

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 octobre 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Pasche et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat-conseil de l'ASSUAS à Lausanne,

et

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

Art. 6ss et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 et 2 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, boulanger de formation, a déposé, le 25 février 2002, une première demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne (ci-après : l'OAI bernois). Il indiquait souffrir d'une allergie à la farine, d'une hernie discale en L4-L5 ainsi que d'un blocage vertébral en L5-S1 depuis le 25 avril 2001.

Dans un rapport médical du 28 mars 2002, le Dr K. _____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de syndrome lombospondylogène persistant sur instabilité ségmentaire L5/S1 sur spondylolyse avec spondylolisthesis L5/S1 degré 1 selon Mayerding, de status post-laminectomie L5, spondylodèse L5-S1 (24.09.2001) et de syndrome lombovertébral intermittent résiduel. Il a mentionné notamment ce qui suit :

“Le patient avait déjà présenté en 99, lors d'une hospitalisation pour prurit d'origine indéterminée, un syndrome lombovertébral aigu, pour lequel un bilan radiologique avait laissé suspecter une lyse isthmique bilatérale L5 et un discret spondylolisthesis L5-S1. La douleur avait bien répondu à un traitement de Paracétamol et physiothérapie. L'affection actuelle remonte à fin avril 2001, où le patient a présenté une lombalgie aiguë avec phénomène de blocage. Les douleurs irradiaient dans la fesse droite, cependant sans syndrome radiculaire. L'investigation radiologique a mis en évidence une lyse de L5 avec spondylolisthesis de L5 sur S1, instable. Pour cette raison, le patient est présenté au neurochirurgien et bénéficiera d'une opération de laminectomie avec spondylodèse L5-S1. L'évolution est satisfaisante, puisque les blocages et les ischialgies ont disparus. Il persiste cependant un important syndrome lombovertébral algique, charge dépendant, principalement en position debout ou assise de longue durée. Pour cette raison, une reprise théorique à 50% a été estimée dès le 1.2.02 (patient actuellement sans emploi, au chômage).”

Ce praticien indiquait en outre qu'il n'y avait pas de limitation mentale ou psychique et que les limitations physiques étaient en relation avec le syndrome lombovertébral résiduel, cette pathologie lombaire ayant pour conséquence que le patient ne pouvait assumer un travail

d'ouvrier de fonderie principalement en raison des charges à porter lesquelles ne devraient en principe pas dépasser 10 kg ainsi que des positions physiques à adopter. Dans une activité adaptée, à savoir dans laquelle les ports de charges ne dépassaient pas une dizaine de kilos et permettant l'alternance de positions assise ou debout, il estimait que probablement un horaire complet pourrait être envisagé sans limitation de rendement. Il ajoutait que l'assuré demandait l'aide de l'AI pour l'application de mesures professionnelles lui permettant d'évaluer sa capacité de travail résiduelle et se déclarait prêt à envisager une reprise de travail, même à temps complet, si cette activité était compatible avec ses problèmes lombaires.

Le Dr K. _____ a joint à son rapport divers rapports médicaux dont le protocole opératoire de l'intervention effectuée par le Dr Z. _____, spécialiste en neurochirurgie, de l' [...] à [...] le 24 septembre 2001 et le rapport du 22 mars 2002 de ce praticien.

Dans un document du 19 juin 2002 intitulé proposition, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI bernois a indiqué notamment ce qui suit:

“Le travail actuel ne peut plus être exigé. Le port de charges ne doit pas dépasser les 10 kg. Probablement apte à 100% dans une activité adaptée

Revenu

Dès le 01.01.02 Fr. 23.40/h x 164 h/mois + vacances selon fiche maison [...].employeur.

Situation actuelle

M. M. _____ est au chômage. Avec l'ORP nous avons analysé ensemble la situation et cherché des solutions. Il s'agit d'un assuré motivé, désireux de travailler, peut-être un peu trop anxieux et avec la tendance de trop vite mettre en avant ses problèmes de dos. (...)L'assuré désire travailler dans le monde du transport ou en tant que conducteur de machines. Pour cela il lui faut acquérir le permis poids lourd ou le permis de cariste.

Nous avons longuement discuté de l'adéquation du projet au problème discal et M. M. _____ en a parlé à son médecin : tant qu'il ne doit pas soulever ou décharger de la marchandise, l'activité est possible.

Le 17 courant M. M. _____ nous informait qu'il avait une possibilité de stage et que si tout allait bien, il serait engagé à la fin d'une mise au courant. Il avait d'ailleurs déjà commencé. Nous avons eu un

téléphone avec M. [...] de [...] SA à [...]. Ce dernier était au courant des problèmes de dos de l'assuré, de son incapacité à soulever des charges. Il s'est dit toutefois prêt à tenter un essai avec l'aide de l'AI plus l'obtention du permis de cariste. Il engagerait par la suite M. M. _____ pour un salaire de départ de Fr. 4'100.- et de Fr. 4'300.- après 3 mois d'essai. Jusque là il demande à nos services la prise en charge de la mise au courant et de la formation.

Nous sommes très satisfaits de cette opportunité d'autant plus qu'actuellement les places se font rares dans cette région et espérons que M. M. _____ pourra assumer cette activité.

PROPOSITION

Nature de la mesure	Stage pratique et formation en tant que cariste
Code	480
Indemnité journalière:	Grande IJ
Durée:	Du 17.06. au 30.09.2002
Agent-s d'exécution	Pratique : [...] SA. 2603 Pers Théorie [...] Centre de formation logistique.
rte de	[...]. Case postal. [...]
Tarif/ Coûts:	Cours de cariste du 16 au 19 septembre 2002
	Fr. 1'390."

Par décision du 5 juillet 2002, l'OAI bernois a octroyé à l'assuré les mesures professionnelles proposées à savoir un reclassement comme cariste.

Le 15 août 2002, cet office a adressé la lettre suivante à l'assuré :

"Par décision du 5.07.2002 nous avons pris en charge la formation pratique de l'assuré et ce pour la période du 17.06.2002 au 30.09.2002 avec octroi de l'indemnité journalière. Malheureusement, durant les vacances il y a eu un incendie de l'entreprise [...] [...] à [...] et les ouvriers n'ont pas pu reprendre le travail à la fin des vacances. Nous réexaminons la situation professionnelle de l'assuré et en attendant nous vous prions de bien vouloir lui verser l'indemnité journalière pour délai d'attente mais ce au maximum jusqu'à la fin de la formation pratique soit jusqu'au 30.09.2002. Si un changement devait intervenir auparavant nous vous le communiquerons immédiatement."

Dans un rapport final du 3 septembre 2003, la division de réadaptation a exposé notamment ce qui suit:

“Depuis la fin de son cours de cariste et la fin de ses relations de travail avec l’entreprise [...] [...], M. M. _____ est au chômage.

Il nous a contactés très régulièrement (2-3 fois par mois) pour nous informer de ses démarches et le cas échéant avoir notre soutien. Malgré cela, il n’a toujours pas réussi à obtenir un poste.

Il s’est rendu dans les cantons de Vaud, de Neuchâtel etc. M. M. _____ nous a toujours semblé très motivé et désireux de trouver un travail. Son allure est décidée, sa voix forte et énergique. Nous ne comprenons pas pourquoi il ne trouve rien.

Nous pensons que M. M. _____ lorsqu’il se présente auprès d’un employeur potentiel, parle trop vite de ses problèmes de dos. Il craint en effet, en cas de rechute, qu’on lui reproche de n’avoir rien dit ou de ne pas avoir été assez clair.

Il y a donc bientôt une année que nous lui cherchons du travail et, devant les refus répétés, nous ne savons plus que faire. Nous avons averti l’assuré que nous allions clore son dossier mais que nous restions à sa disposition si, à moyen terme, il pouvait décrocher un poste et que cela nécessitait un entraînement au travail ainsi qu’une mise au courant.

Proposition

Nous considérons ce dossier comme liquidé pour notre division et restons, le cas échéant, à disposition en cas de proposition concrète chez un employeur.”

Dans une décision rendue le 16 septembre 2003, l’OAI bernois a notamment considéré ce qui suit :

“Les demandeurs d’emploi qui souffrent d’une atteinte à la santé restreignant faiblement leur aptitude au placement ne peuvent prétendre à des mesures de réadaptation professionnelle.

Pour raisons de santé vous ne pouvez plus exercer d’activité nécessitant le port de charges de plus de 10kg. Toutefois, dans une autre activité vous êtes apte à travailler à 100%. L’AI a donc pris en charge une formation pratique de cariste auprès de l’entreprise [...] à [...]. Malheureusement, cette entreprise a dû fermer ses portes suite à un incendie.

Pour raisons économiques principalement vous ne trouvez pas de travail. Vous émergez donc de l’assurance-chômage. Si vous trouvez une place de travail et que celle-ci nécessite un entraînement ainsi qu’une mise au courant vous pourrez déposer une nouvelle demande de prestations.

Notre décision est par conséquent la suivante:

Nous considérons le cas comme liquidé.”

B. Le 3 mars 2004, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations AI auprès de l'OAI bernois. Il mentionnait avoir été inscrit au chômage de février 2002 à décembre 2003 et bénéficiaire de l'aide sociale depuis lors. Il indiquait souffrir des vertèbres depuis 2001. Il ajoutait que pour lui ce n'était pas facile de trouver du travail du fait que pour des raisons médicales, il n'osait pas soulever ou porter plus de 10kg.

Dans une lettre du 11 mars 2004, l'OAI bernois a écrit à l'assuré notamment ce qui suit :

“Par décision du 16.09.2003 un refus de mesures professionnelles était notifié car votre incapacité de trouver du travail était due principalement à des raisons économiques. En effet, médicalement vous êtes apte à travailler à 100% dans toutes les activités ne demandant pas le port de charges de plus de 10kg. Vous émergez donc de l'assurance-chômage et de l'aide au placement par l'office régional de placement. Le fait que vous soyez en fin de droit ne justifie pas une nouvelle demande AI.

Une telle demande est uniquement possible si il y a eu aggravation de votre état de santé. Si oui, vous devez établir de manière plausible les éventuels changements notables de votre état de santé depuis septembre 2003. Pour ce faire vous devez nous faire parvenir une attestation médicale qui devra contenir des renseignements sur le changement intervenu.

L'article 87 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201] al. 3 et 4 dit : « La demande de révision doit établir de manière plausible que l'invalidité ou l'impuissance de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits ».

Sans réponse de votre part jusqu'au 31 mai 2004 nous admettrons que votre état de santé est inchangé et nous ne pourrions pas entrer en matière sur votre demande.”

Selon une notice du 26 avril 2004, l'assuré a informé par téléphone du même jour la gestionnaire de l'OAI bernois de son impossibilité de fournir des pièces médicales certifiant un changement d'état de santé, dans la mesure où son état était stationnaire mais qu'il ne trouvait pas de travail.

Par décision du 28 avril 2004, l'OAI bernois a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

Dans un document du 17 juin 2004 intitulé proposition, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI bernois a indiqué notamment ce qui suit :

“Situation actuelle

L'anamnèse de M. M. _____ vous est déjà connue : il s'agit d'une réactivation de son dossier d'aide au placement. Depuis l'incendie de l'Usine du [...], l'assuré n'a pas économisé ses efforts et a fait des recherches tous azimuts. Il voyait son droit aux indemnités de chômage arriver à sa fin et commençait à perdre courage. Actuellement il est très difficile de trouver une entreprise prête à prendre une personne souffrant du dos et ayant dû arrêter la boulangerie (CFC en 1981) pour allergie puis la production pour cause de hernie discale.

Il y a plusieurs années M. M. _____ avait travaillé dans une briqueterie dans le canton de Vaud. Il nous a demandé de l'aider dans ses démarches auprès de cet ancien employeur. Nous avons eu un long entretien avec ce dernier et l'opportunité de visiter la briqueterie. Le travail est presque entièrement automatisé, depuis la prise de la matière première dans la carrière jusqu'au passage dans les fours et enfin l'emballage.

M. M. _____, déjà titulaire d'un permis de cariste, pourrait opérer un tournus dans chaque poste. Il lui manque juste un permis de conducteur de chargeuse sur pneus ou chenilles.

Du 30 juin au 2 juillet M. M. _____ suivra le 1^{er} cours théorique pour l'obtention de ce permis (coût = fr. 300.-). Il pourra alors commander le permis provisoire et, lorsqu'il aura attesté 300 heures de pratique, il devra suivre un 2^{ème} cours de 5 jours pour un coût de fr. 1'300.-. Ce second cours sera pris en charge par l'entreprise étant donné que cela dépend des heures passées sur la chargeuse. Les trajets [...] étant impossible à faire, M. M. _____ s'arrangera momentanément en louant une caravane à [...] où il connaît bien le gardien de camping pour y avoir passé des vacances. Le 15 août au plus tôt, un appartement peut lui être loué sur le lieu même de son travail où il déménagera alors avec sa famille. Dans la mesure évidemment où tout va bien, au terme du stage M. M. _____ sera engagé pour un salaire brut de Fr. 4'100.- x 13.

Nous ne pouvons que l'espérer. L'assuré a toujours montré un désir de travailler et beaucoup d'application. Il est certain que son handicap de dos l'a jusqu'alors prétérité, et nous lui souhaitons pleine réussite dans ce poste. C'est grâce au fait qu'il y avait travaillé durant 6 ans environ (il y a une quinzaine d'années) et laissé de bonnes références qu'il a pu y retourner.

Proposition I

Genre de prestation	Placement professionnel
Code	540
Indemnité journalière	Octroi de l'indemnité journalière

Durée	Du 15 juin 2004 au 19 septembre 2004
Agent d'exécution	C._____. M. [...] 1562 [...] (référence administrative)
	Lieu de travail : C._____, [...]
Tarif / Frais	a) cours théorique de prévention des accidents pour conducteurs d'engins de terrassement du 30.06 au 02.07.2004 fr. 300.- b) souliers professionnels anti-chocs nécessaires s/justificatif environ fr. 100.-
Nature de la mesure :	Stage en vue d'un placement (...)"

Par décision du 30 juin 2004, l'OAI bernois a octroyé à l'assuré un entraînement au travail comme conducteur de machines dans l'entreprise C._____, Tuileries et briqueteries, et, par décision du 1^{er} juillet 2004, a pris en charge des frais de déménagement jusqu'à environ 1'800 fr. ainsi que les frais de souliers professionnels anti-chocs.

Dans un rapport final du 28 octobre 2004, la division de réadaptation de l'OAI bernois indique ce qui suit :

"Après beaucoup d'efforts et bien des recherches M. M._____ a trouvé un emploi fixe. Suite à notre mesure d'aide au placement octroyée jusqu'au 19 septembre 2004, il a été engagé auprès de l'entreprise C._____ à [...]. Le travail lui convient et semble adapté à sa pratique. Comme son employeur, M. M._____ est satisfait et les conditions « climatiques » sont bonnes, absence de port de charges régulier et de positions pénibles.

L'assuré a dû déménager avec sa famille et, même si ce n'est pas toujours évident, l'adaptation se déroule bien. Son nouveau domicile se trouve dans l'entreprise même située dans le canton de Vaud. Depuis le 20 septembre 2004 il réalise un salaire mensuel brut de fr. 4'100 x 13.

Proposition

Nous considérons ce dossier comme étant liquidé pour notre division."

Par décision du 4 novembre 2004, l'OAI bernois a mis un terme à la mesure d'aide au placement précédemment octroyée en relevant ce qui suit :

"Nous nous référons aux mesures professionnelles précédemment octroyées par décision du 30.06.2004.

Selon nos constatations, vous avez accompli avec succès votre entraînement au travail comme conducteur de machines.

Depuis le 20 janvier 2004 vous êtes engagé par l'entreprise C._____ avec un salaire mensuel de Fr. 4'100.--.

Nous constatons que l'aide au placement est achevée.

Nous vous adressons nos meilleurs vœux pour votre avenir professionnel."

C. Le 28 mars 2013, l'employeur C._____ a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), canton dans lequel l'assuré était désormais domicilié. Selon le formulaire de communication, l'intéressé se trouvait en incapacité de travail à 50 % depuis le 26 février 2013 en raison de douleurs dorsales suite à une opération aux lombaires.

Dans un rapport initial du 1^{er} mai 2013, un des spécialistes en réinsertion professionnelle de l'AI a noté que sur le plan de sa santé, l'assuré indiquait une péjoration de l'état de son dos, des fourmillements dans les bras, des douleurs persistantes et souffrir d'HTA (hypertension artérielle).

Le 14 mai 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI en indiquant s'agissant du genre de l'atteinte à la santé « forte douleur dans le dos et fourmillement dans les mains et les pieds (2001), kyste genou droit, crise hyperventilation, syndrome des apnées du sommeil ». A l'appui de sa demande, l'assuré a notamment produit les rapports et documents médicaux suivants :

- un courrier du 28 avril 2008 adressé au Dr V._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, par le Dr F._____, médecin-chef du Centre thermal d' [...], dont il résulte qu'au vu de troubles sensitifs mal systématisés, l'assuré devrait éventuellement être adressé à un neurologue pour examen.

- un rapport du 14 juillet 2009 adressé au médecin traitant par le Dr L._____, spécialiste en neurologie, à la teneur suivante :

“Vous trouverez ci-joint les résultats de sommeil de votre patient. Ceux-ci démontrent un syndrome d’apnée du sommeil modéré avec une dégradation du sommeil par contre très importante, une très grande instabilité de celui-ci avec une baisse de l’efficacité à 85%, un nombre de micro éveils de 31 par heure et un temps d’éveil intra sommeil pathologique à 70 minutes. Les micro éveils sont de façon claire la résultante des troubles respiratoires dans la majorité des cas. Malgré un BMI (Body Mass Index) normal (24) le patient désature de façon très marquée à chaque trouble respiratoire, ce qui indique peut-être un problème d’ordre pneumologique. En effet, on s’attend en règle générale dans le cadre d’un poids normal et d’un poumon normal à ne pas avoir de désaturations aussi fréquentes et intenses que dans ce cas-ci. Une évaluation pneumologique paraît donc nécessaire. Concomitamment, il faut se poser la question d’un problème obstructif au niveau nasal.

Quoiqu’il en soit, cet examen, malgré la relative modicité de la fréquence des événements respiratoires, entraîne des conséquences sévères qui expliquent bien l’hypersomnie dont il souffre.

Il faut donc l’adresser à un spécialiste pour une évaluation pneumologique et ORL, probablement instaurer un CPAP, puis réévaluer la situation objectivement sous CPAP, soit par une polygraphie respiratoire ambulatoire, soit, si la somnolence ne s’est pas améliorée, par une polysomnographie sous CPAP.”

- un rapport du 17 juillet 2009 du Dr S._____, spécialiste en pneumologie, qui a posé les diagnostics de SAS modéré, de tabagisme à trois paquets de cigarettes par jour récemment réduit à un paquet de cigarettes par jour, de BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) de degré léger, de probable état anxio-dépressif avec attaques de panique, de status après laminectomie L5 avec une spondylodèse L5-S1 en 2001, et de lithiase urétérale en 1993. Ce pneumologue était d’avis que le SAS de degré modéré mis en évidence chez l’assuré justifiait l’équipement d’un CPAP à titre d’alternative thérapeutique. Le Dr S._____ relevait toutefois que le SAS ne permettait pas d’expliquer l’ensemble des plaintes, une partie de la symptomatologie rentrant probablement dans le cadre d’un état anxio-dépressif pour lequel l’assuré suivait un traitement.

- un rapport du 22 septembre 2009 aux termes duquel le Dr S._____ notait qu’à la suite de la mise en route d’un traitement par CPAP, l’assuré

tirait un bénéfice considérable de cet appareillage grâce auquel il dormait bien et ne se sentait plus fatigué ni somnolent la journée.

- un rapport du 22 décembre 2009 du Dr L. _____ consulté à la suite d'un malaise survenu le 7 décembre 2009 et pour lequel la question d'une éventuelle crise épileptique était examinée. Sur la base d'un électroencéphalogramme, d'un status neurologique et d'une IRM cervicale, le médecin précité s'est prononcé en ces termes sur l'état de santé de l'assuré :

“APPRECIATION DU CAS

Il n'est donc pas possible de poser un diagnostic objectif chez ce patient. L'hypothèse la plus vraisemblable est que vu les circonstances, il ait glissé dans les escaliers et soit tombé lourdement vers l'arrière. Il a alors eu une commotion médullaire qui a entraîné une sidération temporaire des voies longues.

L'absence de toute anomalie à l'IRM est rassurante et comme dans le cadre des commotions cérébrales, il ne devrait pas y avoir de conséquences à long terme.

J'ai donné un certificat au patient lui permettant de conduire à nouveau, notamment ses véhicules professionnels.”

- un rapport du 5 mars 2010 au Dr F. _____, rhumatologue, à teneur duquel le Dr V. _____ a retenu les diagnostics suivants chez son patient :

- “- Status 9 ans et demi après spondylodèse L5/S1 pour spondylolisthésis et instabilité de ce segment.
 - Status 4 ans et demi après arthroscopie du genou droit pour lésion de la corne postérieure du ménisque interne.
 - Status 2 ans après arthroscopie du genou gauche pour kyste du ligament croisé antérieur.
 - Syndrome des apnées obstructives du sommeil appareillé.
 - Troubles de la motilité oesophagienne.
 - Troubles anxieux avec somatisations multiples.
- [...]

Comme tu peux le constater plus haut, il a présenté une pathologie assez riche avec en particulier des troubles fonctionnels difficilement identifiables que je mets sur le compte de somatisations sur un trouble anxieux et qui complique passablement l'appréciation des symptômes de ce patient d'autant plus qu'il a fait également des pathologies physiques lourdes indiscutables.

Le problème actuel remonte au 20 février date à laquelle le patient a fait un faux mouvement et a ressenti des lombalgies suraiguës avec paresthésies des deux membres inférieurs. Il décrit une impulsivité à

la toux. Au status du 22 février, j'ai constaté un Lassègue à 20 degrés à droite, une diminution de sensibilité du bord interne du pied droit et une hyporéflexie rotulienne à droite. Il n'y a par contre pas de parésie.

J'ai diagnostiqué une lombosciatique L5 avec un syndrome déficitaire sensitif. Vu les antécédents, j'ai d'emblée demandé une IRM dont tu trouveras ci-joint le CD et le rapport.

Sous AINS, la symptomatologie a gentiment régressé. L'impulsivité a diminué et, au status, le Lassègue s'est négativé et je n'ai plus retrouvé les troubles sensitifs. Le patient se plaint cependant encore d'importantes lombalgies surtout lors de station assise.

Préalablement à cet épisode le patient se plaignait déjà de paresthésies des membres inférieurs avec des fourmillements sous les pieds. Avant le 22 février, je n'avais aucun élément objectif à me mettre sous la dent. De plus, il a eu de très nombreux arrêts de travail ces deux dernières années, en raison de ses problèmes de genou, en raison de malaises à répétition sur ses apnées de sommeil; mais aussi sur des douleurs thoraciques aiguës pour lesquelles on a jamais trouvé de substrat organique claire malgré des investigations poussées (coronarographie normale). Maintenant qu'il présente une récurrence objectivable de sa pathologie lombaire, il a l'impression que son poste de travail est en danger. De plus, vu le contexte post-opératoire, je ne sais pas très bien quelle attitude il faut adopter et je te remercie de faire le point de la situation."

- un rapport du 12 mars 2010 adressé au Dr V. _____ par le Dr F. _____ qui s'est déterminé comme il suit sur le cas de l'assuré :

"[...]

Au status, je relève des troubles de la statique vertébrale avec une bascule des épaules en défaveur de la droite. Le Schober lombaire est à 15-23, la DDS à 38 cm. Pas de douleur à la percussion osseuse ou au cisaillement des épineuses. Très discrète symptomatologie à la palpation dans la région lombaire basse sans signe de la sonnette. Pas d'élément en faveur d'une dysfonction sacro-iliaque ou d'un syndrome du muscle pyramidal. Pas de périarthrite de hanche. Mobilité de ces dernières physiologique.

Sur le plan neurologique, pas de troubles sensitifs ou moteurs, réflexes présents et symétriques, pas de signe de Lassègue, pallesthésie discrètement diminuée à 6 sur 8 ddc [des deux côtés].

Une imagerie complémentaire a été réalisée sous forme d'une IRM. Sur cet examen, je relève avant tout des discopathies débutantes témoignées par un signal liquidien en regard des disques L2-L3, L3-L4. Il n'y a pas de signe de conflit discoradiculaire. On relève par ailleurs des signes de Modic 1 en regard des coins antérieur et postérieur supérieurs de L4.

L'examen clinique de ce jour s'avère rassurant. Ton patient présente un syndrome lombovertébral subaigu dont l'étiologie précise ne peut être affirmée ce qui est régulièrement le cas. Comme susmentionné,

l'examen clinique et le bilan biologique complémentaire ne met pas en évidence de signe de gravité.

Sur le plan pratique, je proposerais une prise en charge en hydrokinésithérapie. Assez rapidement je pense que l'évolution devrait être favorable permettant une reprise à temps partiel dans un premier temps de son activité professionnelle."

- Une IRM du genou droit de l'assuré du 18 janvier 2013 des Drs J. _____ et Q. _____ du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV indiquée en raison de la suspicion de kyste poplité du genou droit. Au terme de leurs investigations, les radiologues du CHUV ont observé ce qui suit sur l'état du genou droit de l'assuré :

"Conclusions

Dégénérescence mucoïdo-kystique du ligament croisé antérieur avec présence d'un kyste à l'insertion fémorale mesurant 9 x 9 x 16 mm.

Fissures radiaires de la portion latérale et de la corne postérieure du ménisque interne associées à des ulcérations cartilagineuses fémoro-tibiales de grade I-II"

- Des certificats médicaux établis les 22 janvier, 26 février et 30 mars 2013 par le Dr T. _____ (OTR 61412) attestant une incapacité de travail à 50 % de l'assuré dès le 26 février 2013.

A teneur du questionnaire pour l'employeur complété le 27 mai 2013 par C. _____, pour des motifs économiques (restructuration d'entreprise), un contrat de « congé-modification » avait été conclu en date du 20 février 2013 avec l'assuré, fixant la durée du travail hebdomadaire à 21 heures pour un salaire mensuel brut de 2'400 fr. servi treize fois l'an. Selon courrier de l'employeur, ce nouveau contrat de travail entré en vigueur à compter du 1^{er} juin 2013. A partir du 1^{er} janvier 2012, en lien avec l'exercice de son activité d'employé d'exploitation (machiniste) exercée à raison de quarante-deux heures par semaine, l'assuré percevait un revenu mensuel brut de 4'795 fr. servi treize fois l'an correspondant à un revenu annuel brut de 62'335 francs.

Dans un rapport médical du 21 mai 2013 adressé au Dr V. _____ et établi à la suite d'une consultation de l'assuré du 15 mai 2013, le Prof. D. _____ du Département de l'Appareil Locomoteur du CHUV, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, de status post-spondylodèse L5-S1 pour spondylolisthésis en 2001 et de tabagisme. Il ressort ce qui suit de l'examen clinique du Prof. D. _____ :

“Examen clinique :

Je trouve un patient qui marche sans boiterie notable. Cicatrice lombaire calme. Les mouvements lombaires ne sont pas particulièrement douloureux aujourd'hui.

A l'examen neurologique, j'ai des réflexes plutôt vifs, mais aucun signe de myélopathie cervicale. Force et sensibilité symétriques et conservées.

Le patient a eu une IRM lombaire qui montre une consolidation par un pont osseux antérieur en L5-S1 et des troubles dégénératifs en tout cas L3-L4 et L4-L5. Absence de rétrécissement canalaire ou foraminaux significatif.

Les clichés lombaires répétés aujourd'hui ne montrent pas de lésion osseuse ou d'instabilité visible.

Appréciation du cas :

Les paresthésies de Monsieur M. _____ sont d'apparition récente et peu systématisées. Ne connaissant pas le patient, je n'ai pas voulu lancer de nombreux examens complémentaires. Peut-être pourriez-vous rechercher les causes classiques de polyneuropathie et si vous le jugez nécessaire l'envoyer chez un confrère neurologue pour un examen plus approfondi.

En ce qui concerne ses lombalgies, j'ai pris le temps de le rassurer et je lui ai également prescrit un lombostat à utiliser par intermittence. On pourrait en théorie l'envoyer en antalgie pour des infiltrations, mais je ne suis pas tout à fait convaincu que ceci soit utile.

D'ailleurs après discussion quant à la suite, Monsieur M. _____ est disposé à reprendre une activité à 100% à partir du 20.05.2013. Il me semble qu'il y a des facteurs également socio-économiques qui jouent un rôle important dans ce tableau et il m'est difficile d'attester après une seule visite que ce patient devrait être mis à l'AI à 50%. Les longues incapacités de travail peut-être seraient quant à elles un indicateur plutôt de mauvais pronostic.

Je n'ai pas prévu de contrôle, mais nous restons à disposition pour le revoir si nécessaire. Idéalement, ce patient devrait être pris en charge dans un contexte non interventionnel par des équipes de réadaptation comme celles du Dr N. _____ à Yverdon ou du Dr X. _____ à Lausanne.

N.B : Oswestry : 34%”

Le 24 juin 2013, l'assureur perte de gain de l'assuré (H._____) a produit son dossier. Il en ressort que sur la base des certificats médicaux d'incapacités de travail, l'assuré s'est vu servir des indemnités journalières à 100 % du 24 janvier 2013 au 5 février 2013 puis à 50 % dès le 26 février 2013.

Dans un rapport du 23 août 2013, les Drs R._____, chef de clinique, et A._____, médecin-assistant, du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, ont répondu comme il suit aux questions adressées par le médecin-conseil de l'OAI :

“1.1. Cause de l'incapacité de travail : maladie
Diagnostics avec effet sur la capacité de travail : lombalgies chroniques, status post-spondylodèse L5-S1 pour spondylolisthésis en 2001, dégénérescence mucoïdo-kystique du LCA.
Diagnostics sans effet sur la capacité de travail : aucun.

1.2. Traitement ambulatoire par moi-même : jamais.
Date du dernier contrôle : le 15.05.2013 par le Pr D._____
Après vous, par : personne.

1.3. Traitement hospitalier/cure : aucun.

1.4. Anamnèse : patient ayant consulté les Urgences le 30.12.2012 pour des douleurs du genou droit, survenues sans traumatisme, présentes lors de la flexion du genou uniquement, l'empêchant de charger. Par la suite, il présente des lombalgies avec difficultés lors du changement de position après un décubitus prolongé, ainsi que des paresthésies des deux jambes avec une sensation de pied froid à droite.

Constat médical : le 22.01.2013, pour le genou, genou sec et stable. Mobilité conservée avec douleurs à l'extension maximale induisant un flexum antalgique réductible à 5°. Appareil extenseur compétent. Testing méniscal positif pour une lésion du ménisque interne. Voussure sensible au niveau du creux poplité. Fissure radiaire dans la corne postérieure du ménisque interne associée à des lésions cartilagineuses fémoro-tibiales de grade I à II.

Concernant le rachis, patient marchant sans boiterie notable. Cicatrice calme. Mouvements lombaires peu douloureux. Réflexes vifs, sans signe de myélopathie cervicale. Force et sensibilité conservées.

1.5. Nature et importance du traitement actuel : Lyrica 50 mg 2 fois par jour, Tramal 20 gouttes 4 fois par jour, Irfen 400 mg 3 fois par jour.

Recommandations pour la future thérapie : le Pr D._____ a proposé au médecin traitant de rechercher les causes classiques de polyneuropathie et de l'envoyer si nécessaire chez un neurologue ainsi que de le faire prendre en charge par des équipes de réadaptation pour lombalgiques.

1.6. Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée en tant que : 100% du 30.12.2012 au 25.02.2013, puis 50% selon le dossier du 26.02.au 26.03.2013. Notion d'une reprise à 100% le 25.05.2013.

Profession : machiniste.

1.7. Questions sur l'activité exercée à ce jour

Enumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ? Lombalgies.

D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible ? Je n'ai pas vu le patient mais le dossier parle d'un retour à 100% le 20.05.2013, donc probablement oui.

1.8. Questions concernant des mesures de réadaptation professionnelle possibles : une prise en charge par un team spécialisé dans la prise en charge conservatrice me semble indiquée.

Quels effets ont ces mesures sur la capacité de travail : en principe bons.

1.9. Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle resp. à une amélioration de la capacité de travail ? Le patient a repris le travail le 20.05.2013.

1.10 AI/AM/assureur-accidents : un contrat a-t-il été établi ? je l'ignore."

A teneur d'un certificat médical du 26 août 2013, le Dr V._____ attestait que son patient n'était apte à travailler que moyennant le port de charges de cinq kilos maximum et sans devoir exécuter de travaux avec les bras en hauteur en dessus du niveau des épaules.

Selon une notice établie le 29 août 2013 à la suite d'un entretien téléphonique du même jour avec l'assuré, ce dernier informait notamment l'OAI du fait qu'il avait été licencié par son employeur pour raisons économiques ainsi qu'en raison de ses problèmes de santé et, qu'à partir du 1^{er} septembre 2013, il avait été réengagé par ce même employeur mais uniquement au taux de 50 %.

Dans un avis médical du 12 septembre 2013, le Dr B._____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a résumé comme il suit le cas de l'assuré :

"Assuré de 51 ans, divorcé, 2 enfants adultes, CFC de boulanger et reclassé par l'AI en cariste. Aucune évolution notable de l'état de

santé au cours des 3 dernières années selon les RM [rapports médicaux] en notre possession. L'assuré pour des raisons économiques s'est vu réduire son activité de machiniste par son employeur à 50%.

Son activité est adaptée. Il n'y a pas de raison donc pour réduire sa CT [capacité de travail] qui est pleine et entière dans son activité."

Par projet de décision du 13 septembre 2013, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit aux prestations, au motif que sa capacité de travail demeurerait entière dans l'activité de machiniste comme dans toute activité adaptée.

A l'appui de ses objections du 1^{er} octobre 2013 contre le projet de décision précité, l'assuré a produit un rapport médical daté du même jour de son médecin traitant le Dr V._____, à la teneur suivante :

"Monsieur M._____ m'informe avoir reçu de votre part une décision de refus de prestations, décision contre laquelle je lui ai conseillé de s'opposer. Cette décision ne correspond pas avec ma vision de la situation et je voudrais vous faire part de mes constatations.

Antécédents :

1969 App

1974 Cure d'Hydrocèle

1993 Urolithiasis

2001 Laminectomie L5 et spondylodèse L5-S1 pour spondylolisthésis L5-S1

2005 Débridement arthroscopique du ménisque interne droit

2008 Arthroscopie pour kyste mucoïde du LCA du genou gauche

2008 Suspicion non confirmée d'angor. Coronarographie normale

2008 Dyskinésie oesophagienne

2009 R-test normal

2009 Troubles anxieux de type attaques de panique

2009 Apnées de sommeil traitées par CPAP

2009 Colo-CT: diverticulose

2011 Coloscopie: 3 polypes recto-sigmoïdiens type adénome tubuleux bas grade

Monsieur M._____ présente donc d'importantes lombo-sciatalgies bilatérales sur canal étroit lombaire séquellaire de son intervention de 2001. Ces lombo-sciatalgies l'empêchent de faire tout effort physique lourd et de maintenir longtemps une même position, même assise.

De plus, même appareillé, son syndrome d'apnées de sommeil limite ses capacités de concentration qui s'émoussent au fil des heures de travail.

Finalement, ses capacités de compréhension et d'apprentissage sont limitées ce qui rendrait toute tentative de reconversion très aléatoire.

Au vu de tous ces éléments, je ne pense pas que M. M. _____ puisse avoir une capacité de travail de plus de 50%, même dans une activité adaptée, la mieux adaptée étant probablement son activité actuelle de machiniste. Durant ces dernières années, M. M. _____ a été employé à 100%, mais du fait des limitations citées plus haut, il n'avait certainement pas un rendement supérieur à 50%. Mais il travaillait dans une entreprise de type familial et ses limites étaient tolérées. Depuis, l'entreprise a été rachetée par un grand groupe et les méthodes de management sont devenues moins compréhensives. Il a été licencié et réengagé à 50%, ce qui correspondait objectivement à son activité réelle.

S'il doit quitter son emploi actuel pour chercher un travail à 100%, il ira probablement d'échec en échec jusqu'à ce que les complications psychologiques, inévitables chez cette personnalité fragile, n'aboutissent à une invalidité de 100%.

J'en conclus que lui reconnaître une invalidité de 50% non seulement correspondrait à la réalité de son état de santé, mais serait aussi un moindre mal par rapport aux conséquences probables d'un refus de prestations."

Dans un avis médical d'audition du 17 octobre 2013, les Drs B. _____ et P. _____ du SMR ont retenu ce qui suit sur l'état de santé de l'assuré :

"Assuré de 51 ans, divorcé, 2 enfants adultes, CFC de boulanger et reclassé par l'AI en cariste. Selon les RM [rapports médicaux] que nous avons reçus lors de sa nouvelle demande de prestation, il n'y avait aucune évolution notable de l'état de santé au cours des trois dernières années. L'assuré, pour des raisons économiques nous informait-on s'est vu réduire à 50% son activité de machiniste cariste par son employeur. Dans l'avis médical du 12 septembre 2013, nous avons dit que son activité était adaptée et qu'il n'y avait donc sur le plan médical pas de raison de réduire sa CT [capacité de travail].

Son médecin traitant le Dr V. _____, spécialiste en médecine psychosomatique et psychosociale nous fait parvenir une lettre dans laquelle il s'oppose à notre décision. Il cite les atteintes suivantes: appendicectomie en 1969, cure d'hydrocèle en 1974, urolithiases en 1993, trois atteintes non invalidantes, laminectomie L5 et spondylodèse L5-S1 en 2001, débridement orthoscopique du ménisque interne en 2005, arthroscopie pour kyste du LCA du genou G en 2008, atteintes pour lesquelles l'assuré a été reclassé dans une activité adaptée. Suspicion non confirmée d'angor en 2008, dyskinésie oesophagienne en 2008, R-test normal en 2009, atteintes non invalidantes. Troubles anxieux de type attaques de panique en 2009, apnée du sommeil traitée par CPAP en 2009, diverticulose au niveau du colon en 2009 et ablation par coloscopie en 2011 de 3 polypes recto-sigmoïdiens type adénome tubuleux de bas grade. Ces dernières atteintes ne sont pas non plus invalidantes d'autant que notre assuré n'a pas cessé durant ces périodes son activité à temps plein. Le Dr V. _____ insiste sur le fait que l'entreprise pour laquelle travaille notre assuré a été rachetée par un grand groupe et que vu le faible rendement que présente notre assuré, la nouvelle

direction a diminué son taux de travail de moitié pour le payer pour ce qui correspond à son activité réelle. Cet argument n'est pas médical car si notre assuré aurait un rendement réduit, son rendement réel à un taux de 50% ne serait que de 25% ! L'autre argument du médecin est que si nous refusions de lui donner une rente de 50%, notre assuré à terme perdrait toute activité car il n'aurait pas les moyens de s'adapter à un nouvel environnement. Ceci est une assertion prospective et l'AI n'assure pas les risques potentiels. De plus le Dr V._____ confirme bien que l'activité actuelle est bien une activité adaptée pour notre assuré.

Dans ces conditions, nous maintenons notre avis du 12 septembre 2013."

Par décision du 9 décembre 2013, l'OAI a intégralement confirmé son refus d'allouer ses prestations à l'assuré motif pris que sa capacité de travail demeurerait entière dans son activité de machiniste ainsi que dans toute activité adaptée.

D. Par acte du 10 janvier 2014, M._____, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus de prestations précitée. Il conclut, avec suite de dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'OAI est tenu au service d'un trois quarts de rente dès le 1^{er} novembre 2013 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision litigieuse le dossier de la cause étant renvoyé à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision. Le recourant soutient sur la base du rapport du 1^{er} octobre 2013 de son médecin traitant (Dr V._____) qu'il dispose d'une capacité de travail de 50 % maximum en toute activité adaptée à son handicap comme dans celle actuelle de machiniste, la mieux adaptée selon lui. S'agissant de cette dernière activité, il précise l'avoir exercée à 100 % mais avec une diminution de rendement de 50 %. Suite à un changement d'employeur, son taux de capacité, respectivement de rendement effectif a été réduit à 50 %. A suivre le recourant, l'avis médical SMR contradictoire du 17 octobre 2013 ne saurait prévaloir sur celui « circonstancié et convaincant » du Dr V._____. L'appréciation du service médical de l'AI serait plus juridique que médicale et comporterait des erreurs s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail. Il reproche pour le surplus à l'OAI dans sa décision, de ne pas avoir décrit les activités adaptées à son état de santé ainsi que de ne pas avoir

évoqué ses limitations fonctionnelles qui au vu de ses troubles, justifieraient un abattement de 15%. Le recourant en déduit qu'il présente un taux d'invalidité de 65 % lui ouvrant ainsi droit à un trois quarts de rente. Il a également produit un courrier adressé le 9 janvier 2014 par son employeur (C. _____ du groupe???. _____) à son conseil, dont la teneur est la suivante :

“Cher Maître,

Suite à la demande de Monsieur M. _____, nous tenons à préciser certains points.

Du 15 juin au 16 septembre 2004, M. M. _____ était à l'AI à 100% et se soumettait à des mesures de réadaptation. Durant cette période, M. M. _____ s'est vu confier des tâches compatibles avec ses capacités physiques dans le but de réussir sa réinsertion professionnelle.

A l'issue de cette période, le stage s'est avéré très positif et M. M. _____ s'est vu proposer un contrat de travail à 100% de durée indéterminée. La description des tâches, faisant partie intégrante de son contrat de travail du 16 septembre 2004, sont décrites comme suit:

- En qualité de cariste, transport sur le site d'exploitation, au moyen d'un élévateur, de produits et de matériaux en conformité aux instructions reçues.
- En qualité d'opérateur, mise en oeuvre et conduite des installations, exécution du programme de fabrication en qualité, quantité et délai, contrôle de conformité des produits en cours de fabrication et exécution des tâches d'entretien planifiées.

Depuis de nombreuses années. M. M. _____ souffre physiquement et ceci se reflète dans ses absences justifiées par des certificats médicaux.

Malheureusement, l'état de santé de M. M. _____ se dégrade. Nous avons reçu en août 2013 un certificat médical nous indiquant:

- Qu'il ne peut pas porter des charges supérieures à 5kg
- Qu'il ne peut faire aucun travail avec les bras en hauteur en dessus du niveau des épaules.

M. M. _____ est un employé très compétant qui exécute ses tâches à notre entière satisfaction. C'est une personne ponctuelle et fiable, qui connaît très bien son travail et qui se montre en tout temps disponible. De par sa polyvalence, nous avons toujours essayé d'aménager ses activités en fonction de ses douleurs. Depuis quelques temps, M. M. _____ n'arrive plus à assumer l'entier de son cahier des charges (cariste et opérateur) à cause de ses douleurs.

En nous basant sur le contrat de travail qui nous lie ainsi que sur l'état de santé de notre collaborateur, nous sommes amenés à constater que M. M. _____ n'a de loin plus un rendement à 100%.

Son récent congé modification n'est pas lié avec ses problèmes de santé, mais en relation avec la diminution de l'activité de la briqueterie de [...].

Tout en restant à votre entière disposition, nous vous présentons, cher Maître, nos meilleures salutations."

Le recourant requiert, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire nécessaire à l'évaluation de son taux de capacité de travail résiduel.

Au terme de sa réponse du 10 mars 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - 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. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile, compte tenu des fêtes d'hiver (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA), et devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

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

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2).

3. Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; TFA I 490/2003 du 25 mars 2004, consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient, à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 75 consid. 3.2).

L'article 17 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al.1). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond,

et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012; ATF 130 V 71 consid. 3).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

En l'espèce, la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente est celle rendue le 16 septembre 2003. En effet, cette décision a été rendue après instruction de la situation du recourant tant sur le plan médical que sur le plan économique. Quant aux décisions subséquentes, elles sont complémentaires en ce sens qu'elles ont permis à l'assuré, qui ne trouvait pas d'emploi, de compléter sa formation de cariste par l'obtention d'un

permis de conducteur de chargeuse sur pneus ou chenilles et ainsi d'être à nouveau engagé à plein temps par l'un de ses anciens employeurs.

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

b) 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

c) 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. 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_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

d) 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 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 et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013,

consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (TF 9C_791/2012 du 1^{er} mars 2013, consid. 3.3, 9C_113/2008 du 11 novembre 2008, consid. 4.2 et 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012, consid. 2, 9C_885/2007 du 15 septembre 2008, consid. 3.2, 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

e) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de doute sur la pertinence de ses constatations, compte tenu des divergences avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF

137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4).

5. a) En l'espèce, lors la première décision, les diagnostics posés par les Drs K._____ et Z._____ étaient ceux d'un syndrome lombospondylogène persistant sur instabilité segmentaire L5/S1 sur spondylolyse avec spondylolisthésis L5/S1 degré I selon Mayerding, de status post-laminectomie L5, de spondylodèse L5-S1 et de syndrome lombovertébral intermittent résiduel. Les limitations fonctionnelles dues au syndrome lombovertébral résiduel, étaient que l'assuré ne devait en principe pas porter de charges dépassant 10 kg et que l'activité professionnelle devait permettre l'alternance de positions assise ou debout. Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail de l'assuré était entière. Tant l'activité de cariste que celle exercée dans l'entreprise C._____ ont été considérées comme des activités adaptées.

b) Lors de la décision dont est recours, le Dr V._____ a posé le 5 mars 2010 les diagnostics de status 9 ans et demi après spondylodèse L5/S1 pour spondylolisthésis et instabilité de ce segment, status 4 ans et demi après arthroscopie du genou droit pour lésion de la corne postérieure du ménisque interne, status 2 ans après arthroscopie du genou gauche pour kyste du ligament croisé antérieur, syndrome des apnées obstructives du sommeil appareillé, troubles de la motilité oesophagienne et troubles anxieux avec somatisations multiples. Il a indiqué avoir diagnostiqué une lombosciatique L5 avec un syndrome déficitaire sensitif et que sous AINS, la symptomatologie avait régressé, mais que le recourant se plaignait cependant encore d'importantes lombalgies surtout lors de stations assises. Dans son rapport du 1^{er} octobre 2013, il explique que les importantes lombo- sciatalgies empêchent le recourant de faire tout effort physique lourd et de maintenir longtemps une même position, même assise. Il ajoute que même appareillé, son syndrome d'apnées de sommeil limite ses capacités de concentration qui s'émeussent au fil des heures de travail. Enfin, il estime que les capacités de compréhension et d'apprentissage sont limitées ce qui rendrait toute tentative de reconversion très aléatoire. Compte tenu de ces éléments, il considère que

la capacité de travail du recourant ne peut excéder 50%. Il retient les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charges supérieures à cinq kilos et pas de travaux exécutés avec les bras en hauteur en dessus du niveau des épaules (rapport du 26 août 2013).

Cette appréciation est toutefois insuffisamment motivée. En outre, elle est contredite par les rapports des médecins spécialistes qui ont examiné le recourant.

En effet, ce qui concerne les lombosciatalgies, le Dr F. _____ (rapport du 12 mars 2010), en se fondant sur un examen complet du recourant (IRM, examens clinique et biologique) relève que l'examen clinique s'avère rassurant, aucun signe de gravité n'étant mis en évidence. Il estime qu'une évolution favorable sera rapide, permettant une reprise à temps partiel dans un premier temps de l'activité professionnelle. Il proposait une prise en charge en hydrokinésithérapie. De même, le Prof. D. _____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, de status post spondylodèse L5-S1 pour spondylolisthésis en 2001 et de tabagisme. S'agissant des paresthésies, il note qu'elles sont d'apparition récente et peu systématisées sans nécessiter d'examens complémentaires particuliers. Il décrit un status globalement rassurant concernant les lombalgies en prescrivant uniquement le port d'un lombostat à utiliser par intermittence. Il précise en outre que le recourant est disposé à reprendre une activité à 100 % à compter du 20 mai 2013. Relevant que des facteurs également socio-économiques interviennent dans le tableau clinique, il déclare se trouver dans l'impossibilité d'attester une incapacité de travail invalidante à 50 % de l'assuré.

Les conclusions de ces deux praticiens spécialistes sont concordantes. Elles résultent d'un examen détaillé et approfondi du cas du recourant et sont convaincantes.

Il y a ainsi lieu de retenir que les lombalgies dont est atteint le recourant n'entraînent pas d'incapacité de travail dans sa profession habituelle.

En ce qui concerne les troubles au genou, aucun médecin ne mentionne qu'ils entraîneraient une incapacité de travail.

Il n'est enfin pas établi que le syndrome d'apnée du sommeil limiterait les capacités de concentration du recourant. En effet, il résulte des rapports du Dr S. _____ que l'appareillage par CPAP alors mis en place permet au recourant de bien dormir sans ressentir de fatigue ni somnoler en journée. Ainsi ce trouble dont le recourant souffre depuis plusieurs années n'entraîne pas d'incapacité de travail dans la mesure où il a été corrigé à satisfaction. Le recourant n'a d'ailleurs pas dû cesser depuis son apparition l'exercice à plein temps de son activité professionnelle.

Enfin les troubles anxieux avec somatisations multiples tels que diagnostiqués par le Dr V. _____ ne sont pas documentés.

c) Le recourant soutient également avoir exercé sa profession de machiniste à 100 % mais avec une diminution de rendement de 50 %, ce qui serait toléré dans une entreprise familiale du type de celle qui l'employait mais qui ne l'aurait plus été suite au rachat de l'entreprise par un grand groupe, d'où le licenciement puis le réengagement du recourant à 50 % dans le courant de l'année 2013, soit à un taux en adéquation avec son activité réelle.

Cette allégation s'avère infondée dès lors que dans son courrier du 9 janvier 2014, l'employeur fait certes mention de douleurs de l'assuré dans l'accomplissement de son travail mais précise que le récent congé modification (à savoir la diminution du taux d'activité de l'assuré à 50 % avec effet dès le 1^{er} juin 2013) est dû uniquement à des motifs économiques, soit une restructuration de ladite entreprise (cf. également le ch. 2.2 du « Questionnaire pour l'employeur » du 27 mai 2013).

Quant à l'affirmation du Dr V. _____, identique à celle du recourant, elle ne repose, elle non plus sur aucun élément au dossier.

d) Il résulte de ce qui précède qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant n'est établie depuis le 16 septembre 2003.

Celui-ci pouvant travailler à plein temps dans son activité habituelle, l'OAI n'avait pas à établir une liste détaillée d'autres activités adaptées, ni à procéder à une comparaison des revenus en retenant un taux d'abattement comme le voudrait le recourant.

e) Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, telle que requise par le recourant, s'avère inutile et doit être rejeté. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C_763/2013 du 12 février 2014, consid. 3.2, 9C_818/2008 du 18 juin 2009, consid. 2.2 et 9C 440/2008 du 5 août 2008).

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Vu l'issue du litige, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 9 décembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de M._____.

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

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat-conseil de l'ASSUAS (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :