il existe également des troubles dégénératifs postérieurs sur les étages L3-L4 et L4-L5. L'IRM post opératoire du 22 mars 2010 exclut une récurrence de hernie en L5-S1, il n'y a pas d'évolution de la protrusion en L4-5. Nous constatons du tissu fibreux cicatriciel paramédian gauche entourant la racine gauche de S1, nettement rehaussé lors de l'injection du produit de contraste ; les signes radiologiques évoquent une fibrose inflammatoire post-opératoire, sous réserve qu'une hypercaptation de la cicatrice est fréquemment visualisable les 6 premiers mois post-opératoires.

En conclusion, il existe une discordance importante entre les allégations de l'assuré, son comportement algique marqué, et les constatations radio-cliniques objectivable en postopératoire. L'assuré n'a pas de syndrome rachidien, il n'a plus de sciatgie irritative ; alors que l'IRM de mars 2010 évoque une possible irritation de la racine S1, l'anamnèse, l'examen clinique ne permettent pas de le confirmer.

Les éléments à disposition du dossier à l'examen clinique de ce jour ne permettent pas de retenir des vertiges incapacitants, justifiant un arrêt de travail prolongé. En cas de besoin, il y a lieu de demander l'avis du spécialiste ORL qui a suivi l'assuré au L. _____.

Limitations fonctionnelles

Rachis : pas de mouvements répétés de flexion/extension du tronc, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges répété de plus

de 10kg (charges légères), pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assis au-delà d'une heure. La tolérance en station assise de 10 minutes montrée lors de l'examen de ce jour, n'est pas cohérente avec l'examen clinique ni avec les examens complémentaires.

Episodes de névrite vestibulaire : pas de travail en hauteur, ou sur un plan instable.

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

IT totale dans l'activité de sommelier depuis le 13.02.2009.

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

L'IT est restée totale dans l'activité habituelle. Le travail est considéré comme physiquement modérément contraignant en raison de la station debout prolongée ne respectant pas les limitations fonctionnelles décrites.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance du rachis mécanique aux contraintes lombaires, avec une légère diminution de rendement en raison de la fibrose inflammatoire postopératoire.

Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites, l'exigibilité est de 100% du temps, avec une diminution de 20% de rendement.

Les éléments objectivables ne permettent pas de retenir les conclusions du Dr A._____, comme quoi l'assuré a une incapacité totale dans toutes activités. Initialement, dans ses rapports médicaux, le Dr A._____ laisse entrevoir la possibilité de reprise dans le poste habituel, moyennant quelques ménagements usuels lombaires (cf rapport du 23.12.2009). Par la suite, il existe un glissement du cas vers un syndrome douloureux chronique, avec une amplification des symptômes à l'examen de ce jour. On ne peut pas confirmer la notion de syndrome lombo-vertébral, avec rectitude, l'assuré montre qu'il est capable d'avoir un indice de Schober subnormal.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle de sommelier : 0 %

Dans une activité adaptée : 80 %

Depuis : février 2010, 3 mois postopératoire.

A traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation »

Dans un rapport du 16 février 2011, le Dr H._____ du SMR s'est fondé sur l'appréciation du Dr T._____ pour retenir une incapacité

de travail entière dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 100%, avec un rendement réduit de 20%, dans une activité adaptée.

Le 18 mars 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de rente, notamment pour les motifs suivants :

« **Résultat de nos constatations :**

Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de chef de rang à l'Hôtel [...].

Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

Vous avez notamment été convoqué par le Service médical régional le 26 novembre 2010 en vue d'un examen clinique rhumatologique du fait que les renseignements médicaux en notre possession n'étaient pas suffisants pour se déterminer.

Au vu de ce qui précède, nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence, vous présentez une incapacité de travail et de gain entière dans votre activité habituelle.

Toutefois, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible à 100% dans une activité qui soit adaptée à vos limitations fonctionnelles. Vous avez ainsi rencontré une conseillère en réadaptation professionnelle de notre Office. Il ressort de cet entretien que vous ne souhaitez pas bénéficier de mesures d'ordre professionnel.

Dès lors, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique.

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'invalidité (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 2008, CHF 4806.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1; 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 2008 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être

porté à CHF 5010.26 (CHF 4806.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 60'123.06.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 2.10 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'385.64 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 100%, avec une baisse de rendement de 20%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 49'108.52 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.5b/cc).

Compte tenu de votre âge et de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 44'197.66.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF 61'766.00		
avec invalidité	CHF 44'197.70		
La perte de gain s'élève à	CHF 17'568.30	=	un degré d'invalidité de 28.44%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. »

Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assuré que les conditions du droit au placement étaient réunies.

Le 24 juin 2011, l'assuré a fait valoir ses objections sur le projet de décision et conclu principalement à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} février 2010. Il a produit notamment un rapport du 31 mai 2011 du Dr U. _____ qui exposait notamment ce qui suit :

« 5 - DIAGNOSTIC :

- Lombalgies rebelles et persistantes post-chirurgicales sur hernie discale L5-S1
- Lombalgies persistantes sur hernie discale L4-L5 non opérée.
- Déficit vestibulaire périphérique droit.

- Neuronite vestibulaire gauche et névrite vestibulaire séquentielle bilatérale.
- Surdité de perception droite endocochléaire.
- Status après deux épisodes de névrite vestibulaire gauche en 2004.
- Insomnie récurrente.
- Syndrome de Ménière.
- Constipation. Status après ulcère gastrique en 1983.
- Status post intervention chirurgicale de la prostate en 2008
- Status post cure de varices MIG
- Allergie aux fraises avec atteinte cutanée.

6a - Incapacité de travail :

En l'absence de propositions concrètes quant à une éventuelle capacité professionnelle partielle, une incapacité de travail entière peut être exigée et ceci depuis le début de l'apparition de la symptomatologie dorsale, soit depuis le 20.02.2009.

Il est difficilement concevable que Mr G. _____ puisse reprendre un jour, une activité professionnelle totale.

Une telle incapacité professionnelle se justifie par le fait de l'échec massif du tout traitement entrepris depuis le 12.02.2009, qu'il s'agisse d'un traitement conservateur par des antalgiques classiques, corticothérapie, apo ides, physiothérapie,  cole du dos... ou par une sanction neurochirurgicale.

6b - Limitations fonctionnelles :

- Eviter toute profession nécessitant une station immobile debout, assise ou instable.
- Eviter le port des charges au-delà de 8 à 10 Kg.
- Eviter toute profession mettant en contribution les inclinaisons dorsales.
- Eviter toute activité ne permettant pas l'alternation des positions couch e et debout et toute activité ne permettant pas la possibilité de pratiques de brèves mais fréquentes marches.
- Eviter toute profession nécessitant le déplacement sur des marches ou d'escaliers...

7 - Pronostic :

Sombre et défavorable, il n'existe à notre avis aucune possibilité de gagner du terrain chez ce patient déjà chronifi .

Ainsi, il nous semble que son état de santé sur le plan du blocage fonctionnel douloureux post opératoire et résiduel va en s'aggravant.

8 - Traitement :

Le traitement actuel (Antalgiques et cortisone) avec des séances sporadiques de physiothérapie est optimale pour le moment. Aucune autre proposition dans l'état actuel.

9 - Propositions :

Une rente AI à 100% nous semble justifiée. »

L'assuré a produit également un rapport du 8 juin 2011 du Dr A. _____, lequel s'exprimait en ces termes :

« [...]

5. Status après cure de hernie discale L5-S1 gauche avec sténose ostéoligamentaire associée (05.10.09). Syndrome lombovertébral résiduel en partie préexistant et chronifié sur troubles dégénératifs et statiques vertébraux. Maladie de Ménière.

6. a) Une incapacité totale de travail a été établie par mes soins depuis le 05.10.09 et ceci pour une durée continue comme mentionné dans mes rapports à l'AI. Toute incapacité antérieure à l'intervention chirurgicale a été déterminée par le médecin de famille du patient, le Dr U. _____ à [...] Lausanne.

L'incapacité totale de travail, dans l'activité exercée, doit tenir compte des mesures usuelles d'épargne lombovertébrale et d'hygiène posturale par rapport au dos affecté du patient. Ce dernier pourrait certes, sur le plan médicothéorique éventuellement avoir une activité à un taux maximal de 50%, dans un emploi adapté léger, une reconversion [et] réadaptation n'étant à mon avis guère effectuable en tenant compte du degré de formation, des antécédents et autres affections de M. G. _____.

b) les limitations fonctionnelles sont avant tout dépendantes du syndrome lombaire et des limitations de déplacement, le patient devant pouvoir bouger régulièrement au lieu de travail, éviter tout port de charges supérieures à 10 kg ou s'abstenir de tout effort notamment en port à faux mettant à contribution son dos.

7. Je n'ai pas revu le patient depuis mes derniers contrôles déjà mentionnés mais l'on pouvait juger l'état de M. G. _____ comme stabilisé (situation clinique et neuroradiologique de mars-avril 2010), avec une évolution défavorable sur troubles dégénératifs pouvant bien sûr éventuellement s'aggraver de façon secondaire (nouveau contrôle neurochirurgical uniquement à la demande).

8. La poursuite de traitements conservateurs a été recommandée tant sur le plan médicamenteux, rééducationnels doux que sous forme d'éventuelles infiltrations. Nécessité également du port d'une ceinture de soutien lombaire baleinée. Pour tous renseignements anamnestiques intérimaires et de l'état actuel du patient, voir avec le médecin de famille de M. G. _____. »

Dans un avis du 30 novembre 2011, le Dr H. _____ a fait valoir notamment ce qui suit :

« Ce dossier a été présenté et discuté avec le Dr T. _____, rhumatologie et médecine interne. L'expertise du Dr P. _____ est

postérieure à l'examen SMR de deux semaines. Le Dr P. _____ est informé de l'examen SMR (page 9). Il n'a pas cru bon de prendre contact avec le médecin SMR examinateur. Concernant le rapport d'expertise du Dr P. _____ nous constatons que le status clinique décrit par ce médecin est peu différent de celui retenu par le SMR. Le Schober dorsal est normal, de même que le Schober lombaire éliminant par là même un syndrome vertébral dorsal et/ou lombaire. Il n'existe pas de déficit moteur et le déficit sensitif décrit au niveau de la jambe et du pied gauche n'est pas systématisable. Les limitations fonctionnelles retenues sont similaires à celles du SMR. Dans sa discussion le Dr P. _____ décrit une mauvaise corrélation entre les plaintes de l'assuré et les constatations cliniques objectives (§3, page 8). Il s'agit donc de l'appréciation différente d'une situation similaire. Nous maintenons notre position. Concernant le courrier du Dr U. _____ du 31 mai 2011, voici nos commentaires :

Le déficit vestibulaire évoqué a été recherché par le Dr T. _____ dans son status neurologique en page 4 de son rapport et ce problème a été intégré au diagnostic et pris en compte dans l'appréciation de la CT. Relevons qu'en page 3 de son rapport le Dr U. _____ écrit que l'état général est conservé et que ses constatations objectives sont superposables à celles du Dr P. _____ en décembre 2010 et que les fonctions vitales sont dans les limites de la norme (page 3) « à l'exception d'une distance doigt sol à environ 1 mètre » ce qui signifie que l'assuré penché en avant ne pourrait pas positionner ses doigts en dessous d'une ligne passant par ces 2 cotyles (hanche) alors que les indices de Schober seraient ceux mesurés par le Dr P. _____. Pour rappel chez une personne de 177 cm la distance doigt sol en position de garde-à-vous est inférieure à 95 cm. Il s'agit donc de l'appréciation différente d'une situation similaire. Nous maintenons notre position.

Le dernier contrôle clinique du Dr A. _____ date du 2 septembre 2010 soit 8 semaines avant l'expertise du Dr T. _____. Le syndrome vertébral décrit en octobre 2010 a disparu fin novembre 2010 (absence de rectitude lombaire tant à l'examen T. _____ qu'à l'examen P. _____). Il n'y a pas de fait nouveau. Les limitations de charge retenues sont les mêmes que celles du SMR. Nous maintenons notre position. »

Par courrier du 8 décembre 2011 à l'assuré, l'OAI s'est exprimé notamment en ces termes :

« La procédure administrative et la procédure devant le tribunal administratif sont régies par le principe de la libre appréciation des preuves. Selon ce principe, l'autorité administrative et le juge des assurances sociales apprécient librement, mais aussi totalement et dûment, les moyens de preuve, sans être liés par des règles formelles. Pour la procédure probatoire, cela signifie que le juge des assurances sociales doit examiner objectivement tous les moyens de preuve sans égard à leur provenance et décider si les pièces à disposition permettent de se prononcer valablement sur le droit litigieux. En particulier, s'il se trouve en présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut clore la procédure sans avoir examiné l'ensemble du matériel probatoire et sans indiquer les

raisons pour lesquelles il s'est fondé sur l'une des thèses médicales plutôt que sur l'autre.

Le juge ne doit pas s'écarter sans raisons impératives de l'appréciation de l'expert médical, dont le rôle est de mettre ses connaissances professionnelles à la disposition de la justice afin de juger un état de fait particulier d'un point de vue médical. Il y a motif à s'écarter de l'expertise judiciaire lorsque celle-ci est contradictoire ou lorsqu'une contre-expertise commandée par le tribunal arrive à des conclusions différentes convaincantes. Il a lieu également de s'écarter d'une expertise lorsque les avis différents d'autres experts paraissent au juge suffisamment pertinents pour qu'il remette en cause les conclusions de l'expertise, soit qu'il estime nécessaire de faire procéder à une contre-expertise, soit que, sans demander une contre-expertise, il tire lui-même des conclusions différentes des résultats de l'expertise judiciaire (ATF 118 V 286 consid. 1b ; ATF 112 V 32 consid. 1a et les références).

Ainsi, selon la jurisprudence, l'avis de l'expert, respectivement du spécialiste, doit en principe être préféré à celui du médecin-traitant en raison des rapports de confiance qui lient ce dernier à son patient, lesquels peuvent nuire à l'appréciation objective de la situation (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

A cet égard, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 676/05 du 13 mars 2006, consid. 2.4 ; I 783/05 du 18 avril 2006, consid. 2.2 ; U 58/06 du 2 août 2006, consid. 2.2 ; I 835/05 du 29 août 2006, consid. 3.2 ; I 879/05 du 27 septembre 2006, consid. 3.3 ; I 633/06 du 7 novembre 2006, consid. 3), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de celle-ci.

Comme rappelé précédemment, notre position est essentiellement fondée sur les conclusions de l'examen clinique du SMR du 26 novembre 2010. Les conclusions de l'examineur (spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et rééducation) sont claires, motivées et exemptes de contradictions. Elles se fondent sur une étude complète des pièces médicales versées au dossier, sur une anamnèse fouillée ainsi que sur des données objectives particulièrement détaillées.

A l'appui de votre contestation, vous vous fondez sur une expertise réalisée par le Dr P._____ (spécialiste en médecine interne générale), lequel estime qu'une activité adaptée n'est possible qu'à un taux de 50% au maximum.

On relèvera à cet égard que les constatations objectives et les limitations fonctionnelles sont rigoureusement les mêmes que celles relevées par l'examineur du SMR. Le Dr P._____ ne relève pas de déficit moteur et le déficit sensitif décrit au niveau de la jambe et

du pied gauche n'est pas systématisable (hypoesthésie qui peut concorder..., fibrose engainante qui peut entraîner...). Il indique d'ailleurs que ce genre de symptômes n'entraîne qu'une gêne mineure et reste à l'arrière plan des lombalgies. Par ailleurs, le Schober dorsal est normal, tout comme le Schober lombaire, éliminant ainsi un syndrome vertébral dorsal et/ou lombaire.

On ne voit dès lors pas ce qui justifierait une limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée au-delà de 20%, si ce n'est le phénomène douloureux, par définition subjectif, qui ne correspond d'ailleurs pas totalement au tableau clinique.

Le Dr P. _____ relève également des limitations au niveau de la formation ou de la connaissance limitée du français. Outre le fait que ces considérations sortent totalement du champ médical, et ne sauraient par conséquent être prises en compte par le médecin, le Tribunal fédéral a reconnu depuis fort longtemps que de tels facteurs n'avaient pas à être pris en compte dans le cadre de la fixation du taux d'invalidité.

En ce qui concerne l'avis du Dr U. _____ (généraliste et médecin-traitant), on relèvera que le déficit vestibulaire a été recherché par l'examineur du SMR (status neurologique) et a été pris en compte dans le cadre de sa description des limitations fonctionnelles, et par conséquent dans son appréciation de la capacité de travail. Votre médecin-traitant relevait d'ailleurs un état général conservé et indiquait un status superposable à celui du Dr P. _____, lui-même largement identique à celui du SMR.

Pour ce qui est de la distance doigts-sol, d'environ un mètre selon le Dr U. _____, cela signifierait que, penché en avant, vos doigts ne pourraient pas être positionnés en dessous de vos hanches. Or, pour une personne de votre taille (177 cm), la distance doigt-sol en position debout est généralement inférieure à 95 cm.

Le rapport du Dr A. _____ du 8 juin 2011 n'apporte quant à lui aucun élément médical nouveau. Nous apprenons en effet que ce spécialiste ne vous a pas revu depuis le 2 septembre 2010, soit près de trois mois avant l'examen au SMR. Lors de ce contrôle, il subsistait un syndrome lombovertébral, lequel n'apparaît plus lors de l'examen du SMR ni lors de l'expertise du Dr P. _____ (Schober dorsal et lombaire normaux).

Au vu de ce qui précède, les avis des Drs A. _____, U. _____ et P. _____ ne sont, à notre sens, pas de nature à remettre en question les conclusions motivées du SMR s'agissant de votre capacité de travail dans une activité adaptée. Ils ne font d'ailleurs aucunement état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par l'examineur du SMR ou qui seraient suffisamment probants pour remettre en question ses conclusions.

Nous confirmons dès lors la pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec toutefois une diminution de rendement qui peut être estimée à 20%.

Dans un deuxième temps, vous estimez que, quand bien même une capacité de travail, même partielle, devait vous être reconnue,

l'exercice d'une activité adaptée ne saurait être exigée compte tenu de votre âge, de votre absence de diplôme et de votre manque d'expérience dans un autre domaine que sommelier.

Là également nous ne saurions partager votre point de vue.

En effet en ce qui concerne l'âge, on mentionnera que, même si le TF ne s'est jamais clairement prononcé sur le moment déterminant, la tendance la plus récente semble plutôt être celui de la naissance hypothétique du droit (arrêt 9C_268/2011 du 26 juillet 2011), soit en l'espèce en février 2010. Or à cette date, vous n'étiez pas encore âgé de 57 ans et n'aviez par conséquent pas encore atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité de travail sur un marché du travail supposé équilibré (arrêt 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009). Par surabondance, même en considérant comme déterminant la date de la décision, ce seuil ne serait de toute façon pas atteint.

D'autre part, dans la mesure où le revenu d'invalidé représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des activités simples et répétitives du secteur privé, toutes branches économiques confondues, soit pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations physiques éprouvées, conformes à vos aptitudes (arrêt I 298/04 du 21 juillet 2005).

Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et ne nécessitent pas de position statique prolongée, et sont donc adaptées à votre handicap.

En ce qui concerne l'abattement, on constate que les seuls critères qui peuvent être pris en compte sont l'âge et les limitations fonctionnelles. Un abattement maximal de 25% tel que vous le proposez apparaît manifestement excessif. Cela étant, un abattement de 15% afin de tenir compte la globalité de votre situation personnelle paraît plus approprié. Le taux d'invalidité doit dès lors être porté à 32%, ce qui reste toutefois largement inférieur à 40%, et n'influence par conséquent pas le droit à la rente.

S'agissant de la question des mesures professionnelles, votre taux d'invalidité est, comme vous le relevez, suffisant pour que le droit à cette prestation soit examiné.

Cela étant, vous avez indiqué à notre conseillère ne pas vous sentir capable de travailler ou de suivre un stage d'orientation. D'autre part, vous vous employez, dans votre contestation du 24 juin 2011, à démontrer que vous êtes incapable de travailler et « implaçable » sur le marché du travail. Il est difficile d'admettre, dans de telles conditions, une quelconque aptitude subjective à la réadaptation.

Cela étant, comme vous le mentionnez à juste titre, il n'est pas possible de refuser des mesures professionnelles, pour cause d'incapacité subjective à la réadaptation, alors que celles-ci seraient

théoriquement possibles au vu du taux d'invalidité, sans une mise en demeure formelle au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA.

En effet, selon cette disposition, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

En l'espèce, au vu de votre taux d'invalidité de 32%, le droit à des mesures professionnelles sous forme de reclassement est théoriquement ouvert. Cela ne signifie toutefois pas que vous aurez effectivement droit à une telle mesure, d'autres conditions devant être réalisées (proportionnalité, existence d'une mesure simple et adéquate permettant de diminuer le préjudice économique, etc.), mais cela vous donne le droit à l'examen du droit à cette prestation.

Nous vous laissons dès lors un délai de réflexion au 9 janvier 2012 pour nous faire part de votre position quant à un examen de votre droit à des mesures professionnelles, au taux retenu par le SMR. Sans réponse de votre part d'ici cette date, ou en cas de désaccord sur le taux de capacité de travail exigible, nous procéderons à la notification de la décision de refus de rente et de mesures professionnelles, contre laquelle il vous sera loisible de recourir, selon les délais usuels, devant le Tribunal cantonal. »

Le 5 janvier 2012, le conseil de l'assuré a répondu notamment ce qui suit :

« Au préalable, nous précisons que M. G. _____ est tout à fait disposé à se soumettre à des mesures de réadaptation professionnelle. Cela étant, avant que votre office ne statue, il est indispensable de mettre en oeuvre un stage auprès de l'ORIF, aucune expérience pratique n'ayant pour l'heure pu confirmer ou infirmer le taux de capacité de travail exigible que vous reprenez.

Dans l'intervalle, nous vous invitons à suspendre votre processus de décision.

Pour le cas où, contre toutes attentes, vous refuseriez la proposition formulée, M. G. _____ maintient les conclusions prises dans les objections précédemment déposées, à savoir l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2010.

Quoi qu'il en soit, votre office devra en tous les cas mettre en oeuvre des mesures de réadaptation, sur la base du taux de

capacité maximale de 50% retenu par le Dr P._____, dont l'expertise remplit parfaitement toutes les garanties d'impartialité. »

Le 7 février 2012, l'OAI a écrit ce qui suit à l'assuré :

« Comme indiqué dans notre courrier du 8 décembre 2011, en raison du préjudice économique présenté par Monsieur G._____, le droit à des mesures professionnelles est théoriquement ouvert. Cela ne signifie pas pour autant que votre mandant aura effectivement droit à une telle mesure, d'autres conditions devant être réalisées (proportionnalité, existence d'une mesure simple et adéquate etc...).

L'opportunité de la mise en place de telles mesures sera examinée par notre service de réadaptation qui prendra contact avec Monsieur G._____ prochainement. Nous vous rappelons une nouvelle fois que l'examen de ces dernières se fera sur la base d'une capacité de travail de 100% telle qu'elle ressort de l'ensemble des pièces médicales en notre possession.

A ce stade, nous ne pouvons vous garantir qu'un stage auprès de l'ORIPH sera mis sur pied. Une telle décision appartiendra à notre service de réadaptation.

Nous attirons également votre attention sur le fait que les informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient au premier chef de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure un assuré est capable de travailler.

En d'autres termes, les stages d'observation professionnelle ont seulement pour fonction de compléter les données médicales et non de se substituer.

Nous transmettons ce jour le dossier de votre mandant à notre service de réadaptation. Dans l'intervalle, aucune décision ne sera rendue avant l'examen de mesures d'ordre professionnel. »

Dans un rapport du 14 mai 2012, le Dr U._____ a indiqué avoir constaté un blocage fonctionnel douloureux massif, permanent lombaire et des sciatalgies gauches, le pronostic étant sombre et défavorable. Il a mentionné également des vertiges rebelles. Il a retenu une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle depuis février 2009 et estimé qu'il était impossible de prévoir dans quelle mesure, avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap était possible.

Le Dr H. _____ a maintenu ses conclusions dans un avis du 7 juin 2012.

Le 22 juin 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un courrier intitulé « sommation », à la teneur suivante :

« L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA)).

Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière (art. 43 al. 3 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA)).

Par conséquent :

Nous prions Monsieur G. _____ de nous indiquer s'il est d'accord de débiter un stage à l'Atelier d'Intégration Professionnelle (AIP) de [...] dès qu'une place se libère. Un délai au 2 juillet 2012 lui est imparti afin de nous rendre réponse.

Sans nouvelle de M. G. _____ d'ici à cette date, nous prendrons notre décision sur la base de son dossier. M. G. _____ devra alors s'attendre à ce que sa demande soit rejetée. »

Le 26 juin 2012, l'assuré s'est déclaré d'accord de débiter le stage.

Par communication du 11 juillet 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'orientation professionnelle auprès de l'Orif du 13 août au 11 novembre 2012.

Aux termes d'un courrier de l'Orif, l'assuré avait été pris d'un vertige et était tombé le 20 août 2012. A sa demande, une ambulance avait été appelée, pour l'emmener aux urgences de l'hôpital de [...].

Par lettre du 13 septembre 2012, l'OAI a écrit à l'assuré que selon les renseignements en sa possession, il ne s'était plus présenté à l'Orif de [...] depuis le 20 août 2012. L'office avait reçu différents certificats médicaux du Dr U. _____ indiquant une incapacité de travail

de 100% et a informé l'assuré que dans ces conditions, il était mis un terme, dès ce jour, à la mesure d'ordre professionnel octroyée.

Interpellé par l'OAI, le Dr W. _____ de l'hôpital de [...] lui a remis, le 16 octobre 2012, le compte-rendu du passage de l'assuré au service des urgences du 20 août 2012, dont la teneur est la suivante :

« **Motifs** : vertige en augmentation chez patient connu pour déficit vestibulaire périphérique bilatéral sur névrite séquellaire d'origine virale probable. Vertige de type rotatoire, exacerbé par les mouvements de la tête.

Status :

TA 156/92, FC 92/min, T 36.4°C, Sat 99% AA

Cardio, pulm, abdo : sp

Neuro : strabisme convergent et nystagmus diminués par la fixation, NC sp, sensibilité diminuée au MIG connue, ROT absents aux 2 MI connu, disdiadococinésie, dismétérie.

Manœuvre de Hallpike droite +. Lasèque + à D à 5°.

OA : douleur à la percussion du rachis en région lombaire. Douleur à la palpation paravertébrale.

Manoeuvre de Semont : pas d'amélioration nette

Diagnostic retenu : cupulolithiase vs péjoration du déficit vestibulaire chronique connu »

Le rapport de l'Orif, rédigé le 13 novembre 2012, mentionnait notamment ce qui suit :

« Lors de son passage dans notre Atelier, M. G. _____ a oeuvré dans le module cartonnage.

Ce module a pour objectif de déterminer les aptitudes à réaliser des dessins qui permettent de façonner des boîtes en carton sur la base de plans (possibilité d'alternance des positions). Ses dessins manquent de précision. Votre assuré semble avoir des problèmes de vue et cela aboutit à une impossibilité d'avancer au-delà du premier exercice.

Dès son arrivée dans notre Atelier, M. G. _____ a intrigué et suscité de l'émoi auprès de ses pairs. En effet, sa problématique d'équilibre et sa démarche comparable à celle d'une personne en état d'ébriété a d'abord étonné, puis provoqué la réprobation de certains et la compassion d'autres. Une collègue l'a particulièrement aidé le temps des pauses et des repas en lui portant son plateau, par exemple. L'inquiétude était telle que nous avons dû rassurer les stagiaires en leur précisant que M. G. _____ nous avait informés qu'il n'était jamais tombé, ne s'était jamais blessé. Autrement dit, son attitude était plus spectaculaire que dangereuse pour sa santé. Les

déplacements de son domicile à notre Atelier ont été également compliqués : il s'est fait le plus souvent accompagner en voiture par son fils ou un autre membre de la famille. A d'autres occasions, il a pris les transports publics ou un taxi pour l'emmener à la gare. En conclusion, M. G._____ a démontré une autonomie limitée, notamment dans les trajets du domicile au travail.

Lundi 20.08.2012, l'assuré est pris d'un vertige à 11 h 30 et glisse à terre. Il demande alors qu'on appelle une ambulance ; dont acte, puis il est ainsi transporté aux urgences.

Nous prenons contact avec l'hôpital de [...] afin d'avoir des nouvelles de votre assuré. Celui-ci a été vu par les médecins et a subi différentes analyses. Votre assuré quitte l'hôpital le jour même à 18 h 00, raccompagné à son domicile par son fils.

Sans nouvelles de sa part, nous appelons M. G._____ chez lui. Il nous informe que son dossier a été confié à son médecin traitant et qu'il souffre toujours de vertiges. Il nous signale également qu'il est au bénéfice d'un arrêt de travail.

Dès lors et comme convenu lors de notre entretien téléphonique du 12.09.2012, nous interrompons la mesure de votre assuré au sein de notre Centre en date du 12.09.2012. »

A la demande du SMR, l'OAI a interpellé le Dr K._____, médecin-chef à l'Unité d'Otoneurologie et d'Audiologie, Service ORL du L._____. Dans son rapport du 14 décembre 2012, le Dr K._____ a posé le diagnostic de vertiges récidivants depuis 2004. S'agissant de l'incapacité de travail, il a mentionné qu'il fallait demander l'avis du médecin traitant. Il transmettait également ses précédents rapports, datés des 27 avril 2004, 1^{er} mai 2006, 31 juillet 2009, 3 décembre 2009 et 2 octobre 2012. Il résulte ce qui suit de ce dernier rapport :

« **DIAGNOSTIC :**

- Spasmes de convergence et titubation exagérée d'origine fonctionnelle
- Antécédents d'épisodes récidivants de vertiges attribués à un déficit vestibulaire séquentiel bilatéral (cf nos rapports antécédents déjà en votre possession)

RAPPEL ANAMNESTIQUE :

Depuis un mois environ, exacerbation des vertiges et des troubles de l'équilibre, avec consultation à l'Hôpital de [...] mettant en évidence un strabisme convergent sans autre anomalie. Proposition d'un nouveau bilan otoneurologique au L._____, raison pour laquelle vous me réadress[é] le patient.

Subjectivement, le patient rapporte actuellement une sensation vertigineuse constante, rotatoire, l'obligeant à fermer les yeux pour en diminuer l'intensité. Lorsqu'il regarde, les objets sont doublés,

triplés, voire quadruplés. Il souffre également d'un important déséquilibre et titube en marchant.
Traitement actuel Bétahistine.

STATUS ORL :

A l'otoscopie, les tympanes sont sans particularité des deux côtés. Nettoyage de cérumen à droite. Le reste de l'examen est sans particularité.

EXAMEN VESTIBULAIRE CLINIQUE :

Nerfs crâniens : à la lumière, spasmes de convergence avec myosis ; mais quand le patient arrive à se relâcher, les yeux sont alignés et les mouvements latéraux complets. Spontanément, le patient ferme constamment les yeux pour éviter la convergence. Poursuite oculaire, saccades volontaires, suppression visuelle du nystagmus et test de Halmagyi non testables. Epreuves cérébelleuses bien effectuées. Epreuves d'équilibration titubation importante à gauche et à droite avec marche précipitée, sans chute (le patient prend appui sur les obstacles à disposition ; mur, chaise, etc.).

Sous vidéoscopie : disparition de la convergence dans l'obscurité. Pas de nystagmus spontané, positionnel ni de position. Pas de nystagmus après head shaking. L'épreuve calorique est symétrique.

AUDIOGRAMME TONAL :

Surdité de perception bilatérale symétrique dans les hautes fréquences.

DISCUSSION - CONCLUSION :

Le patient présente le tableau clinique d'un trouble fonctionnel avec spasmes de convergence et troubles de la marche. Il n'y a pas d'évidence pour un déficit vestibulaire organique. J'ai demandé un examen neurologique en urgence pour compléter le bilan (Dresse [...]), qui confirme un trouble fonctionnel avec spasmes de convergence, sans signes neurologiques organiques. Monsieur G._____ sera pris en charge en neurologie pour un suivi neuropsychiatrique. Une IRM cérébrale sera également organisée ultérieurement. Pour ma part, je n'ai pas prévu de revoir le patient mais reste bien sûr à disposition pour une réévaluation si nécessaire. »

Dans son rapport du 7 janvier 2013, le Dr U._____ a estimé totale l'incapacité de travail de l'assuré, vu le blocage intense fonctionnel dorso-lombaire et les vertiges rebelles.

Dans un avis du 3 juillet 2013, le Dr H._____ a exposé ce qui suit :

« L'assuré a assumé son poste de travail sans discontinuité depuis plus de 20 ans.

Les problèmes ostéoarticulaires dont souffre l'assuré contre-indiquent son activité antérieure, par contre dans une activité

adaptée, la capacité de travail est entière avec une baisse de rendement de 20% et ce trois mois après l'intervention chirurgicale soit depuis février 2010.

Ces conclusions reposent sur l'examen rhumatologique SMR du 26 novembre 2010.

Jusqu'à 2012 aucun des médecins de l'assuré ne retenait le problème des crises de vertige comme susceptible d'influencer durablement la capacité de travail.

Par courrier du 13 novembre 2012, le directeur de l'ORIF [...] nous informe que le stage en cours a dû être suspendu du fait de vertiges. Le Dr U. _____ atteste des IT qu'il qualifie de prolongées (03.09.2012).

L'assuré a été examiné le 26 septembre 2012 par le Dr K. _____ ORL au L. _____. Le diagnostic retenu à l'issue de la consultation est : « Spasmes de convergence et titubation exagérée d'origine fonctionnelle ». Il s'agit donc de plaintes relatives à des troubles fonctionnelles dont les racines ne sont pas dans la sphère médicale et non d'une atteinte à santé au sens de la LAI.

Les conclusions du rapport d'examen SMR sont donc confirmées. »

L'assuré a produit un rapport du 24 juillet 2013, adressé à son conseil par le Dr K. _____, dont la teneur est la suivante :

« Ce rapport concerne l'hospitalisation de Monsieur G. _____ au L. _____ dans le service d'ORL du 29 juin au 1^{er} juillet 2013.

1. Quel est votre diagnostic ?

Déficit vestibulaire séquentiel gauche ou sur une probable maladie de Ménière, Spasmes de convergence et titubation exagérée d'origine possiblement fonctionnelle.

2. Quelle est l'influence du diagnostic sur la capacité de travail de M. G. _____ ?

Evolution favorable des vertiges sur 24 heures. A la sortie, il reste une instabilité avec un patient qui a besoin de prendre appui sur les murs ou sur les chaises pour marcher. Il n'y a pas eu d'arrêt de travail donné, le patient nous ayant dit être en arrêt depuis de longue date.

3. Depuis quand est-il présent ?

Le patient est connu du service depuis novembre 2009. Lors de la dernière consultation d'Otoneurologie en septembre 2012, il avait été proposé d'effectuer une IRM cérébrale. Celle-ci a été demandée par le Dr [...] en neurologie au L. _____ et le patient a bénéficié d'un suivi neuro-psychiatrique dans le service de neurologie.

4. Quels sont les traitements prescrits ?

Le patient a bénéficié d'un traitement de Bétaserc 24 mg 2x/j pour trois mois, Pimpéran 10 mg 3x/j en réserve, Dafalgan 1g 4x/j en réserve, Prednisone 40 mg 1x/j pour trois jours puis arrêt. Physiothérapie vestibulaire 12 séances. Un prochain contrôle est prévu en Otoneurologie le 9 août 2013. »

Par décision du 15 août 2013, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité. Il a notamment considéré ce qui suit :

« **Résultat de nos constatations :**

Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de chef de rang à l'Hôtel [...].

Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

Vous avez notamment été convoqué par le Service médical régional le 26 novembre 2010 en vue d'un examen clinique rhumatologique du fait que les renseignements médicaux en notre possession n'étaient pas suffisants pour se déterminer.

Toutefois, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible à 100%, avec une baisse de rendement de 20%, dans une activité qui soit adaptée à vos limitations fonctionnelles (activité sédentaire ou semi-sédentaire sans manipulation répétée de charges de plus de 10kg, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes et assise au-delà d'une heure, alternance des positions, pas de mouvement répété de flexion/extension du tronc, pas d'attitude nécessitant la position en porte-à-faux du rachis dorsolombaire, activité à répartir sur 5 jours ouvrables). Vous avez ainsi bénéficié d'une mesure d'ordre professionnel sous la forme d'une orientation professionnelle à l'Orif de [...]. Le stage a toutefois été interrompu le 12 septembre 2012.

Dès lors, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique.

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'invalidité (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 2008, CHF 4806.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1; 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 2008 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5010.26 (CHF 4806.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 60'123.06.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 2.10 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'385.64 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 100%, avec une baisse de rendement de 20%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 49'108.52 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'invalidité, 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.5b/cc).

Compte tenu de votre âge et de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 41'742.24.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	61'766.00		
avec invalidité	CHF	41'742.24		
La perte de gain s'élève à	CHF	20'023.76	=	un degré
d'invalidité de 32.41%				

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. »

Le 12 septembre 2013, l'assuré a produit un rapport du 23 avril précédant des Drs F._____ et R._____ du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du L._____, lesquels ont conclu ce qui suit à la suite d'une IRM cérébrale :

« Pas de lésion significative de la fosse postérieure. Pas de prise de contraste suspecte en particulier au niveau de l'oreille interne. Petite télangiectasie pontique. DVA frontale. Kyste de la poche de Rathke. »

B. Par acte du 19 septembre 2013, G._____ a formé recours contre la décision du 15 août 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à la suite de sa demande du 7 août 2009, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. Il requiert notamment la mise en oeuvre de débats publics, son audition personnelle par le juge ainsi que l'audition de différents témoins, et la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il soutient que trois avis médicaux contredisent les conclusions du SMR, à savoir l'expertise médicale du Dr P._____ du 10 décembre 2010, le rapport du Dr U._____ du 31 mai 2011 et le rapport du Dr A._____ du 8 juin 2011, ce praticien et l'expert P._____ estimant dans le meilleur des cas une capacité de travail de 50 % dans une activité bien adaptée, le Dr U._____ retenant une incapacité de travail totale. Il estime dès lors que l'appréciation des preuves par l'OAI est arbitraire du fait qu'elle se fonde uniquement sur les rapports médicaux et avis des médecins du SMR, lesquels écartent les avis contradictoires en retenant qu'il s'agit d'une appréciation différente d'une situation similaire uniquement. Le recourant en déduit qu'il convient dès lors de lui octroyer une rente d'invalidité entière, subsidiairement de mettre en oeuvre une expertise pluridisciplinaire. Au surplus, il estime, s'agissant du taux d'abattement sur le salaire statistique (revenu d'invalidé), que compte tenu des limitations importantes liées à son handicap, un taux de 25 % apparaît justifié.

Dans sa réponse du 31 octobre 2013, l'OAI conclut au rejet du recours. Il soutient que l'avis rhumatologique du SMR remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante, ce service médical s'étant exprimé, de surcroît, de manière détaillée et convaincante dans des avis médicaux auxquels l'office s'est rallié, sur les raisons pour lesquelles il se distançait, d'une part, des opinions des médecins traitant de l'intéressé et, d'autre part, des conclusions du Dr P._____. Quant à l'abattement sur le salaire statistique, l'intimé allègue que le taux de 15 % appliqué est également conforme à la jurisprudence. Enfin, il précise que le certificat médical qu'il a reçu le 3 octobre 2013, faisant état d'une

incapacité de travail entière du 1^{er} au 31 octobre 2013, n'a pas à être pris en considération puisqu'il concerne une période postérieure à la décision attaquée, ajoutant que cette pièce n'évoque, de toute manière, aucun élément médical qu'il aurait ignoré et suffisamment pertinent pour l'amener à revoir sa position.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

C. Par lettre du 9 décembre 2014, le juge instructeur de la Cour de céans a rejeté les mesures d'instruction requises par le recourant, sous réserve d'un avis contraire de la Cour.

Une audience de jugement s'est tenue le 12 mars 2015, à l'issue de laquelle le recourant a maintenu ses conclusions. Il a par ailleurs produit en cause un bordereau de pièces parmi lesquelles :

- un certificat de travail établi le 31 mars 2010 par la directrice de l'Hôtel [...];

- un rapport médical complémentaire du Dr U._____, daté du 23 janvier 2015, à la teneur suivante :

« L'état de santé de ce dernier se dégrade progressivement, tant sur le plan psychique que somatique et ses plaintes douloureuses ainsi que son équilibre se péjorent.

A notre connaissance, en nous basant sur les multiples rapports et avis médicaux de son dossier médical, nos différentes et nombreuses consultations ambulatoires au sein de notre cabinet ainsi que le rapport détaillé adressé par nos soins en date du 31 mai 2011 à la CAP assurances dont ci-joint une copie pour mémoire, il n'existe aucun terrain à gagner quant à l'amélioration de l'état de santé de Monsieur G._____; partant, aucun espoir à récupérer une activité professionnelle même adaptée à son état de santé.

Plusieurs tentatives d'essai d'une reprise d'une activité professionnelle se [sont] soldées par des échecs.

De même, les différentes cures de physiothérapie ciblées n'ont apporté aucune amélioration durable.

Le traitement médical reste en l'état actuel, conservateur.

En somme, le pronostic demeure massivement sombre. »

- un certificat médical établi le 11 mars 2015 par le Dr O. _____, spécialiste en urologie, à la teneur suivante :

« Le Médecin soussigné certifie que le patient susnommé est suivi à sa consultation depuis plusieurs années.

Il présente des troubles vésico-prostatiques, pour lesquels il prend différents médicaments.

Dans le futur, des contrôles seront toujours nécessaires afin de suivre l'évolution de ses problèmes urologiques.

Il présente par ailleurs à chaque fois qu'il vient me consulter de gros problèmes d'équilibre qui altèrent très fortement sa qualité de vie et ses possibilités de déplacement. »

L'intimé, dispensé de comparaître à l'audience avec l'accord du juge instructeur, a été invité à se déterminer sur les dernières pièces produites. Par écrit du 25 mars 2015, considérant que ces pièces n'étaient pas de nature à modifier son point de vue, l'intimé s'est prononcé en faveur du rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 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).

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

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

2. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la demande déposée en août 2009, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier au recourant le droit à une rente d'invalidité.

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

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

4. a) 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 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants

aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231, consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

b) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du

requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF

137 V 201, 122 V 157 consid. 1d ; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 no 22. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. a) En l'espèce, sur le plan rhumatologique, le Dr P. _____ estime l'incapacité de travail entière dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée. Il explique que les douleurs lombaires actuelles relèvent d'un phénomène complexe, les examens radiologiques ayant montré plusieurs discopathies ainsi que des phénomènes dégénératifs interfaccettaires qui pouvaient expliquer des symptômes douloureux, de même que l'état cicatriciel post-opératoire et la fibrose autour de la racine S1. Le processus de chronification qui accompagne toute douleur prolongée étant probablement le plus important, cela entraîne selon ce praticien un tableau complexe, associant un syndrome vertébral douloureux ainsi que des signes de non organicité mais sans évidence de maladie psychique. Pour envisager une activité professionnelle, il estime qu'il faudrait en fait que le recourant change souvent de position (alternance de stations debout ou assises), qu'il puisse faire de petites

marches, qu'il évite les inclinaisons du dos et les positions instables, qu'il ne porte pas de charge au dessus de 10 kg, et que même un tel poste ne permettrait cependant pas au recourant de garder un bon rendement en cas d'une douleur aiguë, qui nécessiterait de se coucher de temps en temps. Dans cette appréciation, le Dr P. _____ n'a pas tenu compte de la formation du recourant ni de sa maîtrise du français limitée ; il n'a mentionné ces circonstances qu'à l'appui de sa remarque selon laquelle il imaginait mal le recourant suivre un processus de reclassement pour obtenir un poste spécialisé de type surveillance ou gestion, tout en réservant d'ailleurs l'avis de l'OAI auprès duquel il suggérait de s'enquérir pour savoir s'il y avait un projet d'entamer une réadaptation professionnelle.

Le Dr T. _____ estime également que le recourant ne peut plus travailler dans sa profession habituelle. En revanche, il estime le recourant capable de travailler à 100%, avec un rendement réduit de 20%, dans une activité adaptée. Il explique qu'il existe une discordance importante entre les allégations du recourant, son comportement algique marqué, et les constatations radio-cliniques objectivables en postopératoire. Il n'a pas constaté de syndrome rachidien ni de sciatalgie irritative. Alors que l'IRM de mars 2010 évoquait une possible irritation de la racine S1, il observe que l'anamnèse et l'examen clinique ne permettent pas de le confirmer. Comme limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique, il exclut les mouvements répétés de flexion/extension du tronc, l'attitude en porte-à-faux, le port de charges répété de plus de 10 kg (charges légères), la position statique debout au-delà de 30 minutes, assise au-delà d'une heure ; la tolérance en station assise de 10 minutes montrée lors de l'examen du 26 novembre 2010 n'était, à son avis, pas cohérente avec l'examen clinique ni avec les examens complémentaires.

Ces deux rapports font état des plaintes du recourant, comportent une anamnèse et relèvent d'un examen approfondi du cas, leurs conclusions se fondant tant sur l'examen clinique de l'intéressé que

sur son dossier. Aucun de ces avis ne l'emporte clairement sur l'autre, de sorte qu'il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état.

b) En ce qui concerne les vertiges dont est atteint le recourant, il résulte du dossier que si lors des examens précités, ils n'étaient pas considérés comme invalidants, ceux-ci se sont aggravés par la suite. Ainsi il résulte d'un courriel de l'Orif que le 20 août 2012, le recourant, pris d'un vertige, est tombé et a été hospitalisé. Dans son rapport du même jour, le Dr W._____ a indiqué que les vertiges étaient en augmentation. Le Dr K._____ a posé le 24 juillet 2013 les diagnostics de déficit vestibulaire séquentiel gauche ou sur une probable maladie de Ménière, et de spasmes de convergence et titubation exagérée d'origine possiblement fonctionnelle. Il a constaté une évolution favorable des vertiges sur 24 heures, mais qu'à la sortie, il restait une instabilité, le recourant ayant besoin de prendre appui sur les murs ou sur les chaises pour marcher. Il ajoute qu'il n'y a pas eu d'arrêt de travail donné, le recourant ayant dit être en arrêt depuis de longue date.

Le Dr U._____ a estimé que compte tenu de ces troubles et des problèmes rhumatologiques, le recourant était en incapacité totale de travail alors que le Dr H._____ est d'avis qu'il s'agit de plaintes relatives à des troubles fonctionnels dont les causes ne relèvent pas de la sphère médicale et donc pas d'une atteinte à la santé au sens de la LAI.

Force est de constater l'absence d'instruction complémentaire de l'OAI s'agissant de ces troubles. Compte tenu des avis incomplets, voire contradictoires des médecins, il n'est pas non plus possible à la Cour de céans de statuer sur cette question.

c) Au vu de ce qui précède, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il mette en oeuvre une expertise pluridisciplinaire (cf. art. 44 LPGa).

d) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments et réquisitions du recourant.

6. a) En conclusion, le recours déposé le 19 septembre 2013 par G. _____ doit être admis et la décision du 15 août 2013 annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur l'éventuel droit aux prestations du recourant.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

I. Le recours déposé le 19 septembre 2013 par G. _____ est admis.

- II. La décision rendue le 15 août 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité versera à G._____ le montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour G._____)
- 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).

La greffière :