COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mai 2015

Présidence de M. NEU

Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Pasche

Greffière : Mme Pellaton

*****

Cause pendante entre :

H._____, à La [...], recourant, représenté par Me Baptiste Viredaz, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, au bénéfice d'un CFC de mécanicien auto obtenu en 1982, a entrepris une formation de technicien en informatique, tout en suivant des cours en formation continue. Il a notamment travaillé du 6 août 2001 au 30 septembre 2005 en qualité de technicien en informatique à 100 % auprès de l'entreprise G._____ SA à [...]. Son contrat de travail a été résilié par l'employeur, pour cause de restructuration de poste. Souffrant de lombalgies occasionnelles depuis plusieurs années, l'assuré a bénéficié d'un arrêt de travail à 100 % du 7 avril au 31 août 2003, puis à 50 % du 1er au 30 septembre 2003. Dans l'intervalle, soit en date du 26 mai 2003, il a été opéré d'une volumineuse hernie discale médiane para-médiane droite L5-S1 luxée vers le bas par hémilaminectomie L5-S1 droite. Dès le 10 mars 2005, il a bénéficié d'un nouvel arrêt de travail en raison de lombo-cruralgies bilatérales avec paresthésies et hypoesthésies plantaires du pied droit. Son cas a été pris en charge par [...], assureur perte de gain de l'employeur, qui a versé des indemnités journalières jusqu'au 25 mai 2006.

Le 18 août 2005, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une hernie discale L5-S1 et de la persistance d'un syndrome lombaire douloureux. Dans un rapport du 23 octobre 2005 à l'OAI, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient d'importante hernie discale et de persistance d'un syndrome vertébral lombaire, réapparu en mars 2005, tout en précisant que son état était stationnaire. Il a estimé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, ajoutant qu'une activité à mi-temps dans un bureau pouvait être envisagée. Dans un rapport du 11 décembre 2006 à l'OAI, le Dr I._____, spécialiste en neurochirurgie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de status après cure de hernie discale médiane paramédiane droite L5-S1

luxée et de sclérose dégénérative L5-S1 avec syndrome lombo-vertébral statique et fonctionnel. Il a relevé que l'état de santé de l'intéressé était stationnaire après aggravation. Il a indiqué que l'activité exercée jusqu'ici était exigible à 100 % avec une diminution de rendement de 25-30 %. En outre, le syndrome lombaire était certainement limitatif, mais une activité professionnelle le plus souvent assise était possible avec des ménagements lombaires usuels. Il lui semblait en effet déraisonnable chez cet informaticien actif depuis 25 ans et venant par ailleurs d'effectuer un certificat complémentaire d'administrateur en système Microsoft d'exiger l'exercice d'une autre activité. En cas d'aggravation ultérieure, l'éventualité d'une spondylodèse lombosacrée était envisageable, mais une nouvelle intervention neurochirurgicale n'était alors pas indiquée.

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis du Dr L._____ du Service médical régional (ci-après : le SMR), qui a constaté que le Dr I._____ estimait préférable de laisser l'assuré exercer l'activité d'informaticien (qui nécessitait parfois des positions et port de charges ne respectant pas les limitations fonctionnelles) en admettant une diminution de rendement plutôt que de mettre en oeuvre des mesures professionnelles. L'activité de mécanicien n'était toutefois pas exigible. Selon le SMR, il y avait ainsi lieu d'interroger le Dr I._____, ce dernier ne s'étant pas prononcé sur la capacité de travail médicalement et théoriquement exigible dans une activité adaptée, ni sur les limitations fonctionnelles (cf. avis médical du 24 juillet 2007).

Par courrier du 8 octobre 2007 à l’OAI, le Dr I._____ a mentionné qu'au vu de l'examen clinique sur le plan lombo-radiculaire et de son dernier rapport du 11 décembre 2006 adressé à l'AI, l'assuré était tout à fait apte sur le plan médico-théorique à exercer une activité professionnelle à 100 % dans un emploi adapté, c'est-à-dire qui tienne compte des mesures habituelles d'épargne lombovertébrale et d'hygiène posturale. Les limitations fonctionnelles étaient représentées par un syndrome lombovertébral partiel statique et fonctionnel, en grande partie chronifié, déjà décrit dans son rapport détaillé et les documents annexes y relatifs.

Par lettre du 19 octobre 2007, le Dr P._____ a informé l'OAI que son patient présentait pour la première fois un état dépressif en relation avec sa situation socio-économique.

Par avis médical du 28 novembre 2007, le Dr L._____ a relevé les éléments suivants :

> « La teneur des éléments médicaux spécialisés (Dr I._____) laisse comprendre que d'un point de vue médico-théorique l'assuré aurait été apte à reprendre son activité d'informaticien moins d'une année après le début de l'IT [incapacité de travail] (10.03.2005), plein temps avec une diminution de rendement de 25-30 %. On sait en outre que l'exigibilité est de 100 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : positions statiques assis / debout au-delà de 30 minutes / port de charges moyennes à lourdes / porte-à-faux du rachis / engins vibrants. L'assuré a continué à parfaire sa formation et connaissances en informatique.
>
> Le médecin traitant annonce un épisode dépressif en lien avec la situation socio-professionnelle. Cette pathologie est d'ordre réactionnel et n'est pas responsable d'une diminution de la CT [capacité de travail] ».

Au vu de ces éléments, l'OAI a constaté que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 %, mais avec une diminution de rendement estimée à 25 à 30 %, alors qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée aux limitations décrites par le SMR (cf. fiche d'examen du dossier n° 3 du 24 janvier 2008).

Dans le cadre d'un entretien avec le service de réadaptation de l'OAI, l'intéressé a indiqué qu'il pensait pouvoir travailler à temps partiel comme informaticien mais pas à 100 %, en raison du port de charges (matériel informatique à changer, serveur), des positions assises prolongées lors de piquets (hotline) et des positions inconfortables (à genou, accroupi, etc.). Il ne voyait par ailleurs pas ce qu'il pouvait faire et peinait à faire le deuil de sa situation socio-professionnelle antérieure. Il se disait plutôt manuel et pratique, la programmation n'étant pas son fort (cf. note relative au 1er entretien du 11 mars 2008).

Par communication du 21 mai 2008, l'OAI a accepté de prendre en charge les frais relatifs à une observation professionnelle au

sens de l'art. 69 RAI. L'intéressé a dès lors suivi un stage d'observation au Centre A._____ du 8 décembre 2008 au 20 mars 2009. Du 2 au 13 février 2009, l'assuré a effectué une formation pratique auprès de [...] afin de vérifier l'adéquation entre la place de travail et ses limitations fonctionnelles.

Dans l'intervalle, l'intéressé a présenté une incapacité de travail totale du 7 au 12 janvier 2009, date à laquelle il a repris le stage à 50 % (capacité attestée par le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assuré dès le 20 novembre 2008). Dans un rapport du 17 mars 2009 à l'OAI, le Dr B._____ a relevé que son patient avait présenté dès le début de son activité une exacerbation de la symptomatologie avec une augmentation du syndrome lombovertébral, puis un blocage lombaire avec des difficultés à la marche, une tendomyose para-vertébrale diffuse, ainsi qu'une myogélose fessière bilatérale et une diminution de la sensibilité sur le territoire S1 droit avec une aréflexie achilléenne droite. Le Dr B._____ a en outre indiqué ce qui suit :

> « A plusieurs reprises M. H._____ a développé des blocages lombaires ayant nécessité une prise en charge physiothérapeutique et médicamenteuse intensive incluant une corticothérapie et des antalgiques de classe III.
>
> Il existe donc une cohérence et une convergence des éléments cliniques, radiologiques et observationnels puisque les différents observateurs, notamment lors du stage à l'A._____, ont pu se rendre compte de façon indiscutable que M. H._____ n'est pas apte à travailler plus de 50 % et que même avec ce taux d'occupation, il est obligé de s'allonger durant 1-2h quotidiennement afin de soulager les douleurs.
>
> Comme l'a mentionné mon collègue le Dr I._____, il n'y a pas d'indication à une nouvelle intervention neurochirurgicale ni à de nouvelles investigations neurologiques.
>
> Je considère donc que M. H._____ présente une capacité de travail résiduelle max. de 50 % dans une activité adaptée et qu'il est à craindre que dans cette activité le rendement soit abaissé ».

Dans son rapport du 23 mars 2009, le Centre A._____ a conclu notamment que :

« En action dans les différents modules, nous relevons qu'il [l'assuré] alterne les positions toutes les 15 à 30 minutes et il prend régulièrement des pauses pour soulager son dos. Il nous dit que les positions, assise/debout et prolongées, lui causent de fortes douleurs et des insomnies. Bien que les activités réalisées semblaient remplir les conditions idéales de travail, il s'est plaint de douleurs accrues. Ses douleurs l'ont amené à consulter son médecin qui a réduit son taux de travail à 50 % pour une durée indéterminée.

M. H._____ a nourri un réel espoir lors de l'évocation d'une possibilité de formation en entreprise chez [...]. Malheureusement lors de l'évaluation de stage, le responsable a signalé que votre assuré ne pouvait pas travailler comme logisticien sur un long terme. En effet même à 50 % et avec alternance des positions assis/debout, il ne parvenait pas à assumer les tâches usuelles de préparations, emballages, chargements et déchargements de palettes. De surcroît, son rendement sur la demi-journée était de 50 %.

Au vu du peu de possibilités professionnelles qui s'offrent à votre assuré, nous avons effectué des recherches dans le domaine de la conception publicitaire ou du graphisme, domaines en lien avec l'outil informatique. Les entreprises contactées nous informent que les débouchés sont nuls si la personne n'est pas certifiée dans ce domaine. Les chances de réussite, d'une formation de type CFC, sont fortement conditionnées par un état de bien-être physique minimum que votre assuré n'a pas.

M. H._____ a bien coopéré et il s'est montré partie prenante dans le stage qu'il a effectué dans notre Centre, compte tenu des enjeux de sa réalité. Il nous a démontré une envie de changement, mais ses problèmes de santé le rattrapent et freinent toute avancée dans ses projets. Cela nous conduit à la conclusion que, dans l'état actuel, seule une réévaluation sur le plan médical nous semble indiquée ».

Par avis médical du 30 avril 2009, le Dr K._____ du SMR a observé une concordance entre l'appréciation du médecin, qui avait pu constater des exacerbations sous forme de contractures et d'irritations radiculaires, et celles des responsables de l'A._____ ayant constaté que l'assuré ne pouvait maintenir longtemps les mêmes positions. Dans ce contexte, le SMR a considéré qu'en raison de lombosciatalgies chroniques sur status après cure de hernie discale en 2003, l'assuré ne pouvait faire valoir une capacité de travail supérieure à 50 % (en termes de présence) et ce dans toute activité. Dès lors, la capacité de travail exigible était de 50 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, soit une activité excluant la position statique assise/debout de plus de 30 minutes, le port de charges moyennes à lourdes, les postures en porte-à-faux du tronc et le travail sur engins vibrants.

b) En date du 15 mai 2009, l'OAI a communiqué à H._____ un projet de décision par lequel il lui octroyait une demi-rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 50 %. Il a constaté que l'assuré avait été dans l'obligation de réduire le taux de présence de son stage au Centre A._____ de 100 à 50 % dès le 8 décembre 2008 en raison de douleurs. Après nouvel examen de son dossier, le SMR a estimé sa capacité de travail à 50 % dans son activité antérieure de technicien en informatique et dans toute activité dès le 10 mars 2005. L'assuré avait dès lors droit à une demi-rente dès le 1er mars 2006, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an. Exerçant son droit d'être entendu, l'intéressé a contesté le projet précité en se référant à un certificat médical du 9 juillet 2009 établi par le Dr B._____. Ce praticien a indiqué que la capacité de travail maximale était de 50 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement. Il avait en effet pu observer à plusieurs reprises son patient à sa consultation. Sur cette base et à partir des éléments médico-chirurgicaux à sa disposition, il ne faisait aucun doute que son patient présentait une diminution de rendement même dans une activité adaptée. Le rendement ne dépassait pas ainsi 50 %, taux corrélé par les observations faites lors du stage de formation en entreprise. L'assuré a par ailleurs relevé que dans son rapport du 17 mars 2009, le Dr B._____ avait déjà retenu que sa capacité résiduelle de travail était de 50 % au maximum dans une activité adaptée et qu'il était à craindre que dans cette activité, son rendement soit abaissé.

Par avis médical du 10 août 2009, la Dresse Q._____ du SMR a relevé que les activités proposées lors du stage effectué par l'assuré ne respectaient pas les limitations fonctionnelles. En effet, le rapport de stage indiquait que le rendement avait été jugé insuffisant dans le déchargement et chargement d'un camion, les ports de charges de 10-15 kg, la tenue en porte-à-faux, les tenues de positions hautes et basses, alors qu'il avait été jugé très bon pour l'accueil et le travail de bureau. Par ailleurs, le SMR a conclu que la remarque du Dr B._____ figurant dans son rapport du 17 mars 2009 était une supposition anticipatoire et non une affirmation basée sur des faits objectifs, ledit praticien ne définissant en outre pas les limitations fonctionnelles retenues. Par conséquent, le

SMR a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 50 % dans une activité adaptée de type administrative, excluant le port de charges de plus de 10 kg, les positions en porte-à-faux du tronc, mais autorisant une alternance 2x/heure, si nécessaire en répartissant l'activité harmonieusement dans la journée (2 heures le matin-2 heures l'après-midi).

Par décision du 23 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 mai 2009, les motifs ayant été précisés dans un courrier du 21 août 2009.

B. **a)** H._____ a recouru contre la décision précitée le 13 octobre 2009, concluant principalement à son annulation, à la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2006 et au versement d'intérêts moratoires à 5 % dès le 1er mars 2008, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants.

b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a, par arrêt rendu le 15 mars 2011 (AI 489/09 – 132/2011), admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a considéré qu'il subsistait des incertitudes quant aux conséquences des atteintes somatiques sur la capacité de travail de l'assuré dans toute activité, l'instruction menée ne permettant pas de trancher le litige à satisfaction de droit. La cause devait dès lors être renvoyée à l'OAI afin qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise indépendante, respectivement toute mesure utile au regard des affections somatiques présentées par l'assuré.

C. **a)** L'OAI a dès lors mandaté le Dr T._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, lequel a effectué un examen clinique de l'assuré le 27 juillet 2011. Sur la base des résultats de cet examen, ainsi que des dossiers AI et radiologique, il a rendu un rapport d'expertise le 15 août 2011, retenant les diagnostics avec répercussion

sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites chroniques, troubles disco-dégénératifs sévères du rachis lombaire et status après cure de hernie discale L5-S1 le 26 mai 2003. Il a retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'aréflexie achilléenne droite séquellaire. On extrait de son appréciation du cas ce qui suit :

« On retrouve à l'examen clinique une hypoamyotrophie tronculaire globale, un déconditionnement physique et une hygiène posturale déficiente sous la forme de troubles statiques marqués par un effacement de la cyphose dorsale et une projection antérieure de la tête. On note une altération douloureuse de la mobilité tronculaire avec une distance doigts-sol de 30cm pour un Schober lombaire de 10-14,5cm, des inclinaisons latérales de 25°, réalisées au-delà d'un verrouillage lombaire terminé en L4 et une extension de 15°, mobilisations algiques à la charnière lombosacrée en fin de geste. Il n'y a pas d'altération de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, rotation de hanche droite provoquant des douleurs de la péri-hanche en fin de geste, il n'y a pas d'arthrite ni de synovite. La palpation segmentaire retrouve des douleurs médianes paramédianes bilatérales de L4-L5 et de L5-S1, s'associant des zones insertionnelles intéressant les crêtes iliaques et la musculature fessière droite. Il n'y a pas de syndrome irritatif des membres inférieurs, la manoeuvre de Lasègue est négative, l'élévation des jambes tendues peut être portée au-delà de 80° des deux côtés, provoquant des douleurs lombaires inférieures au-delà de cette amplitude. A l'exclusion d'une aréflexie achilléenne droite séquellaire dans le contexte de sa cure de hernie discale L5-S1 en 2003, les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques, il n'y a pas d'altération de la force ni de trouble de la sensibilité.

Les examens radiologiques principalement une IRM lombaire réalisée le 17 mars 2005 relèvent la présence de discopathies pluri-étagées principalement en L5-S1, s'associant une protrusion médiane de cette dernière et des éléments inflammatoires de type Modic I des vertèbres sus et sous-jacentes, témoin inflammatoire des contraintes mécaniques absorbées par les vertèbres incriminées par insuffisance du disque. Les radiographies de la colonne lombaire face et profil de ce jour montrent des troubles disco-dégénératifs sévères de L5-S1.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré est nulle dans son ancienne activité professionnelle de technicien informatique, ceci en regard des contraintes rachidiennes qu'implique cette activité tel des ports de charges pouvant avoisiner parfois les 20 à 25 kg tel que précisé sur le questionnaire employeur daté du 22 novembre 2005, se rajoutant des mouvements en porte-à-faux du rachis lors de certains dépannages, des travaux de câblages ou d'aménagements de bureau mais aussi la position assise prolongée.

Dans une activité professionnelle légère, plutôt sédentaire, excluant les travaux de force, les mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis, les ports de charges au-delà de 10 kg, travail permettant une alternance de position assise et debout toutes les 30min, sa capacité de travail est de 50 %, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement qui reste liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et la prise éventuelle de pauses supplémentaires.

Du point de vue thérapeutique, l'expert n'a pas de proposition à formuler au-delà de la poursuite dune activité physique régulière à même d'éviter les rétractions musculaires et les raidissements articulaires, se rajoutant la prise de médicaments antalgiques à la demande.

Pour ce qui est des mesures de reconversion professionnelle, elles semblent illusoires chez un assuré ne se voyant plus exercer aucune activité professionnelle quelconque en raison de ces douleurs, élément subjectif ne pouvant être intégré à l'appréciation objective de la capacité de travail de l'assuré.

Quant aux positionnements face aux rapports médicaux adressés, ils font tous ce même constat de troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire dans un contexte d'altération douloureuse de la mobilité tronculaire telle que retrouvée par l'expert. Il n'existe par ailleurs aucun signe de gravité clinique tel qu'un éventuel syndrome irritatif ou trouble neurodéficitaire des membres, examen clinique quasi similaire à celui réalisé par le Dr I._____, amené à examiner l'assuré pour la dernière fois le 27 novembre 2006. On retrouve une aréflexie achilléenne droite séquellaire dans le contexte de sa cure de hernie discale de 2003, élément sans retentissement fonctionnel et dès lors sans influence sur l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré. Fort de son constat, ce confrère avait retenu une diminution de rendement de l'ordre de 25 à 30 % d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, postulant que son ancienne activité professionnelle de technicien informatique était adaptée. J'accréditerais par ailleurs plus de vraisemblance à ce rapport réalisé par un médecin spécialiste auquel s'est référé le Dr P._____ à deux reprises et qui est daté du 11 décembre 2006 se référant à son examen clinique du 27 novembre 2006, le rapport du Dr P._____ étant quand à lui daté du 23 octobre 2005. Le Dr I._____ fait par ailleurs mention de limitations fonctionnelles standards faisant observation que le syndrome lombaire était certainement limitatif et qu'une activité professionnelle le plus souvent assise était possible avec les ménagements lombaires usuels sans connaître véritablement l'activité professionnelle de l'assuré qui exige des ports de charges de 20 à 25 kg tel que précisé dans le questionnaire pour employeur du 22 novembre 2005 et des contraintes rachidiennes pouvant être fréquentes lors de diverses réparations ou maintenance de câblage informatique sur les postes de travail dont il a la charge. On peut dès lors postuler que déjà à l'époque l'incapacité de l'assuré était totale dans son activité professionnelle car celle-ci, au contraire de ce que pensait le Dr I._____, n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles. La capacité de travail devait par ailleurs à l'époque être entière avec une diminution de rendement de 25 à 30 % dans une activité adaptée.

Je postule pour ma part que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée s'est diminuée à 50 % depuis fin 2008, faisant référence au rapport médical du 17 mars 2009 du Dr B._____ amené à examiner l'assuré le 15 décembre et le 8 janvier 2009, capacité de 50 % qui selon moi intègre la diminution de rendement. Mon jugement reste par ailleurs en totale adéquation avec ce rapport médical du 17 mars 2009 et qui fait état d'une capacité de travail résiduelle maximale de 50 % dans une activité adaptée, précisant toutefois que ce confrère ne précise pas les limitations fonctionnelles qu'il considère. Il rajoutait par ailleurs qu'il était à craindre que le rendement soit abaissé pour se positionner de manière plus tranchée dans son rapport du 9 juillet 2009 en réponse à l'avocat de l'assuré pour une diminution de rendement de 50 % sur la base du rapport de l'A._____, l'expert précisant que le rendement évalué lors du stage A._____ de 50 % sur la demi-journée a été jugé insuffisant durant des activités proposées qui ne respectaient pas les limitations fonctionnelles de l'assuré.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL
1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés. L'assuré présente des limitations fonctionnelles comportant les travaux lourds, les ports de charges supérieurs à 10 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, travail plutôt sédentaire, autorisant l'alternance de la position assise et debout toutes les 30min.

Du point de vue quantitatif, la capacité de travail de l'assuré est nulle dans son ancienne activité professionnelle de technicien en informatique mais de 50 % dans une activité adaptée ceci en tenant compte de sa diminution de rendement qui reste liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et la prise de pauses éventuelles de pauses supplémentaires [sic].
[…]

2.5 Depuis quand au point de vue médical y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?
Dès le 10 mars 2005.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?
L'expert postule pour une incapacité de travail totale dans son activité professionnelle de technicien en informatique depuis le 10 mars 2005 mais entière avec 25 à 30 % de diminution de rendement dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles depuis cette dernière date. La capacité de travail de l'assuré est de 50 % dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles en tenant compte de sa diminution de rendement dès décembre 2008.
[…]

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE
[…]

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?
2.1 Si oui par quelles mesures ?
Non.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la par de l'assuré ?
Toutes les activités respectant les limitations fonctionnelles décrites soit une activité administrative de bureau. »

b) Le SMR a repris les conclusions de l'expertise dans un avis médical du 1er septembre 2011.

D. **a)** Par communication du 24 février 2012, l'OAI a informé l'assuré de son droit à une orientation professionnelle.

b) Par courriel du 13 avril 2012, l'assuré a expliqué à l'OAI que suite à une crise de douleurs survenue en février, il avait dû repasser une IRM le 5 du mois. En effet, de nouveaux troubles étaient apparus, cette

fois du côté gauche, avec perte de sensibilité du pied et du tibia, ainsi qu'une diminution de la force dans la jambe.

Le Dr B._____ a envoyé à l'OAI un rapport le 1er mai 2012, exposant que son patient avait développé des lombalgies aiguës à la fin février 2012 avec un important syndrome lombovertébral. Le traitement antalgique avait dû être majoré de façon importante avec utilisation de corticostéroïdes. Depuis lors, le patient signalait la persistance de paresthésies du membre inférieur gauche, de topographie L5 jusqu'au pied gauche. L'examen clinique montrait une diminution de la force en flexion dorsale du pied gauche avec une hypoesthésie du territoire L5 gauche. A droite, la situation était inchangée avec une abolition du réflexe achilléen. Le Dr B._____ a joint à son courrier le rapport de l'IRM du 5 avril 2012, dont la conclusion est la suivante :

> « Status après laminectomie L5-S1 droite pour cure de hernie discale. Discopathie de L2 à S1. Les disques effectuent un bombement postérieur assez diffus, les dimensions canalaires restent suffisantes à tous les niveaux. Pas de récidive de hernie discale en L5-S1. On mentionnera qu'en L4-L5, la protrusion discale médicane et parmaédiane est la plus marquée avec une légère extension inférieure paramédiane droite. Ce disque se retrouve très proche de l'émergence des gaines radiculaires L5 ddc [des deux côtés] mais avec une prédominance droite. Au plan de l'imagerie une éventuelle atteinte irritative à ce niveau n'est pas exclue. Pas d'autre image d'éventuels conflits disco-radiculaires. »

E. **a)** L'OAI a estimé nécessaire d'examiner les aptitudes à la réadaptation professionnelle et la capacité de travail de l'assuré afin de pouvoir évaluer le droit à des prestations. Il a ainsi pris en en charge les frais d'une mesure d'observation dans le secteur bureau-commerce auprès de l'A._____, ayant eu lieu du 18 septembre au 14 décembre 2012 (cf. communication de l'OAI à l'assuré du 13 septembre 2012). L'A._____ a rendu un rapport d'observation le 3 octobre 2012, dont on extrait ce qui suit :

> « Dès le premier jour de la mesure, M. H._____ nous a fait savoir qu'il était particulièrement "remonté" contre l'assurance-invalidité en raison de la mesure qu'il devait effectuer. Il disait attendre depuis longtemps qu'une décision soit prise sur son cas et ne pas comprendre l'objectif de cette nouvelle mesure. Il a déclaré qu'il ne tiendrait probablement pas plus d'une semaine en raison de ses douleurs physiques.

Durant ces quelques jours, nous avons découvert en M. H._____ une personne révoltée et très centrée sur sa problématique de santé. Néanmoins, votre assuré a fait l'effort d'être présent quotidiennement durant la première semaine.

Le vendredi 21 septembre 2012, il a annoncé à sa répondante sociale qu'il allait très mal physiquement, qu'il avait rendez-vous le lundi suivant avec son médecin et que ce dernier lui signifierait probablement une incapacité de travail, ce qui s'est effectivement passé.

Le 24 septembre 2012, M. H._____ nous a contactés pour nous annoncer qu'il serait en arrêt pendant 3 semaines.

Au vu de l'état d'esprit de M. H._____ et de son arrêt maladie de trois semaines et comme convenu lors de notre entretien téléphonique du 25 septembre 2012, nous mettons un terme à la mesure à cette même date. »

b) Le Dr B._____ a rédigé un rapport à l'attention de l'OAI le 22 octobre 2012, expliquant avoir été consulté par l'assuré le 25 septembre 2012 en raison d'une importante exacerbation de ses lombalgies avec un syndrome lombo-vertébral très marqué, des difficultés à se mouvoir, une impossibilité de rester plus de quelques minutes assis ou debout sans bouger, la palpation de la région lombaire étant extrêmement douloureuse avec une contracture de la musculature paravertébrale très importante. L'examen neurologique était superposable aux examens antérieurs. Le Dr B._____ avait dû prescrire un traitement de dexamétasone, ainsi qu'un arrêt de travail complet de 3 semaines. D'après les dires de son patient, l'A._____ avait confirmé ses observations et l'incapacité de l'assuré à suivre le stage de façon définitive. Ceci confirmait l'incapacité de l'assuré à effectuer un travail régulier de manière continue, même à 50 %, et que le rendement était fortement diminué.

c) Dans un rapport du 30 octobre 2012, reprenant les remarques faites dans le rapport du 3 octobre 2012, l'A._____ a ajouté que durant les cinq demi-journées qu'il avait passées au centre, l'assuré avait effectué une vingtaine de travaux de mise en page simple sur Word, soit des tâches qu'il maîtrisait. La réalisation était de bonne facture, mais le délai avait été prolongé du fait des fréquentes interruptions résultant des douleurs ressenties et du besoin de l'assuré de se lever et de se déplacer. Ce manque de variété dans les tâches et leur nombre limité

durant une aussi petite période était insuffisant pour pouvoir estimer un rendement et valider une orientation professionnelle.

d) Au vu de l'incapacité de travail totale signalée par le Dr B._____ en 2012 (du 24 septembre au 15 octobre) en raison d'un syndrome lombo-vertébral important, mais en l'absence de description précise du status clinique et des limitations fonctionnelles actuelles par ce médecin – ce malgré la demande de précisions expresse de l'OAI, à laquelle le Dr B._____ a refusé de répondre, ainsi qu'il l'a exposé par courrier du 21 décembre 2012 –, le SMR a conclu, dans un avis médical du 11 janvier 2013, qu'il n'était pas possible de se prononcer sur l'aggravation alléguée. Dans ces conditions, il a proposé de demander un complément d'expertise au Dr T._____, qui serait à même de juger de l'évolution de l'assuré depuis l'expertise de juillet 2011.

Le Dr T._____ a ainsi réalisé une nouvelle expertise, réactualisant ses conclusions sur le plan ostéoarticulaire. Il a rendu un rapport le 2 avril 2013, retenant les mêmes diagnostics que dans celui du 15 août 2011. Son appréciation du cas est la suivante :

> « […] L'examen clinique de ce jour reste marqué par une altération douloureuse de la mobilité tronculaire, palpation segmentaire vérifiant des douleurs de la charnière lombo-sacrée et des zones insertionnelles intéressant les crêtes iliaques. Il n'y a pas d'altération de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ni de synovite. Il n'y a pas de syndrome irritatif des membres inférieurs, les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et symétrique à l'exclusion d'une aréflexie achilléenne droite.
>
> Force est de constater des plaintes subjectives de l'assuré similaires à celles déjà mises en avant lors de l'expertise pratiquée en juillet 2011, en étant de même de l'examen clinique, constatation objective strictement similaire à celle déjà reportée dans mon expertise du mois de juillet 2011.
>
> Les radiographies de la colonne lombaire réalisées ce jour sont superposables aux radiographies lombaires que j'avais réalisées lors de ma dernière expertise du 27 juillet 2012 [recte : 2011], confirmant la présence de troubles disco-dégénératifs sévères de L5-S1, marqués par une importante diminution de l'espace inter-somatique de ce niveau, sclérose des plateaux correspondants et spondylarthroses postérieures, auxquelles se rajoutent des ostéophytes antérieurs pluri-étagées prédominant toutefois à ce dernier niveau.
> Dans le cadre d'un constat subjectif comme objectif similaire, au-delà d'une irradiation douloureuse transitoire impliquant le membre inférieur gauche en février 2012 se rajoutant à une exacerbation des lombalgies et dont l'IRM d'avril 2012 a permis d'écarter une pathologie franche concordante, mes conclusions

restent dès lors les mêmes que celles que j'avais déjà émises dans mon expertise du mois de juillet 2011.

Du point de vue rhumatologique, je maintiens donc que la capacité de travail de l'assuré est nulle dans son ancienne activité professionnelle de technicien en informatique mais de 50 % dans une activité professionnelle légère, plutôt sédentaire, excluant les travaux de force, les mouvement répétitifs du rachis en porte à faux, les ports de charges au-delà de 10 kg, travail autorisant l'alternance de la position assise et debout aux 30 minutes, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement qui reste liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et la prise éventuelle de pauses supplémentaires.

Du point de vue thérapeutique, l'expert n'a pas de proposition magistrale à formuler au-delà de la poursuite d'une activité physique régulière à même d'éviter les rétractions musculaires et les raidissements articulaires et la prise de médicaments antalgiques à la demande.

Pour ce qui est des mesures de reconversion professionnelle, j'avais déjà exprimé un certain pessimisme sur ce point en juillet 2011 chez un assuré ne se voyant plus exercer aucune activité professionnelle quelconque en raison de ses douleurs, élément subjectif ne pouvant être intégré à l'appréciation objective de la capacité de travail de l'assuré, l'échec des mesures de reconversions tentées à l'A._____ en septembre 2012 venant confirmer mon pronostic.

Quant au positionnement face aux rapports médicaux adressés par le Dr B._____, l'expert prend acte d'une aggravation des symptômes en février puis à nouveau en septembre, ne retrouvant par ailleurs dans ces documents aucun élément objectif susceptible de modifier l'avis de l'expert. »

e) Le SMR a jugé, dans un avis médical du 1er mai 2013, ne pas avoir de raisons de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise complémentaire du Dr T._____.

f) Par courrier du 15 mai 2013, l'OAI a demandé à l'assuré sa confirmation écrite de l'acceptation d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et du suivi d'une mesure d'observation. En cas de réponse négative ou de non réponse, l'OAI mettrait un terme à ses démarches de réadaptation et évaluerait le taux d'invalidité en tenant compte des gains que l'assuré aurait été en mesure de réaliser après avoir effectué une formation adéquate.

Par courrier du 27 juin 2013, l'assuré a expliqué qu'il avait toujours été d'accord de travailler, à la condition qu'il puisse gérer lui-même la façon et le temps de le faire. Il ne pouvait plus passer des heures assis devant un écran. Il était obligé de se lever souvent et de marcher un

moment pour débloquer la base de son dos. Debout, c'était le même problème. Après environ une demi-heure, le nerf sciatique se bloquait et il devait se coucher en position de détente jusqu'à ce que les choses se remettent en place. Il ne pouvait jamais garantir un travail continu. Il devait pouvoir le faire à son rythme et sans contraintes horaires d'aucune sorte. Certains jours, il était capable de travailler plusieurs heures, d'autres, il ne pouvait rien faire. Les douleurs étaient totalement aléatoires et incontrôlables. Il suffisait d'un éternuement ou d'un faux mouvement pour bloquer son dos durant plusieurs heures. En cas de crises violentes, il était contraint de se rendre chez son médecin pour y subir des injections de corticoïdes afin de calmer les douleurs. S'il effectuait une activité régulière, les crises se déclenchaient systématiquement après deux ou trois jours et mettaient beaucoup de temps à se résorber. Il passait tous ses après-midi couché sur le côté pendant au moins trois heures afin d'être plus ou moins autonome le lendemain matin. Il passait de très mauvaises nuits car chaque fois qu'il se retournait en dormant, cela provoquait une lancée de douleur au bas du dos et le réveillait. Le matin, il lui fallait parfois plus d'une heure pour pouvoir se redresser complètement. La seule façon pour lui de vivre à peu près normalement était de tout faire très lentement et en prenant garde d'éviter tout mouvement brusque. Même les trajets en voiture étaient pénibles, car les bosses et les nids de poule provoquaient également des pics de douleurs, et la position de conduite bloquait systématiquement son nerf sciatique au bout d'un moment. L'assuré a finalement déclaré être parfaitement capable de pratiquer son métier s'il le faisait chez lui et à son rythme. Simplement, au lieu de mettre une journée pour faire son travail, il le ferait peut-être en trois ou quatre jours selon son état physique du moment. Si l'OAI était capable de trouver un employeur qui accepterait de l'engager en toute connaissance de cause, il était tout de suite preneur.

Par courrier du 8 octobre 2013, le mandataire de l'assuré a prié l'OAI de statuer sur le droit à une rente de son client.

g) L'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente le 31 octobre 2013. Il a maintenu sa position dans ce sens que l'activité habituelle de

technicien en informatique était contre-indiquée par les limitations fonctionnelles que présentait l'assuré. En revanche, une activité adaptée, de type sédentaire, respectueuse des limitations, était pleinement exigible, avec une diminution de rendement de 50 % (vitesse, douleurs et nécessité de faire des pauses). S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail ou du rendement par le biais d'un stage d'observation professionnelle, l'OAI relevait qu'il n'était pas possible de prouver qu'un assuré ne puisse pas travailler dans une activité adaptée. Pour déterminer la capacité de travail, il y avait lieu de se fonder sur les constatations médicales objectives. L'OAI a considéré que sans problème de santé, l'assuré aurait continué d'exercer son activité de technicien en informatique, pour un revenu annuel de l'ordre de 89'624 fr. selon les informations fournies par son dernier employeur. L'OAI aurait pu prendre en charge une formation certifiante dans le domaine bureau/commerce. Dans une activité à 50 % de type employé de commerce, où le temps partiel était courant, l'assuré aurait pu prétendre à un revenu de l'ordre de 39'890 fr., selon la Société suisse des employés de commerce (ci-après : SEC Suisse). Le préjudice économique qui découlait de la comparaison des revenus atteignait 55 %, ce qui ouvrait à l'assuré le droit à une demi-rente, dès l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 1er mars 2006.

L'assuré s'est prononcé sur le projet précité par courrier du 5 décembre 2013. Il a observé que son incapacité s'élevait désormais à 55 % contre 50 % auparavant. Il s'étonnait qu'aucune évolution n'ait été constatée depuis mars 2006. Il s'étonnait également de la différence existant entre les constatations de l'expert, effectuées en 2011 et en 2013, et celles qui ressortaient des deux stages professionnels, qui n'avaient pas pu être supportés, certificat médical à l'appui.

F. Conformément à son projet, l'OAI a rendu, le 19 décembre 2013, une décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er mars 2006, dont la motivation, identique au projet du 31 octobre 2013, a été transmise à l'assuré le 10 décembre 2013.

G. **a)** H._____ a recouru contre la décision précitée le 3 février 2014, par l'intermédiaire de son mandataire, prenant les conclusions suivantes :

« I. Le recours est admis
II. Le recourant est mis au bénéfice de l'assistance judiciaire et l'avocat Baptiste Viredaz est désigné comme son défenseur d'office.
III. La cause est renvoyée devant l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud pour complément d'instruction au sens des considérants et, notamment la mise en place d'un nouveau stage d'observation professionnelle et d'une expertise immédiatement à la suite de ce stage.
IV. L'expert mentionné sous chiffre III ci-dessus est désigné par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, subsidiairement dite Cour désigne, l'un à défaut de l'autre, les experts suivants :
[…] »

Le recourant avance en premier lieu que ses déclarations quant à un travail à domicile ne sauraient être interprétées comme l'expression de son refus de participer à une mesure de réinsertion professionnelle. Il a reconnu que le stage, en tant que tel, ne permettait pas de prouver sa capacité ou son incapacité. Celle-ci devait être constatée médicalement. L'OAI avait selon lui toutefois tort dans le recours qu'il faisait aux constatations médicales. Premièrement, il écartait sans raison celles posées par son médecin traitant, en ne donnant que peu de valeur à l'incapacité de travail délivrée par ce praticien et qui objectivait clairement ses difficultés physiques. Faire interrompre le stage alors que dite incapacité n'avait été délivrée que pour 3 semaines et que le stage devait se poursuivre 2 mois encore était une erreur, car cela n'avait pas permis, sur une période suffisamment longue et significative, de poursuivre l'observation de sa capacité de travail. Deuxièmement, objectiver les souffrances rencontrées lors du stage et qui, jusqu'ici, n'avaient pas été établies médicalement, aurait nécessité qu'un examen médical intervienne à brève échéance au terme du stage et non 6 mois plus tard, alors qu'il sortait d'une période d'inactivité et de repos qui ne le présentait pas dans une situation représentative de son état de santé au travail. Pour établir sa capacité de travail, il était nécessaire de conduire un stage à son terme et, immédiatement ensuite, de l'expertiser pour établir médicalement les conséquences de sa présence sur le marché du

travail dans une activité adaptée à un taux de 50 %. Cette expertise devait par ailleurs être confiée à un autre médecin que le Dr T._____.

b) Par réponse du 7 avril 2014, l'intimé a déclaré, que, après examen des pièces produites par le médecin traitant, il devait être constaté que son avis ne pouvait se voir reconnaître une force probante suffisante puisque ce praticien n'expliquait pas de façon détaillée et convaincante les motifs qui l'amenaient à s'écarter des conclusions de l'expert rhumatologue. Dans les rapports des 3 et 30 octobre 2012 de l'A._____, l'on notait, selon l'intimé, principalement que le recourant était remonté contre l'institution et qu'il prédisait déjà la fin de son stage après seulement une semaine. Il était également noté que le recourant était très centré sur sa problématique de santé et ne parvenait pas à s'inscrire dans un processus de réadaptation. Par ailleurs, le complément d'expertise du Dr T._____ était postérieur à la dernière appréciation du médecin traitant, lequel ne s'était par la suite pas manifesté en rapportant des éléments pertinents qui auraient été occultés par l'expert. De surcroît, le fait qu'une expertise ne soit pas intervenue dans les suites immédiates de l'interruption du stage d'observation ne constituait pas un motif valable permettant de mettre en doute la pertinence de ses conclusions. En effet, un tel examen s'effectue sans la nécessité d'observer un assuré dans un contexte professionnel déterminé dans la mesure où il s'agit précisément d'établir ce qui est objectivement compatible avec l'état de santé que présente l'intéressé. S'agissant de l'assertion du recourant selon laquelle l'OAI avait interrompu le stage alors que l'incapacité n'était que de 3 semaines, l'intimé a observé que l'intéressé faisait preuve d'incohérence en soutenant d'un côté les propos de son médecin traitant qui attestait une incapacité de travail entière dans toute activité et en affirmant de l'autre que la démarche de clôture de la mesure était prématurée. Les mesures d'instruction requises par le recourant ne se justifiaient pas dans la mesure où l'instruction du cas était exhaustive. En conclusion, dès lors que l'on ne pouvait se fonder sur les pièces médicales rédigées par le médecin traitant, faute pour ces dernières d'avoir battu en brèche l'avis de l'expert, ni sur le travail que le recourant s'estimait capable de fournir,

appréciation sans fondement objectif valable, l'intimé a proposé le rejet du recours.

c) Par réplique du 22 mai 2014, le recourant a déclaré ne pas avoir soutenu que les propos du médecin traitant devaient forcément avoir la préférence sur ceux de l'expert. En revanche, il mettait en exergue qu'il n'avait pas été adéquat de faire intervenir l'expert dans le cadre de l'évaluation de ses capacités de travail 6 mois après le stage. Comme exposé dans son recours, la charge de travail imposée lui causait très rapidement des souffrances. Dès lors que l'intimé ne retenait pas l'objectivation de ces souffrances par le médecin traitant, elles devaient être constatées par un expert. Or, si ce dernier n'intervenait pas immédiatement après l'interruption ou la fin du stage, il ne pouvait se prononcer sur les conséquences d'une activité soi-disant adaptée sur sa santé.

d) Par duplique du 5 juin 2014, l'intimé a notamment rappelé que le rôle d'un expert ne consistait pas à se prononcer sur les éventuelles conséquences de l'exercice d'une activité adaptée sur l'état de santé d'un assuré mais tendait précisément à examiner quelle pourrait être la capacité résiduelle de travail exigible dans un certain contexte que le praticien devait lui-même prendre le soin de définir.

e) Par écriture du 1er juillet 2014, le recourant a déclaré ne pas avoir de déterminations supplémentaires à faire valoir.

H. Par décision du 12 mars 2014, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 février 2014, dans le sens d'une exonération d'avances et de l'assistance d'office de Me Baptiste Viredaz. Il a été astreint au paiement d'une franchise mensuelle de 50 francs.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile compte tenu des féries (art. 38 LPGA) et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il 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 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant a des prestations de l'assurance-invalidité au regard de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, compte tenu en outre d'une baisse de rendement.

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

LPGA). Quant à l’incapacité de travail, elle est définie par l’art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l’aptitude de l’assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d’activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d’une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant, sans atteinte à la santé, une activité lucrative. Selon l'art. 16 LPGA, 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.

4. Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins – d'autres spécialistes le cas échéant – doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être

exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2, 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1, 9C_168/2007 précité consid. 4.2).

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 ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

En cas de divergence d’opinion entre experts et médecins traitants, il n’est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s’apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante.

A cet égard, il convient de rappeler qu’au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, 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 (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n°15 p. 43 ; 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3, 8C_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2, 9C_341/2010 du 12 octobre 2010 consid. 2.2, 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008 consid. 4.2).

5. A titre liminaire, il convient de rappeler que la Cour de céans, dans son jugement du 15 mars 2011, a observé et retenu que le recourant présentait une incapacité totale de travail dans son ancienne activité de technicien en informatique, celle-ci ne respectant pas les limitations fonctionnelles du recourant (notamment port de charges de plus de 10 kg, mouvements en porte-à-faux du rachis et position assise prolongée). Les dites limitations, de même que les diagnostics retenus par les différents intervenants, n’ont pas été contestés. Restait litigieuse la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité réputée adaptée, question qui, au vu des avis médicaux divergents versés au dossier, nécessitait la mise en œuvre d’une expertise médicale neutre, confiée par l’OAI au Dr T._____ à la suite de l’arrêt de renvoi précité.

Le premier rapport rendu dans ce contexte le 15 août 2011 par le Dr T._____, ainsi que son rapport complémentaire du 2 avril 2013, remplissent tous deux les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 4). En effet, l'expert s'est fondé sur le dossier médical du recourant, a rendu compte d'une anamnèse détaillée et a relevé avec précision les plaintes alléguées. Il a procédé à un examen clinique. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et fouillées. Les conclusions de l'expertise sont non seulement dûment motivées, mais également convaincantes compte tenu des observations cliniques minutieusement consignées à l'issue de l'examen. Elles correspondent en outre à ce que décrit le recourant, puisque l'expert tient compte, pour estimer la capacité de travail exigible, de la baisse de vitesse d'exécution des tâches et du besoin de pauses supplémentaires et de changement de position, soit ce qu'a invoqué le recourant en procédure administrative (cf. courrier du 27 juin 2013). L'on note encore en particulier que l'expert, dans sa deuxième analyse du cas, a tenu compte du fait que le Dr B._____ rapportait une aggravation de l'état de santé de l'expertisé en février et en avril 2012. Il a cependant constaté l'absence d'éléments objectifs qui n'auraient pas déjà été retenus en 2011, éléments que le Dr B._____ n'a pas non plus apportés. Il est ainsi erroné de dire que l'intimé n'a pas tenu compte de l'avis du médecin traitant dans l'appréciation du cas, le complément d'expertise ayant été demandé précisément en raison des rapports du Dr B._____. On observe à cet égard, avec l'intimé, que le Dr B._____ ne motive effectivement pas ce qu'il avance, exposant essentiellement les plaintes du recourant, et ce malgré la demande de précisions expresse de l'intimé. On se rapportera dès lors à la jurisprudence concernant les pièces médicales (cf. supra consid. 4) pour retenir que les rapports émanant du médecin traitant ne sont en l'occurrence pas susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise.

Ne disconvenant pas de la priorité accordée aux rapports d'expertise par la jurisprudence, le recourant ne fait finalement grief à l'examen du Dr T._____ que d'avoir été mis en œuvre six mois après l'interruption de son stage d'observation à l'A._____. Or, à cet égard,

comme le relève l’intimé, le rôle de l’expertise est bien de se prononcer de manière objective sur l’état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d’une éventuelle atteinte sur l’aptitude au travail, un tel examen étant possible même en l’absence de tout stage d’observation, puisqu’il appartient au médecin de porter un jugement sur l'état de santé d'un assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci reste incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités ; TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008). Ainsi, les expertises du Dr T._____ se seraient vues reconnaître pleine valeur probante, même en l’absence de tout stage d’observation.

A cela s’ajoute que les constatations effectuées par l’A._____ à la suite du stage de septembre 2012, consignées dans les rapports des 3 et 30 octobre 2012, ne rendent pas compte du fait que le recourant aurait été incapable de suivre la mesure en raison de son état de santé. L’A._____ ne fait que rapporter que le recourant présentait un état d’esprit négatif par rapport à sa capacité de suivre la mesure et qu’il avait interrompu cette dernière à l’appui d’un certificat médical. Il ne peut être déduit de ces rapports, contrairement à ce que soutient le recourant, que l’A._____ aurait constaté lui-même son impossibilité d’assumer un rendement de 50 % dans une activité réputée adaptée. L’A._____ est du reste clair dans son rapport du 30 octobre 2012 lorsqu’il explique qu’au vu du manque de variété des tâches et de leur nombre limité durant une aussi petite période, il ne pouvait estimer un rendement et valider une orientation professionnelle. L’on ne peut dès lors considérer que les observations en cours de stage soient en contradiction avec les conclusions de l’expert. Au demeurant, si tel avait été le cas, il ne faut pas perdre de vue que les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, ces dernières étant susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 8C_451/2012 du 28 mai 2013 consid. 4, 9C_632/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1).

Cela étant, il reste à répondre au recourant lorsqu'il requiert la mise en œuvre d'un nouveau stage d'observation, à l'issue duquel un expert devrait se prononcer à nouveau sur son cas. Outre le fait que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ne s'avère pas nécessaire dans le cas d'espèce, comme on l'a vu plus haut, il sied de rappeler que l'intimé a déjà proposé au recourant d'effectuer un nouveau stage, ce que ce dernier a expressément refusé, enjoignant l'autorité à rendre une décision sur son droit aux prestations. Au vu de ce dernier élément, l'on relève également qu'il est malvenu de la part du recourant d'affirmer que l'intimé a mis fin à tort à la mesure de septembre 2012. Dans ces conditions, au vu des éléments médicaux versés au dossier, suffisants pour statuer en l'espèce, la cause ne sera pas renvoyée à l'intimé pour la mise en œuvre d'un nouveau stage d'observation qui devrait être suivi d'une nouvelle expertise sur le plan médical.

Au vu de ce qui précède, l'expert T._____ peut être suivi dans ses conclusions, le recourant restant capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée, pourcentage qui tient précisément compte de la baisse de rendement observée, due notamment à la faible vitesse d'exécution des tâches et à la nécessité de faire des pauses supplémentaires.

6. Dans ces circonstances, c'est à raison que l'intimé a procédé au calcul de la perte de gain par comparaison des revenus. Examiné d'office par la Cour de céans, le calcul effectué par l'intimé, sur la base des recommandations salariales de la SEC Suisse, ne prête pas le flanc à la critique, de sorte qu'il peut être repris. En effet, au vu des conclusions du Dr T._____, l'intimé était légitimé a retenir comme revenu d'invalide le revenu que le recourant obtiendrait en tant qu'employé de commerce à 50 %, activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

7. Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée en conséquence.

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, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 francs.

Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

S’agissant du montant de l’indemnité − laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) −, Me Viredaz a produit une liste de ses opérations pour un total de 8h18 de travail. Il y a lieu de rémunérer ces heures au tarif usuel (180 fr./heure), et d'y ajouter les débours, au forfait de 50 fr., ainsi que la TVA, ce qui représente un montant total de 1'667 fr. 50.

Vu l'issue du litige, il n’y a pas lieu d’allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 19 décembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Baptiste Viredaz est arrêtée à 1'667 fr. 50 (mille six cent soixante-sept francs et cinquante centimes), débours et TVA compris.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président : La greffière :

Du

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

- Me Baptiste Viredaz (pour H._____),
- 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 :