

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 février 2016

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
MM. Métral et Dépraz, juges  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 29 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...] et au bénéfice d'un CFC (certificat fédéral de capacité) de monteur-électricien, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 4 novembre 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), sollicitant l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, en raison d'une hernie discale survenue à la suite d'un accident.

**B.** Le dossier de la CNA (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), assureur d'A.\_\_\_\_\_ pour les risques d'accidents professionnels et non-professionnels, a été versé au dossier de la cause le 30 novembre 2009. Il ressort de la déclaration de sinistre du 17 février 2009 qu'en date du 15 décembre 2008, l'assuré a glissé sur un trottoir et est tombé sur le dos, provoquant une « entorse/torsion » du dos. Le dossier de la CNA comprenait également plusieurs rapports médicaux, dont notamment les suivants :

- Un rapport d'IRM du 27 février 2009 signé par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, diagnostiquant une déchirure du ligament annulaire en position paramédiane gauche en L4-L5 associée à une extrusion focale de matériel discal légèrement luxée vers le bas, « refoulant la racine L5 gauche à son émergence du sac thécal ». Il n'y avait pas de tassement vertébral ni d'altération du signal des autres disques intervertébraux.
- Un rapport du 16 mars 2009 du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin praticien, dans lequel ce dernier confirmait la déchirure du ligament annulaire L4-L5 gauche et attestait une incapacité de travail de 100 % dès le 5 février 2009.

- Un rapport du 21 avril 2009 des Drs J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, B.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_, et L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, indiquant que l'assuré avait subi une cure de hernie discale L4-L5 gauche sous anesthésie générale en date du 14 avril 2009.
  
- Un rapport du 21 août 2009 de la Dresse CC.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, faisant état d'une évolution subjectivement défavorable avec un syndrome douloureux se chronifiant, d'allégation d'un lourd handicap au quotidien, sur un status après cure de hernie discale L4-L5 gauche. Elle constatait aussi l'existence d'un syndrome lombo-vertébral conséquent avec certains signes de variabilité et de discordance au Lasègue, ajoutant que le patient se montrait quelque peu passif dans sa prise en charge. Ce médecin considérait que l'incapacité de travail était totale dans l'attente d'une IRM et du prochain contrôle au DD.\_\_\_\_\_. (DD.\_\_\_\_\_).
  
- Un rapport du 2 octobre 2009 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, duquel il ressortait la persistance d'une symptomatologie radiculaire algique et très irritative à gauche, après cure de hernie discale. Ce médecin requérait une réévaluation de la situation par les neurochirurgiens.
  
- Un rapport du 9 octobre 2009 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, faisant état d'un status après une hernie discale L4-L5 et hémilaminectomie gauche, précisant que l'évolution n'était pas favorable.
  
- Un rapport du 16 octobre 2009 du Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, dans lequel ce dernier a diagnostiqué

des lombosciatalgies gauches résiduelles post cure de hernie discale L4-L5 gauche.

Par ailleurs, dans un rapport du 29 juin 2009 versé au dossier de l'OAI, les O.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont souligné que le patient se plaignait de douleurs de type sciatalgies sur le territoire L5 post-opératoire avec un Lasègue à 45° à gauche et une limitation de l'antéflexion du tronc. Le traitement consistait en la poursuite de la physiothérapie avec un traitement anti-inflammatoire antalgique. L'incapacité de travail était de 100 %.

Une IRM de la colonne lombaire a été réalisée le 11 septembre 2009. Le rapport d'IRM du même jour signé des Drs W.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, spécialistes en radiologie, concluaient à un status post-cure de hernie discale L4-L5 avec hémilaminectomie gauche et présence d'un remaniement cicatriciel inflammatoire paramédian gauche englobant la racine L4 gauche, pouvant être responsable de la symptomatologie du patient, à corréliser à la clinique. Il n'y avait pas de récurrence herniaire.

Dans le formulaire de renseignements complémentaires pour l'intervention précoce rempli par l'assuré le 8 décembre 2009, ce dernier a notamment indiqué que pour le moment, il lui était impossible d'effectuer des tâches, quelles qu'elles soient, la douleur dans la jambe étant trop présente. Il considérait que la hernie discale dont il souffrait était à l'origine de son arrêt de travail, lequel était toujours de 100 %.

Dans un rapport médical du 14 décembre 2009 adressé à l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une lombosciatalgie gauche et un status après hémilaminectomie L4-L5 gauche pour cure de hernie discale en avril 2009. Ce médecin soulignait que suite à l'opération, son patient avait récupéré une mobilité pratiquement normale mais que les douleurs fessières irradiant postérieurement dans le membre inférieur gauche persistaient de manière invalidante. Il préconisait une réévaluation de la situation par les neurochirurgiens. Selon ce médecin, les restrictions physiques étaient les suivantes : « Position assise maximum 30 minutes.

Position debout, marche : 60-90 minutes ». L'assurée ne pouvait pas non plus exercer des activités principalement en marchant ou se penchant, ni ne demandant une rotation en position assise/debout. La limite de poids que l'assuré pouvait porter était fixée à 10-15 kg. Le Dr G.\_\_\_\_\_ ajoutait que l'activité exercée n'était plus exigible et que l'assuré était en incapacité de travail à 100 % depuis le 2 octobre 2009.

Dans un rapport médical du 16 décembre 2009 adressé à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status après microdisectomie L4-L5 gauche pour cure de hernie discale traumatique et de douleurs persistantes au membre inférieur gauche avec syndrome lombovertébral résiduel sans syndrome radiculaire déficitaire mais avec un syndrome irritatif net d'origine indéterminée avec suspicion d'un conflit disco-radiculaire résiduel. Ce médecin indiquait en outre que l'activité exercée n'était plus exigible. Il ajoutait qu'une expertise et des stages étaient nécessaires pour déterminer la capacité de travail de l'assuré, de nombreuses activités ne pouvant plus être exigées de lui compte tenu de ses limitations dues à son état de santé.

Les Drs O.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, médecin praticien, ont notamment relevé dans un rapport médical du 5 janvier 2010 que l'IRM montrait un remaniement cicatriciel englobant la racine et que selon les dires du patient, ce dernier ne pouvait rester debout plus de trente à quarante minutes. Le Lasègue étant très positif, sans déficit neurologique, ces médecins proposaient d'effectuer des infiltrations locales.

En date du 29 janvier 2010, le Dr O.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une radiculopathie gauche, mentionnant que son patient était en incapacité de travail dans sa dernière activité à 100 % du 9 avril 2009 au 5 janvier 2010.

Par communication du 23 février 2010, l'OAI a informé l'assuré du fait qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé et que son droit à une rente allait être examiné.

Dans un rapport médical du 9 avril 2010, le Dr O.\_\_\_\_\_ a mentionné que son patient présentait toujours une lombosciatalgie gauche résiduelle avec un Lasègue et un contre-Lasègue positifs. L'IRM lombaire mettait en évidence un processus cicatriciel pouvant expliquer un conflit radiculaire L5 gauche. Le traitement consistait en la poursuite des antalgiques per os ainsi qu'en la réalisation d'infiltrations péiradiculaires.

Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> juin 2010, le Dr K.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de son patient était stationnaire, sans aucune évolution, avec persistance des mêmes symptômes. La symptomatologie était décrite comme suit : « lombosciatalgies gauches et douleurs controlatérales avec exacerbations des douleurs, intermittentes, très limitantes. Incapacité à garder une position fixe ». Le Dr K.\_\_\_\_\_ mentionnait que la capacité dans une activité adaptée devait être évaluée de manière pluridisciplinaire.

Une nouvelle IRM lombaire a été réalisée en date du 20 octobre 2010. Dans le rapport d'IRM du même jour, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu à une modification post cure de hernie discale L4-L5 d'allure cicatricielle et sans compromission résiduelle de la racine L5 gauche, la loge opératoire étant sans particularité.

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin auprès du Service médical régional (ci-après : le SMR), en date du 16 novembre 2010. Dans la partie « appréciation du cas » de son rapport du 13 janvier 2011 y relatif, il était indiqué ce qui suit :

« Il s'agit d'un jeune assuré âgé de 30 ans, monteur électricien, ayant présenté une lombo-sciatalgie G en relation avec une hernie discale L4-L5 paramédiane G qui a bénéficié d'un traitement chirurgical, le 09.04.2009. L'évolution post-opératoire est marquée par la présence de sciatalgies sous forme de dysesthésie de la cuisse, du mollet et de la cheville G augmenté par la position statique prolongée assise au-delà de 2-3 heures, la marche ou la station debout au-delà de 2-3 heures. Associées à la symptomatologie du membre inférieur qui est décrite comme constante, l'assuré évoque des douleurs de type mécanique au

niveau de la jonction lombo-sacrée lors des changements de position.

L'examen clinique au SMR met en évidence un assuré en excellent état général, ne présentant pas de limitations dans les amplitudes articulaires. Sur le plan neurologique, l'assuré présente un Lasègue à G à environ 30° accentué par la manœuvre de Bragard, sans mise en évidence de troubles des réflexes, d'amyotrophie ou de troubles objectifs de la sensibilité. L'assuré évoque un phénomène d'hyperesthésie touchant l'ensemble de l'hémicorps D par rapport à l'hémicorps G ne respectant aucun territoire anatomique ou radiculaire reconnu. Le reste de l'examen est sp, à signaler l'absence de mise en évidence de signes de non-organicité selon Smythe, Waddell ou Kummel.

La documentation radiologique mise à disposition (IRM lombaires du 11.09.2009 et du 20.10.2010) met en évidence un status après hémi-laminectomie et cure de hernie discale L4-L5 G avec un status cicatriciel post-opératoire, sans mise en évidence de fibrose clairement définie, de récurrence de hernie ou de phénomènes compressifs.

En conclusion, ce jeune assuré de 30 ans présente des lombosciatalgies séquellaires avec une radiculopathie de type irritatif (dysesthésie de désafférentation) en voie de récupération. Les activités à fortes charges physiques sont pour le moment contre-indiquées. L'activité habituelle de l'assuré, pour autant qu'elle puisse être adaptée aux limitations fonctionnelles, est possible à un taux de 50% et ceci depuis novembre 2010 (IRM du mois d'octobre 2010 ne mettant pas en évidence de fibrose post-opératoire). Toute activité qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles est possible à un taux de 100% depuis la même date. Une reprise à un taux de 50% peut être raisonnablement exigée dans une activité à caractère semi-sédentaire déjà depuis novembre 2009 (6 mois après l'intervention chirurgicale subie au mois d'avril 2009).

### ***Limitations fonctionnelles***

Pas de port de charges supérieures à 7,5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 12,5 kg, pas de mouvements en porte-à-faux, en antéflexion du rachis avec port de charges, éviter les positions statiques assises prolongées au-delà de 1 heure, sans possibilité de varier la position assise-debout. Eviter les positions statiques immobiles de type piétinement. Diminution du périmètre de marche à environ 1 ½ à 2 heures. Eviter l'exposition au froid et à l'humidité.

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

Sur la base de l'anamnèse fournie, l'assuré a cessé son activité professionnelle dans le courant du mois de février 2009. Une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle est retenue depuis cette date.

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

Elle est restée inchangée en ce qui concerne son activité habituelle jusqu'en novembre 2010 où l'assuré présente une capacité de travail de 50% pour autant que son activité habituelle puisse être adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Toutes autres formes d'activité sont théoriquement possibles à un taux de 50% depuis novembre 2009 et 100% depuis novembre 2010.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 50%	DEPUIS : NOVEMBRE 2010
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 50 %	DEPUIS LE : NOVEMBRE 2009
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %	DEPUIS LE : NOVEMBRE 2010 »

Dans un rapport médical du 25 février 2011, la Dresse H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin praticien auprès du SMR, a résumé la situation comme suit :

« Dans l'activité habituelle :

- capacité de travail 0% dès février 2009, soit la date de l'IRM qui objective l'atteinte à la santé
- capacité de travail 50% dès novembre 2010, l'IRM du mois d'octobre 2010 ne mettant pas en évidence de fibrose postopératoire

Dans une activité adaptée :

- capacité de travail 50% dès novembre 2009, soit 6 mois après l'intervention chirurgicale du mois d'avril 2009
- capacité de travail 100% dès novembre 2010

Limitations fonctionnelles :

Pas de port de charges supérieures à 7,5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 12,5 kg, pas de mouvements en porte-à-faux, en anté-flexion du rachis avec port de charges, éviter les positions statiques assises prolongées au-delà de 1 heure, sans possibilité de varier la position assise-debout. Eviter les positions statiques immobiles de type piétinement. Diminution du périmètre de marche à environ 1 ½ à 2 heures. Eviter l'exposition au froid et à l'humidité. »

Le 8 avril 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'un bilan de compétence complet auprès d'une spécialiste. Le 10 mai 2011, cette dernière a rendu un rapport dans lequel elle indiquait que

le travail de bureau et les contacts personnels, tels la vente, pouvaient correspondre aux limitations fonctionnelles d'A. \_\_\_\_\_ ainsi qu'à ses aptitudes. Une formation commerciale était dès lors suggérée et le tourisme était également évoqué.

Une mesure auprès du Centre [...] a par la suite été mise sur pieds. Par communication du 23 juin 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il prendrait en charge les coûts d'une formation d'employé de commerce auprès du Centre [...] du 22 août 2011 au 31 juillet 2012. Entretemps, l'assuré a signé son contrat d'apprentissage en date du 20 juin 2011.

Par certificat médical du 26 août 2011, le Dr K. \_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail de 80 % pour une durée de six mois. Interpellé à ce sujet par l'OAI, il a expliqué le 18 octobre 2011 que les douleurs présentes chez son patient l'obligeaient à éviter les positions assises prolongées, à beaucoup bouger et à effectuer des exercices physiques réguliers, ce qui limitait quelque peu ses disponibilités au travail. Il notait aussi une situation psychologique délicate avec des attaques de panique.

Le 13 décembre 2011, le Dr K. \_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI un certificat médical indiquant que son patient avait dû reprendre sa formation à 100 % au mois de novembre et que cela s'était soldé par une exacerbation des troubles anxieux, des idées dépressives et de son incapacité à accepter son handicap. Il soulignait que l'assuré avait été examiné par le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, lequel avait conclu à des douleurs avec une composante neuropathique sévère, un handicap, un état dépressif et un état anxieux significatifs ainsi qu'un état de stress sévère. Le Dr K. \_\_\_\_\_ réaffirmait en outre que l'activité devait être limitée de 20 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011 et qu'une prise en charge psychiatrique devait être réalisée.

Dans un rapport de synthèse du 4 juin 2012, le Centre [...] a proposé de prolonger la mesure de reclassement jusqu'au 31 juillet 2013 en vue de poursuivre l'apprentissage d'employé de commerce de l'assuré.

Dans un rapport médical du 2 août 2012, la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen, précisant que l'activité exercée était encore exigible. Comme limitations fonctionnelles, elle relevait des difficultés dans la gestion des émotions, sous forme d'irritabilité et d'angoisse, ainsi qu'une hypersensibilité au stress. Selon ce médecin, la capacité de concentration et d'attention ainsi que la capacité d'adaptation au changement étaient limitées. Il était précisé que les activités impliquant du stress et une adaptation permanente ne pouvaient être exercées que de manière fluctuante et que l'activité professionnelle devait être exercée à temps partiel.

Par communication du 28 août 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge sa deuxième année de formation de CFC d'employé de commerce au Centre [...] à un taux de 80 %.

En date du 6 septembre 2012, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100 % pour une durée probable d'un mois à partir du 27 août 2012.

Le 8 octobre 2012, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 60 % pour deux mois depuis le 27 août 2012.

Le 13 novembre 2012, le Dr K.\_\_\_\_\_ a déclaré que son patient était en incapacité de travail pendant un mois depuis le 7 novembre 2012.

Dans un rapport médical du 22 novembre 2012, le Dr AA.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a fait état de lombosciatalgies droites accompagnées occasionnellement de cervicalgies et d'un syndrome neuro-méningé très handicapants, dans le contexte d'une cure d'hernie discale L4-L5 et hémilaminectomie gauche avec remaniement cicatriciel inflammatoire. Il exposait que les traitements suivis n'avaient pas vraiment été satisfaisants mais que l'assuré avait

refusé la prise d'anti-dépresseurs, lesquels auraient pu moduler son seuil de la douleur. Le traitement consistait en la prise de Lyrica et en des séances de physiothérapie.

Interpellée par l'OAI, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a signalé à l'autorité, le 28 novembre 2012, que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis le 2 août 2012. Elle ajoutait notamment que la capacité de travail dans une activité adaptée était difficile à évaluer et qu'il n'était pas facile de savoir si son patient pourrait reprendre sa formation d'employé de commerce. Le pronostic était indéterminé et la situation devait être réévaluée une fois les douleurs physiques liées à la problématique dorsale de l'assuré maîtrisées.

Le contrat d'apprentissage de l'assuré a ensuite été rompu avec effet au 23 novembre 2012.

Dans un rapport médical adressé à l'OAI en date du 27 décembre 2012, le Dr K.\_\_\_\_\_ a expliqué que compte tenu de ses limitations, l'assuré ne pouvait plus exercer d'activité uniquement en position assise ou debout, ou principalement en marchant. L'assuré ne pouvait pas non plus se pencher, travailler accroupi, à genoux, soulever et porter des poids de plus de 5 kg, monter sur une échelle ou un échafaudage et monter les escaliers. Sa capacité d'adaptation et de résistance étaient limitées.

Par courrier du 10 janvier 2013 à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a notamment ajouté que son patient continuait d'avoir d'importantes lombalgies, avec des blocages douloureux, malgré les exercices physiques et les séances d'ostéopathie.

Dans un rapport médical du 7 octobre 2013, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent sévère et une dépendance multiple, ajoutant que l'état de santé de son patient était stationnaire depuis son dernier rapport. La capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, était nulle. Les

limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « troubles du sommeil, de la concentration, irritabilité, fatigabilité importante, intolérance à la frustration ».

En date du 20 novembre 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des douleurs neuropathiques L5 gauches persistantes et un status post hémilaminectomie L4-L5 gauche en avril 2009. N'ayant pas revu son patient, le Dr K.\_\_\_\_\_ ne pouvait pas se prononcer sur la capacité résiduelle de travail.

L'OAI a par la suite mandaté le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin de réaliser une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 4 août 2014, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : « Trouble phobie sociale (F40.1) ; Trouble panique avec agoraphobie (F40.01) ; Trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique) (F33.2) ; Trouble personnalité borderline (F60.31) ». L'expert évoquait aussi un syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples, sans répercussion sur la capacité de travail. Sous le chapitre « conclusions », le Dr C.\_\_\_\_\_ indiquait en outre ceci :

« En conclusion, M. A.\_\_\_\_\_ est un homme de 34 ans qui rapporte une histoire pleine d'histoires typique d'un grave trouble de personnalité. En l'état, ce trouble et sa comorbidité justifient qu'on retienne une incapacité de travail psychiatrique importante. Le soussigné la chiffre à 50%. Ce 50% d'incapacité pourrait remonter à 2008. Il est probablement fixé pour une longue durée.

En référence à la mini CIF-TAPP, on doit en effet admettre que l'intéressé manque singulièrement de flexibilité et de capacité d'adaptation. Il peut avoir des problèmes dans la planification et dans la structuration de ses tâches. Il a de faibles capacités d'endurance. Il peine à s'affirmer adéquatement. S'il peut faire preuve de capacités relationnelles relativement adéquates avec ses proches et au sein d'un petit groupe, il a de grandes difficultés dans les contacts sociaux. Il est peu capable d'initiative et d'activités spontanées. Il a des problèmes dans ses capacités à se déplacer, au vu de sa pathologie phobique.

L'intéressé garde par ailleurs des ressources. Il arrive assez bien à s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle ordinaire, même s'il peine à tenir sur la durée. Il semble être à même de faire usage des compétences qu'il a acquises. Il garde des capacités à prendre des décisions et d'émettre des jugements

adéquats en dehors des situations de crise. Il est autonome pour son hygiène et ses soins corporels. Pour ces motifs, le soussigné considère qu'il est raisonnablement exigible de M. A. \_\_\_\_\_ qu'il travaille à hauteur de 50% dans une activité qui respecterait ses limitations physiques.

Actuellement, on doit se réjouir que l'intéressé soit en traitement psychothérapeutique et qu'il adhère à ce dernier, ce qui n'est pas gagné d'avance au vu de sa pathologie de personnalité. Il serait souhaitable que la prise en soins soit complétée par une intervention spécialisée dans le domaine des addictions. Un antidépresseur sédatif (Trittico, Remeron, Surmontil) pourrait être prescrit tout en sachant les difficultés de l'assuré à accepter ces produits. La conduite du traitement relève néanmoins du médecin psychiatre traitant de l'intéressé et le soussigné considère qu'il n'y a rien à imposer dans ce cas précis.

Dans la mesure où votre assuré y aurait droit, des mesures professionnelles devraient être tentées à nouveau, au mieux en collaboration avec la psychothérapeute de l'intéressé. Elles devraient actuellement viser une reprise de travail à 50% dans une activité compatible avec les limitations physiques qui seraient reconnues à l'intéressé.

Le pronostic à long terme est réservé même s'il y a aujourd'hui l'élément favorable d'une prise en charge spécialisée que M. A. \_\_\_\_\_ n'a jamais demandée jusqu'ici. Il est peu probable que ce sujet soit à nouveau capable de travailler au-delà d'un 50% sur la durée. Le risque suicidaire est à considérer. »

Dans un avis médical du 22 août 2014, le Dr BB. \_\_\_\_\_, médecin praticien auprès du SMR, a formulé les remarques suivantes sur l'expertise psychiatrique :

« Il ressort de cet examen tout à fait circonstancié, précis et probant, que la CT sur le plan psychiatrique est réduite depuis environ 2008 en raison de l'association d'un trouble panique/agoraphobie, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique et d'un trouble de la personnalité de type borderline.

Il existe donc une IT de longue durée psychiatrique de 50% depuis 2008.

On peut donc considérer qu'il y a une aggravation de l'état de santé, puisque la CT avait été donnée de 100% dans une AA dès novembre 2010 (voir rapport SMR du 25.02.2011) pour des raisons rhumatologiques. Auparavant, la CT était de 0% depuis février 2009, puis 50% dès novembre 2009. La CT est donc également réduite à 50% sur le plan psychiatrique depuis cette dernière date.

Les limitations fonctionnelles restent identiques sur le plan ostéo-articulaire (voir rapport SMR, et il faut ajouter maintenant des limitations sur le plan psychiatrique : flexibilité et capacité

d'adaptation réduites, problèmes dans la planification et la structuration des tâches, faibles capacités d'endurance, grandes difficultés dans les contacts sociaux, risque suicidaire...

Néanmoins, comme ajoute le Dr C.\_\_\_\_\_, des MOP peuvent être tentées à nouveau à 50% en tenant bien entendu compte des limitations fonctionnelles sur les versants somatique et psychiatrique ».

Au cours d'un entretien avec l'assuré le 4 décembre 2014, l'OAI a récapitulé les limitations de ce dernier comme suit :

« CTAH 50%

CTAA 50%

LF somatiques

Pas de porte de charges supérieures à 7.5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 12.5 kg, pas de mouvements en porte-à-faux, en anté-flexion du rachis avec port de charges, éviter les positions statique assises prolongées au-delà de 1 heure, sans possibilité de varier la position assise-debout. Eviter les postions statiques immobiles de type piétinement. Diminution du périmètre de marche à environs 1 ½ à 2 heures Eviter l'exposition au froid et à l'humidité.

LF psychiques

Flexibilité et capacité d'adaptation réduites, problèmes dans la planification et la structuration des tâches, faibles capacités d'endurance, grandes difficultés dans les contacts sociaux

M. A.\_\_\_\_\_ a une CT de 50% en toute activité.

Au vu des LF psychiatriques, une démarche de formation n'est pas adéquate. Il faut mettre en valeur ses connaissances et compétences antérieurs en électricité où il a un CFC, mais il faut également tenir compte des LF au niveau somatique. Une activité en atelier, pour des montages électriques, électropneumatiques ou électromécaniques ..., ainsi que des travaux de maintenance pourraient être des activités possibles).

Il n'y a pas de mesure qui permettrait de réduire le préjudice économique.

M. A.\_\_\_\_\_ est d'accord avec ce qui précède et sollicite l'aide au placement. »

Par communication du 4 décembre 2014, l'OAI a informé l'assuré que les conditions du droit au placement étaient réalisées et qu'il serait tenu au courant des démarches ultérieures.

Le 9 décembre 2014, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009, soit après le délai d'attente d'une année. Il précisait cependant que la demande de prestations du 4 novembre 2009 était tardive et que la rente ne pouvait dès lors être versée qu'à compter du 1<sup>er</sup> mai 2010, soit six mois après le dépôt de la demande, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

Par courrier du 17 décembre 2014, l'assuré a exprimé son incompréhension auprès de l'OAI suite au projet de décision du 9 décembre 2014.

Le 13 janvier 2015, l'OAI a répondu à l'assuré que son projet de décision se fondait sur les rapports médicaux de ses médecins traitants ainsi que sur l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_, dont il ressortait qu'il présentait une incapacité de travail de 50 % dans toute activité lucrative. Par courrier séparé du même jour, l'OAI lui a transmis la motivation d'une décision d'octroi de rente, reprenant les éléments développés dans le projet de décision du 9 décembre 2014.

Par décision du 3 février 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2015.

Par décision du 11 mars 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à hauteur de 778 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> mai 2010 au 31 décembre 2010 et de 791 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 30 novembre 2011.

Par décision du 11 mars 2015 également, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à hauteur de 791 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2012 au 31 décembre 2012, de 798 fr. pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2014 et de 802 fr. du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 28 février 2015.

Entretemps, suite à un téléphone de l'assuré du 17 février 2015 indiquant qu'il ne souhaitait plus bénéficier de l'aide au placement, l'OAI a mis fin à cette mesure en date du 18 février 2015.

**C.** Par acte du 19 février 2015, A.\_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 3 février 2015 de l'OAI, concluant implicitement à l'annulation de celle-ci. À l'appui de ses écritures, le recourant invoque le fait qu'il est physiquement très gêné par ses douleurs et usé psychologiquement. Il explique que certains jours, il lui est impossible de sortir de son appartement, qu'il se concentre péniblement et qu'il est difficile pour lui de dormir correctement. Il ajoute que les douleurs physiques, cumulées à ses troubles quotidiens, l'empêchent de vivre normalement et de travailler et que ces années passées à lutter contre la maladie ont fait de lui un homme aux idées noires dont l'espérance se réduit au fil du temps.

Dans sa réponse du 23 avril 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'intimé invoque le fait que l'incapacité de travail médicalement justifiée de plus de 40 % du recourant a été fixée au mois de décembre 2008 et que le droit à la rente a pris naissance le 1<sup>er</sup> décembre 2009. Or, le recourant a déposé sa demande de prestations le 4 novembre 2009, raison pour laquelle le versement de la rente d'invalidité ne peut intervenir, conformément aux dispositions légales applicables en la matière, que six mois plus tard, soit dès le 1<sup>er</sup> mai 2010. L'intimé ajoute que l'assuré ne produit aucun élément médical nouveau de nature à modifier ses conclusions.

Dans sa réplique du 14 août 2015, le recourant a confirmé ses conclusions, mentionnant être en possession de nouveaux rapports médicaux, lesquels n'ont cependant pas été produits. En substance, après avoir rappelé les circonstances de son accident, il explique que la douleur qu'il ressent a fini par dicter son mode de vie et réduire ses activités au point de « se retrancher » sur lui-même. Il mentionne également les raisons pour lesquelles il a refusé un séjour à [...] et fait part de ses difficultés à se faire entendre des médecins. En outre, il conteste être

passif dans sa prise en charge thérapeutique et précise qu'il a tout mis en œuvre afin de recouvrer la santé et une activité professionnelle, s'impliquant et donnant de sa personne, pour finalement se retrouver dans des situations compliquées, dans lesquelles il doit se défendre et se battre pour obtenir ce à quoi il a droit. Il reproche également à l'OAI de ne pas reconnaître une incapacité totale de travailler ainsi que le fait qu'il ait dû donner son accord pour que l'intimé puisse obtenir les rapports médicaux de sa psychiatre, la Dresse V.\_\_\_\_\_, qu'il consultait à titre privé. Il indique aussi se sentir épuisé physiquement et usé psychologiquement.

L'intimé a dupliqué en date du 31 août 2015, confirmant ses conclusions. Il relève que le recourant n'a pas produit les nouveaux rapports médicaux qui sont évoqués dans sa réplique et renvoie pour le surplus aux arguments déjà évoqués dans ses précédentes écritures.

### **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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20

décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173]).

**c)** Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours formé le 19 février 2015 contre la décision de l'OAI du 3 février 2015 est ainsi recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit d'A. \_\_\_\_\_ à une rente d'invalidité, le recourant contestant le fait que seule une demi-rente lui ait été octroyée.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 (art. 6 LPGGA).

A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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

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

En outre, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA. De surcroît, le droit à la rente ne naît pas tant que la personne assurée peut prétendre à une indemnité journalière selon l'art. 22 LAI.

**c)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant

l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité (art. 8 al. 3 LPGA, 28a al. 2 LAI, 27 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS. 831.201]).

L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI).

**d)** Cependant, lorsque la capacité résiduelle de travail de l'assuré est la même aussi bien dans son activité habituelle que dans son activité adaptée, le degré d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (comparaison en pour-cent ; TF 9C\_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2 ; TF 9C\_947/2008 du 29 mai 2009 ; TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.5). Il n'y a dès lors pas lieu, dans un tel cas, de procéder à une approche médico-théorique de l'invalidité de l'assuré et à un éventuel abattement pour des limitations fonctionnelles importantes ou d'autres motifs, le taux d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail (CASSO AI 112/13 - 255/2014 du 10 octobre 2014

consid. 6 ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2034 p. 538 et réf. cit.).

**4.** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). 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 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**5. a)** En l'espèce, pour déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant, l'OAI s'est notamment fondé sur le rapport d'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ du 4 août 2014, duquel il ressort que l'assuré présente sur le plan psychiatrique une incapacité de travail et de gain de 50 % dans toute activité lucrative depuis 2008. Il convient de reconnaître à cette expertise circonstanciée et dont les conclusions sont claires une pleine valeur probante. Sur le plan physique, la capacité résiduelle de travail de l'assuré est de 50 % depuis novembre 2009 dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, selon les constatations du Dr X.\_\_\_\_\_ exposées dans son rapport du 13 janvier 2011. Les conclusions de ce médecin peuvent être suivies, dans la mesure où son rapport remplit les réquisits jurisprudentiels en la matière et qu'il n'existe pas de péjoration établie sur le plan physique depuis 2011. Elles sont en outre confirmées par le Dr C.\_\_\_\_\_, qui souligne dans son rapport d'expertise du 4 août 2014 qu'il est raisonnablement exigible que l'assuré travaille à hauteur de 50 % dans une activité qui respecterait ses limitations physiques. À cet égard, le Dr X.\_\_\_\_\_ souligne qu'une activité semi-sédentaire peut être envisagée. Quant à l'autorité intimée, elle est d'avis qu'au vu des limitations fonctionnelles psychiatriques, une démarche de formation ne serait pas adéquate. Selon elle, il faudrait mettre en valeur les connaissances et les compétences antérieures en électricité du recourant, domaine dans lequel il possède un CFC, tout en tenant compte des limitations somatiques. Des activités en atelier, pour des montages électriques, électropneumatiques ou électromécaniques ainsi que des travaux de maintenance seraient possibles (cf. note d'entretien avec l'assuré du 4 décembre 2014).

Dans un tel cas, soit lorsque la capacité résiduelle de travail de l'assuré est la même aussi bien dans son activité habituelle que dans son activité adaptée, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (cf. supra consid. 3d).

C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu un taux d'invalidité de 50 %.

**b)** L'intimé a également fait une application correcte des dispositions relatives au début du droit à la rente. Celui-ci a pris naissance après le délai d'attente d'une année, soit le 1<sup>er</sup> décembre 2009 (cf. supra consid. 3 b). Cependant, dans la mesure où la demande de prestations n'a été déposée que le 4 novembre 2009, la rente ne pouvait être versée qu'à partir de l'échéance du délai de six mois de l'art. 29 al. 1 LAI, soit à compter du 1<sup>er</sup> mai 2010. La décision de l'intimé n'est donc pas non plus critiquable sous cet angle.

**c)** Il convient d'ajouter que dans ses écritures, le recourant n'apporte aucun élément susceptible d'indiquer que l'intimé aurait mal instruit son dossier ou mal appliqué le droit, tant s'agissant du degré d'invalidité que du début du droit à la rente. Il ne ressort nullement de l'examen de la cause que tel serait le cas. Le recours se révèle par conséquent mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

**6.** Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 3 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les décisions rendues le 11 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- IV. Les frais de justice, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- A. \_\_\_\_\_, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :