

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 août 2016

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Thalmann et Röthenbacher, juges  
Greffier : M. Grob

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Chaulmontet,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1, 17 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 LAI ; 87 al. 2 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, a déposé une demande de prestations le 12 décembre 2006 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant comme atteinte à la santé une hernie discale depuis septembre 2005.

L'instruction de cette demande a permis d'établir que l'assuré souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, d'une spondylodiscarthrose lombaire avec radiculopathie ainsi que d'un status après cure de hernie discale L4-L5 droite en novembre 2007 et, sans effet sur sa capacité de travail, d'un syndrome somatoforme douloureux persistant présent depuis début 2006 et d'une dysthymie présente depuis 2006 environ.

Par décision du 25 mai 2010, confirmant un projet de décision du 9 juillet 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 6 septembre 2006 au 30 juin 2008, selon la motivation suivante :

### **« Résultat de nos constatations :**

Depuis le 6 septembre 2005 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

- Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de soudeur du 1er février 2001 au 30 novembre 2006 chez [...] à [...].
- Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service Médical Régional (SMR).
- Les éléments n'étant pas suffisants pour se déterminer, nous avons mandaté la clinique [...] à [...] en vue de l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire.  
L'expertise a été réalisée les 22 et 23 octobre 2007.
- Une deuxième expertise a été demandée au [...] [réd. actuellement P.\_\_\_\_\_ Sàrl] à [...] afin de compléter l'instruction de votre dossier.
- L'expertise a été réalisée le 10 juillet 2008.
- A réception de celles-ci, votre dossier a fait une nouvelle fois l'objet d'un examen par le Service Médical Régional (SMR).
- Nous constatons qu'en raison de votre atteinte à la santé, vous présentez une incapacité de travail et de gain de manière ininterrompue depuis le 6 septembre 2005; c'est donc à cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année.

- A l'échéance du délai de carence précité, le 6 septembre 2006, votre incapacité de travail et de gain est complète.
- Ce qui vous donne droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% à compter du 6 septembre 2006.
- Il ressort notamment des conclusions du SMR que du point de vue médical, nous constatons que votre état de santé s'est amélioré.
- Vous présentez toujours une incapacité de travail complète dans votre activité habituelle, par contre vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 80% depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008 dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles. Celles-ci sont les suivantes : activité légère (charges répétitives ne dépassant pas 5 kg et charges occasionnelles ne dépassant pas 10 kg) semi-sédentaire avec alternance des positions et possibilité de repos de l'ordre de 2h sur 8h de travail effectif. Eviter les positions en porte-à-faux, en antépulsion prolongée, en rotation du tronc ou en extension.
- Au vu de ce qui précède, nous avons mandaté notre service de réadaptation professionnelle en vue de mettre en valeur cette capacité de travail résiduelle.
- Il ressort des conclusions du service de réadaptation que vous ne vous sentez pas prêt à reprendre une activité.
- Vu le contexte, nous estimons qu'aucune mesure professionnelle n'est indiquée.
- Nous déterminons votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique.
- Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'732.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41.7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4732.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 3.67% ; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'389.47 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 80 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 49'111.57 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).  
Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 41'745.00

- Si vous n'aviez pas connu vos problèmes de santé, vous auriez poursuivi votre activité de soudeur auprès de [...] et auriez perçu en 2008 (date du début de l'aptitude de la réhabilitation) un salaire de CHF 4'578.00 X 13 = CHF 59'514.00.
- Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :**

sans invalidité	CHF	59'514.00		
avec invalidité	CHF	41'745.00		
La perte de gain s'élève à	CHF	17'769.00	=	un degré d'invalidité de 29.85%

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

A partir du 6 septembre 2006, le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% jusqu'au 30 juin 2008, soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé. ».

**B.** Par courrier de son conseil du 26 juillet 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant comme atteinte à la santé une hernie discale depuis 2005. Il exposait en outre qu'après avoir subi deux opérations de neurochirurgie en novembre 2007 et mars 2010, une troisième intervention était envisagée.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI a mandaté P. \_\_\_\_\_ Sàrl pour procéder à une expertise rhumatologique et psychiatrique de l'assuré. Dans leur rapport d'expertise du 7 janvier 2013, les Dresses G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de syndrome lombo-sciatalgique à bascule récidivant sans déficit clinique radiculaire évolutif manifeste sur

spondylodiscarthrose lombaire L4-L5 et L5-S1 ainsi que sur status après micro-dissectomies L4-L5 droite en 2007 et L5-S1 droite en 2010. Elles ont également indiqué les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant présent depuis 2006 et de dysthymie présente depuis 2006 environ. Elles ont en outre exposé ce qui suit :

#### **« 5.4 DISCUSSION CONSENSUELLE ENTRE LES EXPERTS**

M. L. \_\_\_\_\_ ne peut plus travailler comme soudeur ni dans aucune activité physiquement pénible depuis novembre 2007, date de la première opération pour hernie discale lombaire. A 4 mois de l'opération, soit depuis mars 2008 une CT [capacité de travail] de 80% dans un travail adapté était exigible jusqu'à la deuxième opération pour hernie discale lombaire en mars 2010. Il faut admettre une IT [incapacité de travail] totale dans toute activité pour 6 mois après cette deuxième opération. Dès lors, soit depuis septembre 2010, une CT est à nouveau exigible dans un travail adapté aux pathologies rachidiennes, à un taux de 50% compte tenu des 2 opérations et d'une évolution difficile avec la confirmation d'une spondylodiscarthrose lombaire au plan radiologique et d'élément de souffrance radiculaire mais sans signe compressif ni déficitaire évolutif.

Des éléments sortant de la pathologie rachidienne parasitent le tableau avec diffusion du trouble douloureux au-delà du territoire anatomique concerné, des variations des plaintes, avec une réponse thérapeutique jugée médiocre par l'expertisé - alors que le monitoring thérapeutique ne confirme pas une parfaite compliance au traitement antalgique de premier et deuxième paliers, ni au traitement antidépresseur.

Ils ont été identifiés par l'experte psychiatre comme faisant partie d'un trouble somatoforme douloureux persistant associé à une dysthymie. Il n'y a pas de participation de la comorbidité psychiatrique atteignant un seuil supplémentaire d'incapacité de travail.

(...)

### **D. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

#### **1. Limitations en relation avec les troubles constatés**

##### Au plan physique

Activité légère exigible à mi-temps en évitant les charges répétitives de plus de 5 kg, semi-sédentaire principalement assise, avec alternance de position possible à un taux de 60% pour permettre des périodes de repos.

##### Au plan psychique

Pas de limitation qualitative et quantitative.

Au plan social

La sociabilité est bien conservée avec la famille, la famille de la belle-fille est les amis.

**2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

**2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?**

Au plan physique

Ils limitent totalement les anciennes activités et ne rendent exigible qu'à mi-temps une activité adaptée.

Au plan psychique

Les troubles psychiques n'interfèrent pas sur l'activité exercée jusqu'alors.

**2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail**

Au plan physique

50% dans une activité adaptée.

Au plan psychique

La capacité de travail est entière.

**2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?**

Au plan physique

NON.

Au plan psychique

Oui, l'activité exercée jusqu'en 2005 est encore exigible, en plein, soit 8 heures par jour.

**2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Au plan physique

Pas à mi-temps.

Au plan psychique

Pas de diminution du rendement.

**2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**

Au plan physique : novembre 2007

Au plan psychique

Pas d'incapacité de travail.

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

Au plan physique

IT totale dans l'ancienne activité.

IT de 20% dans une activité de substitution de mars 2008 à mars 2010.  
IT totale dans toute activité de la date opératoire de mars 2010 (microdiscectomie L5-S1) à octobre 2010 (consultation Professeur [...])  
IT de 50% dans une activité de substitution d'octobre 2010, toujours en cours.

Au plan psychique  
Pas d'incapacité de travail.

**3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Au plan physique

Au plan psychique

Le syndrome douloureux somatoforme persistant et la dysthymie n'empêchent pas une adaptation à un environnement professionnel, pour autant qu'il s'agisse d'une activité simple, nécessitant peu d'adaptation et d'apprentissage compatible avec les connaissances de l'expertisé ».

Dans un avis du 16 janvier 2013, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a exposé ce qui suit :

« L'expertise pluridisciplinaire P.\_\_\_\_\_, Sàrl confirme l'aggravation de l'état de santé à compter de la reprise chirurgicale d'octobre 2010, justifiant une incapacité de travail totale [de] mars à octobre 2010, puis de 50% dans une activité adaptée.

M. L.\_\_\_\_\_ présente un syndrome lombo-sciatalgique à bascule récidivant sans déficit radiculaire, une spondylarthrose lombaire L4-5 et L5-S1 dans le cadre d'un status après micro-di[s]cectomies L4-5 droite en 2007 et L5-S1 droite en 2010.

Au plan psychiatrique, les experts retiennent un syndrome douloureux somatoforme persistant et une dysthymie, tous deux sans incidence sur la capacité de travail.

En résumé, il convient d'admettre une réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée de 50% à compter d'octobre 2010. Les limitations fonctionnelles sont décrites en page 42 de l'expertise. Je vous remercie de vous y référer. Les experts attirent toutefois notre attention sur l'absence de motivation de l'assuré pour reprendre une activité quelconque. ».

Par décision du 7 juin 2013, confirmant un projet de décision du 7 mai 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès

le 1<sup>er</sup> mars 2010, puis trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, selon la motivation suivante :

**« Résultat de nos constatations :**

Vous avez bénéficié d'une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2006 au 30 juin 2008 de notre Assurance.

En date du 27 juillet 2010, vous avez déposé une nouvelle demande de prestations AI nous signifiant une aggravation de votre état de santé.

En effet, selon les renseignements en notre possession, il s'avère que vous avez présenté une incapacité de travail totale de mars 2010 à septembre 2010. A partir d'octobre 2010, une capacité de travail de 50 % peut à nouveau être exigible de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, soit une activité légère en évitant les charges répétitives de plus de 5kg, semi-sédentaire principalement assise, avec alternance des positions, éviter les positions en porte-à-faux, en antépulsion prolongée en rotation du tronc ou en extension.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé, soit CHF 63'474.50 comme soudeur pour l'année 2010, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée (domaine industriel léger).

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

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'097.04 (CHF 4'901.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'164.48.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 30'582.24 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à

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

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, de votre âge ainsi que du taux d'occupation, un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 24'465.79 pour 2010.

**Comparaison des revenus :**

sans invalidité	CHF	63'474.50			
avec invalidité	CHF	24'465.79			
La perte de gain s'élève à	CHF	39'008.71	=	un	degré

d'invalidité de 61.46 %

Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du taux d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un taux d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1, LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20], celle qui a précédé le premier octroi selon l'art. 29bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201].

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

A partir du 1<sup>er</sup> mars 2010, une rente entière (degré d'inv. : 100 %), vous est reconnu.

Cette prestation est diminuée à un trois quart de rente (degré d'inv. : 61 %) dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, soit après le délai de 3 mois prévu à l'article 88a, al. 1, RAI, précité. ».

**C.** Le 23 juillet 2014, l'assuré, par son conseil, a requis de l'OAI la « réouverture » de son dossier et a produit un certificat du 3 juillet 2014 de son médecin traitant, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, rédigé en ces termes :

« Suite à deux consultations effectuées à quatre ans de distance chez le Professeur C.\_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH, avenue [...], on peut conclure de la manière suivante concernant Monsieur L.\_\_\_\_\_, né le [...].1955. Le patient présente un FAILED BACK SURGERY SYNDROM. Dans ce genre de situation, il n'y a pas de moyens chirurgicaux valables puisqu'on ne risquerait que d'aggraver la situation par exemple en pratiquant une spondylodèse de L4 à S1.

Subjectivement, le patient présente toujours davantage de douleurs et de grandes difficultés pour marcher surtout sur la pointe des pieds ou sur les talons avec des douleurs dans les mollets. Objectivement, cicatrice lombaire sp [sans particularité]. Muscles para-vertébraux tendus. La région du bassin et du bas du dos au niveau lombaire et dorsale est décrite comme douloureuse sans réaction de type fibromyalgie. La flexion antérieure du tronc est physiologique et assez bien tolérée avec une distance doigts-sol de 20cm alors que l'extension est bloquée et douloureuse. La force brute testée sur le lit d'examen est sans particularité. Aréflexie ostéo-tendineuse des membres inférieurs, cutanés plantaires indifférents des deux côtés. La sensibilité à l'aiguille est décrite comme fortement diminuée.

L'IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire du 10.03.2014 montre un examen assez proche de celui effectué le 25.01.2010 avec une discopathie L4-L5 et L5-S1. En L4-L5, il y a un minime antéro-listhésis déjà ébauché en 2010. A l'époque de la première IRM, il y avait une volumineuse hernie discale L5-S1 droite qui n'existe plus après la deuxième opération. La spondylarthrose avec hypertrophie des ligaments jaunes en L4-L5 est plus nette à droite qu'à gauche et la séquence myélographie montre de nouveau de nets signes d'empreinte latérale sur le sac dural en L4-L5 avec refoulement et amputation en tromblon des deux gaines radiculaires L5. En L5-S1, on note que les deux gaines radiculaires S1 sont bien visibles alors qu'à l'époque celle de droite ne l'était pas.

#### Appréciation de la situation :

On se trouve donc radiologiquement en présence d'un patient présentant chroniquement des douleurs lombaires basses et qui a été opéré à deux reprises d'une hernie discale lombaire. Il existe radiologiquement des nets signes de compression radiculaire en L4-L5 en relation avec une sténose latérale dégénérative.

Sur le plan de la stratégie opératoire, il y aurait une indication éventuellement opératoire toutefois, comme il n'y a pas de claudication neurogène, le geste chirurgical viserait non seulement à décompresser en L4-L5 des deux côtés mais également à procéder à une spondylodèse par cage et vissage pédiculaire L4-L5-S1, donc une opération très importante dont nous savons que même dans les cas favorables seulement 70% des patients considèrent le résultat comme bon ou satisfaisant. Dans ce cas-là, l'abstention thérapeutique chirurgicale est de mise.

Pour ma part et après analyse du dossier, on constate que le patient a une capacité de travail résiduelle qui est pratiquement nulle. Dans ces conditions, je suggère que l'on refasse une demande à l'assurance invalidité pour obtenir une rente complète ce qui devrait être le cas au vu du diagnostic de FAILED BACK SURGERY SYNDROM. ».

Dans un rapport du 5 août 2014 à l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué qu'il ignorait tout de la situation professionnelle et de la capacité de travail de l'assuré, relevant qu'il ne

l'avait examiné que 2 fois pour sa situation médicale, les 28 juillet 2010 et 25 avril 2014, et qu'il ne l'avait jamais traité. En annexe à ce document, figuraient notamment :

- un rapport du 10 mars 2014 de la Dresse [...], spécialiste en radiologie, relatif à une IRM lombaire de l'assuré, décrivant la situation en ces termes :

« **Description**

Par rapport au précédent examen IRM lombaire datant du 14 décembre 2012, on retrouve un minime rétrolisthésis dégénératif de L5 sur S1 ainsi qu'un discret antélisthésis dégénératif de L4 sur L5. Absence de tassement vertébral ou lésion osseuse suspecte. Discarthrose L4-L5 modérée. Arthrose interfacettaire postérieure bilatérale L4-L5 et L5-S1 inchangée. Discopathies L4-L5 et L5-S1 superposables.

**Espace L4-L5 :** status après hémilaminectomie droite. Présence d'un prolapsus disco-ostéophyttaire circonférentiel inchangé, qui prédomine en position médiane, avec sténose bilatérale symétrique des récessus latéraux de L5. Absence de sténose foraminale significative.

**Espace L5-S1 :** aspect inchangé de la protrusion discale à base large médiane et latérale droite qui refoule légèrement la racine S1 droite postérieurement, sans amputation radiculaire. Absence de sténose foraminale significative.

Cône médullaire de morphologie normale, situé au niveau D12-L1.

**Conclusion**

Examen IRM lombaire superposable au précédent datant du 4 décembre 2012. Stabilité des discopathies L4-L5 et L5-S1. Prolapsus disco-ostéophyttaire L4-L5 circonférentiel inchangé prédominant en position médiane, avec sténose bilatérale symétrique des récessus latéraux de L5.

Protrusion discale L5-S1 médiane et latérale droite à base large inchangée, refoulant postérieurement la racine S1 droite. » ;

- un rapport du 28 avril 2014 du Dr C. \_\_\_\_\_ à l'attention du Dr K. \_\_\_\_\_, mentionnant ce qui suit :

« Merci beaucoup de m'avoir adressé le patient susnommé que j'ai revu en consultation le 25.4.2014 pour un problème de *failed back surgery syndrom*.

AFFECTION ACTUELLE :

Tu ne l'as peut-être pas réalisé, mais j'avais déjà examiné M. L. \_\_\_\_\_ le 28.7.2010, après ses 2 opérations au Centre hospitalier Q. \_\_\_\_\_, et je t'avais en principe fait parvenir un rapport détaillé dont je joins une copie à la présente.

Depuis cette époque, la situation est allée de mal en pis. Le patient a eu de nombreuses infiltrations lombaires, environ 3/année, il semblerait d'abord chez le Dr [...] au Centre hospitalier Q. \_\_\_\_\_, puis chez le Dr V. \_\_\_\_\_ à [...]. Cela n'a pas apporté de bénéfice durable.

M. L. \_\_\_\_\_ est maintenant sous une lourde médication sans laquelle il ne peut même pas marcher, selon ses dires. Il me montre des emballages de Lexotanil, Oxynorm, Sirdalud, Dafalgan, Targin, Ciprexal et tu mentionnes également du Sifrol.

Actuellement le patient signale « toujours le même problème » : il a les 2 membres inférieurs qui sont « morts ». Les douleurs commencent au vertex de la tête (il a d'ailleurs été investigué par des CT-scans cérébral et cervical) et descendent dans le tronc, les bras, puis dans les 2 membres inférieurs, plutôt latéralement jusqu'aux pieds.

Il a beaucoup de fourmillements, notamment dans les bras et dans les 2 jambes.

Il décrit également des douleurs électrisantes et beaucoup de crampes jusqu'aux pieds, ces dernières prédominant largement à droite.

Le patient conduit.

Il apporte une nouvelle IRM lombaire du 10.3.2014 qui est décrite comme superposable à un précédent examen de décembre 2012 qui n'est pas à notre disposition.

#### OBJECTIVEMENT :

M. L. \_\_\_\_\_ me paraît très démonstratif.

Il boite très fortement sur sa jambe gauche et a de la peine à se déplacer de la salle d'attente au cabinet.

Il marche significativement mieux et sans boiterie, mais toujours très lentement, dans la rue en tenant lui-même sa petite-fille par la main.

Cicatrice lombaire sp. Les muscles paravertébraux sont tendus. Toute la région du bassin et du dos au niveau lombaire et dorsal est décrite comme nettement douloureuse, mais il n'y a pas de réaction de type fibromyalgie.

La flexion antérieure du tronc, effectuée lentement, est bonne et assez bien tolérée avec une DDS [distance doigts-sol] de 20 cm, alors que l'extension est bloquée et très douloureuse.

Force brute, testée sur le lit d'examen, sp, mais le patient se dit incapable de marcher sur les talons et sur les pointes.

De même, il hésite à monter sur un escabeau, mais il y arrive seul en se tenant de la main ddc [des deux côtés] et à redescendre lentement sans lâchage.

Aréflexie ostéo-tendineuse des membres inférieurs ; cutané plantaire indifférent ddc.  
La sensibilité à l'aiguille est décrite comme fortement diminuée sur les jambes et les 2 pieds.

IRM LOMBAIRE DU 10.3.2014 :

L'examen est très similaire au précédent à notre disposition du 25.1.2010 avec une discopathie L4-L5 et L5-S1 modérée.

En L4-L5, il y a un minime glissement antérieur qui était déjà ébauché en 2010.

A l'époque, il y avait cependant une volumineuse hernie discale L5-S1 droite qui n'existe plus après la 2<sup>ème</sup> opération.

Il y a aussi une spondylarthrose avec hypertrophie des ligaments jaunes en L4-L5, plus nette à droite qu'à gauche et la séquence myélographique montre de nouveau de nets signes d'empreinte latérale sur le sac dural en L4-L5 avec refoulement et amputation en tromblon des 2 gaines radiculaires L5.

En L5-S1, on note que les 2 gaines radiculaires S1 sont bien visibles alors qu'à l'époque celle de droite ne l'était pas.

APPRECIATION :

La situation reste à peu près identique à celle décrite en 2010 où M. L.\_\_\_\_\_ avait déjà subi ces 2 opérations.

Ainsi, on trouve radiologiquement de nets signes de compression radiculaire L5 en L4-L5, en relation avec une sténose latérale dégénérative.

Comme déjà dit à l'époque et sur le plan purement radiologique, il y aurait une ample indication opératoire, si les symptômes correspondaient. Toutefois, tel n'est nullement le cas. En effet, M. L.\_\_\_\_\_ ne présente pas du tout de claudication neurogène. Il a des douleurs qui dépassent très largement le cadre d'une éventuelle sciatique L5, que ce soit droite ou gauche.

De surcroît, si on devait opérer un tel patient il faudrait, à mon avis, non seulement décompresser en L4-L5 ddc, mais également procéder à une spondylodèse par cages et vissage pédiculaire L4-L5-S1, donc une opération importante dont nous savons que même dans les bonnes indications seuls environ 70 % des patients considèrent le résultat comme bon ou satisfaisant et que les complications ne sont pas nulles.

Je ne préconiserais par conséquent pas une telle opération chez M. L.\_\_\_\_\_. En effet, la probabilité qu'on apporte quelque chose ne dépasse à mon avis pas 20 %. Cela est un chiffre qui sort simplement de l'expérience et des statistiques et se confirme, même en cas de bonne indication radiologique.

Il faut ajouter à cela qu'il n'y a pas de menace particulière, puisqu'il n'y a guère de progression radiologique depuis plusieurs années.

De même, ce patient a déjà subi 2 opérations lombaires qui étaient radiologiquement amplement justifiées, mais qui ont quand même à chaque fois été suivie d'une aggravation subjective durable.

Pour ma part, je n'ai donc malheureusement rien à proposer sur le plan neurochirurgical et je ne pense pas que le Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ se lancera dans une nouvelle intervention dans ces circonstances.

J'ai expliqué tout cela à M. L.\_\_\_\_\_ et je lui confirme le tout en lui faisant parvenir une copie de ce rapport, comme je l'avais déjà fait en 2010. ».

Dans un rapport du 21 août 2014 à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a exposé que depuis l'octroi de la rente, la situation n'avait fait que s'aggraver, les douleurs étant quasi permanentes. Il a posé les diagnostics de failed back surgery syndrom, de status après deux opérations au Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_, de status après opération de hernie discale L4-L5 droite en 2007 et de status après réopération dans le service de neurochirurgie au Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ en mars 2010 pour reprise d'hémilaminectomie L4-L5 droite et hémilaminectomie L5-S1 droite. Il a indiqué que l'assuré présentait une incapacité de travail totale tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à la marche, précisant que l'intéressé présentait beaucoup de fourmillements dans les bras, dans les jambes avec des douleurs électrisantes et beaucoup de crampes jusqu'aux pieds, ces dernières prédominant du côté droit, qu'objectivement, il boitait fortement sur sa jambe gauche et avait de la peine à se déplacer et qu'il se déplaçait lentement d'une façon générale, même s'il n'était pas observé. Ce praticien a émis un pronostic défavorable.

Le 10 octobre 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin praticien et spécialiste en médecine du travail au SMR, a rédigé un avis en ces termes :

« Date de la demande : 24.07.14. révision sur demande : aggravation  
*Rappel : 1/ ¾ de rente (Inv. : 61%) dès le 01.01.01, mais dossier connu que depuis 06 au moins pour un syndrome lombo-sciatalgique et une spondylarthrose lombaire et syndrome douloureux somatoforme avec dysthymie ; cf. RM [rapport médical] SMR du Dr [...], le 06.10.08, CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] 0%/AA [... dans une activité adaptée] 80% dès le 10.03.08 après COMAI [Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité] au P.\_\_\_\_\_ Sàrl, le 10 et 23.07.08. Une nouvelle demande intervint en*

août 2010 pour aggravation psychique. Après nouvel avis SMR du Dr [...], une expertise pluridisciplinaire du P. \_\_\_\_\_ Sàrl, le 07.01.13 confirmait l'aggravation depuis oct.10, avec 50% de CTAA. L'avis SMR du Dr N. \_\_\_\_\_, le 16.01.13, admettait un syndrome lombosciatalgique à bascule récidivant sans déficit radiculaire, une spondylarthrose lombaire L4-5 et L5-S1 dans le cadre d'un status après micro-discectomies L4-5 D [droite] en 2007 et L5-S1 D en 2010. Au plan psychiatrique, les experts retenaient un syndrome douloureux somatoforme persistant et une dysthymie, tous deux sans incidence sur la CT. Le Dr N. \_\_\_\_\_ retenait la réduction de la CTAA à 50% à compter d'octobre 2010. Les experts attiraient toutefois notre attention sur l'absence de motivation de l'assuré pour reprendre une activité quelconque. La décision du 12.12.13 clôturait le dossier et elle entrerait en force à un mois.

2/ par courrier du 23.07.14, Me Chaumontet nous informe que l'état de santé de l'assuré serait aggravé et il solliciterait la révision du dossier en vue de l'augmentation de la rente. Un certificat du Dr K. \_\_\_\_\_, le 03.07.14 fait état maintenant d'un « failed back surgery syndrome », qu'il n'existe pas de possibilité d'amélioration chirurgicale, mais des douleurs, avec une IRM superposable à celle du 25.01.10. Il prétend exister une indication opératoire, mais que l'abstention thérapeutique serait de mise. Il ajoute que la CT serait pratiquement nulle et il plaide pour une rente complète. Vous demandez si au vu des pièces au dossier, on peut admettre une aggravation de l'état de santé.

Notre réponse est la suivant[e] : nous précisons d'emblée que c'est à l'assuré d'apporter la preuve d'un changement significatif de son état de santé dans cette situation. Les documents à disposition n'apportent de notre avis aucune information nouvelle que nous ne connaissions déjà précédemment : cf. nombreux avis SMR antérieurs 2 expertises pluridisciplinaires dont la dernière le 07.01.13); l'étude des documents montre bien que : la dernière expertise revêtait une pleine valeur probante, les points litigieux importants avaient fait l'objet d'une étude fouillée, elle se fondait sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées. Les experts avaient établi leurs conclusions après avoir pris une pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical était claire et les conclusions étaient bien motivées. Les affirmations du Dr K. \_\_\_\_\_, médecin traitant, se basant sur une CT nulle, n'apparaissent donc, ni plausibles, ou convaincantes en l'état au vu de tout le dossier et de la dernière expertise. Nous insistons par ailleurs qu'un simple rapport du médecin traitant, ne saurait prévaloir sur l'expertise de janv.13, dont les conclusions revêtaient une pleine valeur probante. Ainsi, les pièces présentées par le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin traitant n'ont en conséquence qu'une force probante inférieure, sans parler en plus des critères jurisprudentiels d'empathie du médecin traitant, de l'obligation de l'assuré à la nécessité de réduire le dommage, et que l'incapacité de gain n'est pas objectivement insurmontable (Art.7 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]). Vous noterez par ailleurs à ce sujet que déjà les experts attiraient notre attention en janv.13 sur l'absence de motivation de l'assuré pour reprendre une activité quelconque. Nous rappelons aussi par ailleurs que les douleurs relèvent du registre des critères subjectifs, et que nous ne les retenons donc pas. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des

constatations antérieures, et d'entrer en matière pour quelque raison que ce soit.

Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. Nous n'entrons pas en matière. ».

Selon projet de décision du 16 mars 2015, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de refuser l'augmentation de sa rente d'invalidité, selon la motivation suivante :

**« Résultat de nos constatations :**

M. L. \_\_\_\_\_ a bénéficié d'une rente entière AI avec un taux d'invalidité de 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2010 et depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, d'un trois-quart de rente AI basée sur un degré d'invalidité de 61%.

Suite à votre courrier du 23 juillet 2014, nous avons entrepris la révision de son dossier en vue de l'augmentation éventuelle du droit à la rente AI.

Dans le cadre de cette révision, nous avons sollicité diverses pièces médicales auprès des Dr C. \_\_\_\_\_ et Dr K. \_\_\_\_\_.

Le dossier de votre client a été soumis au médecin-conseil du Service Médical Régional (SMR) et ce dernier arrive à la conclusion que les renseignements médicaux en notre possession n'apportent aucune information nouvelle que nous ne connaissions déjà précédemment (deux expertises pluridisciplinaires dont la dernière effectuée le 7 janvier 2013). Les experts avaient établi leurs conclusions après avoir pris une pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical était claire et les conclusions étaient bien motivées.

Les affirmations du médecin traitant (Dr K. \_\_\_\_\_), se basant sur une capacité de travail nulle, n'apparaissent donc, ni plausibles, ou convaincantes en l'état au vu de tout le dossier et de la dernière expertise.

Par ailleurs, un simple rapport du médecin traitant, ne saurait prévaloir sur l'expertise de janvier 2013, dont les conclusions revêtaient une pleine valeur probante. Ainsi, les pièces présentées par son médecin traitant n'ont en conséquence qu'une force probante inférieure, sans parler en plus des critères jurisprudentiels d'empathie du médecin traitant, de l'obligation de l'assuré à la nécessité de réduire le dommage, et que l'incapacité de gain n'est pas objectivement insurmontable. Déjà, les experts attiraient notre attention sur l'absence de motivation de l'assuré pour reprendre une activité quelconque. Par ailleurs, les douleurs relèvent du registre des critères objectifs qui ne sont donc pas retenus.

Au vu de ce qui précède, nous n'avons aucun raison de nous écarter des constatations antérieures, et d'entrer en matière sur cette demande de révision.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

La demande d'augmentation est rejetée. M. L. \_\_\_\_\_ continue de bénéficier de la même rente AI qui a été versée jusqu'ici. ».

Le 16 avril 2015, l'assuré, par son conseil, a présenté des objections au projet précité, indiquant qu'il constatait que son état de santé s'était péjoré au point de devoir prendre de nombreux médicaments qui ne venaient ni à le guérir ni à amoindrir de manière raisonnable les douleurs dont il souffrait. Il a relevé que le projet de décision retenait pour seul argument que le rapport du médecin traitant ne saurait prévaloir sur l'expertise de janvier 2013 et a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Un « Avis juriste-Audition » de l'OAI du 5 mai 2015 avait la teneur suivante :

« Assuré au bénéfice d'un  $\frac{3}{4}$  de rente compte tenu d'une IT totale dans son activité habituelle de soudeur et d'une CT de 50% dans une activité adaptée.

Demande de révision le 27.07.2010 au motif d'une aggravation de l'état de santé soutenue par le Dr K. \_\_\_\_\_, MT [médecin traitant].

Projet de décision de refus d'augmenter la rente le 16.03.2015 => demande d'AJG [assistance judiciaire] le 02.04.2015 et contestation motivée du projet le 16.04.2015

Me Chaulmontet indique que l'assuré constate que son état de santé s'est péjoré et que les médicaments ne sont pas efficaces sur ses douleurs. Il demande la mise place d'une expertise pour juger de l'aggravation de son état santé puisque notre projet indique qu' « un simple rapport du médecin-traitant ne saurait prévaloir sur une expertise ».

Le projet reprend certains arguments avancés par le SMR pour justifier notre position mais force est de constater qu'il convient d'expliquer pourquoi nous écartons l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ autrement qu'en indiquant que l'expertise de janvier 2013 a valeur probante et que le rapport d'un MT a une valeur probante inférieure à celle d'une expertise.

D'une part, il n'est pas exclu qu'une aggravation puisse se produire en une année et demi (soit entre l'expertise de janvier 2013 et la nouvelle demande de juillet 2014). D'autre part, l'avis du MT doit certes être pris avec précaution selon la jurisprudence constante mais il doit être malgré tout discuté.

S'il est vrai que les douleurs sont du registre subjectif et que l'assuré n'avait pas montré de motivation pour reprendre une activité lors de l'expertise de janvier 2013 (p.42), l'avis SMR du 10.10.2014 relève uniquement que l'IRM du 10.03.2014 est superposable à celle du 25.01.2010 (le Dr K. \_\_\_\_\_ estime que l'IRM de mars 2014 2010 (sic) est assez proche de celle de janvier).

Je souhaite avoir une argumentation un peu plus développée pour pouvoir maintenir notre position.

□ **Ainsi, merci au SMR de nous dire pourquoi les éléments exposés par le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 03.07.2014 (en particulier le[s] 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> paragraphes) ne sont pas constitutifs d'aggravation.**

□ Voir projet de refus d'AJG de ce jour ».

Interpellé à nouveau, le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR a précisé ce qui suit dans un avis du 24 juin 2015 :

« *Notre réponse* : veuillez noter que au-delà de l'argument de la force probante des expertises antérieures, nous avons avancés (sic) comme arguments supplémentaires et par ordre d'importance : 1/ que les douleurs relevaient du registre des critères subjectifs, et que nous ne les retenions donc pas ; 2/ les critères jurisprudentiels d'empathie du médecin traitant (favorables par nature à l'assuré); 3/ l'obligation de l'assuré à la nécessité de réduire le dommage ; 4/ que l'incapacité de gain n'est pas objectivement insurmontable (Art.7 LPGA) dans ce type de pathologie. 5/ que les experts attiraient notre attention sur l'absence de motivation de l'assuré pour reprendre une activité quelconque.

Nous notons aussi que le service juridique admet qu'il n'est pas exclu qu'une aggravation puisse se produire à une année et demi : évidemment, tout est possible, dans le cadre d'un pourcentage infime, ou dans le cadre d'une loi de Murphy ; mais, nous sommes très étonnés de cette prise de position médicale, car selon la littérature médicale, les aggravations dans ce registre se produisent à 10-15 ans (fibrose), mais pas systématiquement. En ce qui concerne les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> paragraphes du courrier du 03.07.14, vous demandez les éléments non constitutifs d'aggravation : 1/ L'IRM lombaire du 10.03.14 montre un examen assez proche de celui effectué le 25.01.10 ; 2/ nous avons juste une discopathie L4-L5 et L5-S1. 3/ idem un minime antérolisthésis déjà ébauché en 2010 ; 4/ une volumineuse hernie discale L5-S1 D (2010) n'existe plus après la 2<sup>ème</sup> IRM ; 5/ la spondylarthrose avec hypertrophie des ligaments jaunes n'est pas constitutive d'une atteinte clinique : voir paragraphe 2, la force motrice brute est sans particularité et notre confrère n'a pas jugé utile de réaliser un[e] ENMG [électroneuromyographie] ; 6/ En L5-S1, on note que les deux gaines radiculaires S1 sont bien visibles alors qu'à l'époque celle de D ne l'était pas ; 7/ Il existe radiologiquement des nets signes de compression radiculaire en L4-L5 en relation avec une sténose latérale dégénérative, mais une image radiologique n'est pas

constitutive systématiquement en retour d'une atteinte clinique obligatoire (cf. 6, et pas d'ENMG, ni d'indication opératoire décompressive ++). Veuillez noter par ailleurs que l'assuré ne serait pas par ailleurs inapte à la conduite.

*Au total, pour toutes ces raisons, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. ».*

Le 21 juillet 2015, l'OAI a fait savoir ce qui suit au conseil de l'assuré :

« En date du 23 juillet 2014, vous avez demandé une révision de votre rente d'invalidité au motif que vos douleurs quotidiennes empêchent l'exercice d'une activité lucrative.

En date du 5 mai 2015, nous vous avons présenté un projet de décision de refus d'augmenter votre rente d'invalidité estimant que votre état de santé n'a pas subi d'aggravation.

Vous avez contesté ce projet par le biais de votre avocat indiquant que les médicaments ne sont plus efficaces sur vos douleurs. Vous demandez la mise en place d'une expertise pour juger de l'aggravation de votre état de santé puisque notre projet indique qu'un simple rapport du médecin traitant (en l'espèce celui du Dr K. \_\_\_\_\_ du 3 juillet 2014) ne saurait prévaloir sur une expertise (en l'occurrence sur l'expertise bidisciplinaire du 07.01.2013).

Après examen de votre contestation, nous maintenons notre position sans procéder à une nouvelle expertise.

Outre le fait que selon la jurisprudence l'avis du médecin traitant doit être pris avec prudence étant donné que selon l'expérience, celui-ci est généralement enclin en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 3a, 122 V 160 consid.1c et références), les deux avis médicaux du SMR sollicités dans le cadre de votre demande de révision (dont le dernier a été sollicité plus précisément dans le cadre de votre contestation) mentionnent les raisons pour lesquelles il n'y a pas lieu de retenir d'aggravation de votre état de santé.

Outre le fait que les douleurs relèvent du registre subjectif, le SMR relève notamment que l'IRM lombaire du 10.03.2014 est assez proche de celui effectué le 25.01.2010, tel qu'indiqué par le Dr K. \_\_\_\_\_ lui-même. Le SMR indique d'ailleurs que selon la littérature médicale les aggravations dans ce registre d'atteinte lombaire se produisent à 10 ou 15 ans mais pas systématiquement.

Nous considérons qu'il conclut de manière motivée que votre état de santé ne s'est pas aggravé et qu'il peut être suivi dans son appréciation.

Au vu de ce qui précède, nous maintenons notre position et rendons une décision de refus d'augmenter la rente d'invalidité que vous trouverez en annexe. ».

Par décision du même jour, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré, confirmant intégralement son projet du 16 mars 2015.

**D.** Par acte du 18 août 2015, L.\_\_\_\_\_, représenté par Me Philippe Chaulmontet, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'il était reconnu pleinement invalide et était en conséquence mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à ce qu'une expertise soit ordonnée afin de déterminer son taux d'invalidité et que la décision soit réformée en ce sens qu'il était reconnu invalide selon les conclusions de cette expertise et était ainsi mis au bénéfice de la rente d'invalidité correspondante. Il a exposé que le certificat du 3 juillet 2014 du Dr K.\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante et faisait état d'une modification notable de son degré d'invalidité. Il a également relevé qu'âgé de 60 ans, sans formation ou expérience professionnelle particulière, exception faite de son expérience en tant que soudeur, et n'écrivant pas le français, il était parfaitement illusoire de considérer qu'il était en mesure de réaliser un gain, de sorte que s'il n'était pas reconnu totalement invalide d'un point de vue fonctionnel, tel était le cas d'un point de vue économique.

Le 15 septembre 2015, le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 22 septembre 2015, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 août 2015, dans la mesure d'une exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Chaulmontet.

Dans sa réponse du 20 octobre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 21 juillet 2015. Il s'est

référé à l'avis du SMR du 24 juin 2015 ainsi qu'au courrier d'accompagnement de la décision précitée.

Par réplique du 29 janvier 2016, le recourant a produit un rapport du 15 janvier 2016 du Dr K.\_\_\_\_\_, rédigé en ces termes :

« Le patient susnommé présente un status après double micro-discectomies L4-L5 pour syndrome radiculaire irritatif L4-L5 droit en 2007 puis en 2010. Ces deux interventions successives ont été effectuées dans le service de neurochirurgie du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ et n'ont pas eu le résultat escompté.

Depuis la deuxième intervention, le patient présente des lombalgies invalidantes avec douleur diffuse et globale aux membres inférieurs, dysesthésies sous forme de brûlures, de fourmillements, et de sensation de compression bilatérale. Tant bien que mal, il est maintenu à flot grâce à un traitement de Targin 20/10 2x1cp/j ainsi que d'Oxynorm en prescription de 3x0.5mg sous forme de soluté buvable par jour. Le traitement est complété par du Cipralex 10mg, Esomep 40mg 1x/j et Sirdalud 6mg le soir.

Une IRM effectuée à fin 2012 a montré une discrète péjoration de la protrusion herniaire L4-L5 avec un conflit bi-récessal des racines L5 à gauche.

Durant le mois de septembre 2015, le patient a été montré au Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste de la consultation d'antalgie à l'Hôpital de [...], qui a procédé à une injection épidurale lombaire d'anesthésiques locaux et de corticoïdes sous contrôle radioscopique, la première de ces injections ayant eu lieu le 05 octobre dernier. Cette injection a été suivie d'un effet antalgique efficace pendant 4 semaines environ. Depuis, la situation n'a cessé de s'aggraver raison pour laquelle on a procédé à une nouvelle IRM lombaire en date du 25.11.2015. Cet examen a montré une nette péjoration d'une hernie médiane et paramédiane ainsi que récessale bilatérale en L5-S1 associée à un fragment herniaire luxé postérieurement. Il existe un conflit avec les racines S1 des deux côtés au niveau de leur émergence ainsi qu'avec la racine S2 gauche encore dans sa portion intradurale. Par ailleurs, présence d'une hernie médiane paramédiane récessale bilatérale en L4-L5 qui est inchangée par rapport au comparatif avec conflit probable des racines L5 des deux côtés au niveau de leur émergence.

Cliniquement, Monsieur L.\_\_\_\_\_ présente une boiterie très significative du côté gauche, il a beaucoup de peine à se déplacer, marche lentement en se tenant aux murs quand c'est possible. La force musculaire est nettement diminuée dans les extenseurs et des fléchisseurs de la jambe gauche en particulier. Du côté droit, la situation est toutefois un peu meilleure. La cicatrice lombaire est sans particularité. La musculature para-vertébrale est tendue, toute la région du bassin et du dos au niveau lombaire est décrite comme douloureuse avec des contractures para-vertébrales très marquées. Les réflexes tendineuses (sic) sont inévoables tant au niveau

achilléen qu'au niveau rotulien. Les cutanés plantaires sont indifférents des deux côtés, la sensibilité à la douleur est fortement diminuée dans la partie latérale de la jambe gauche mais également dans la partie latérale de la jambe droite correspondant aux dermatomes de L5.

Les neurochirurgiens interrogés ne peuvent pour l'instant se prononcer sur l'opérabilité de ce patient en raison des deux micro-discectomies effectuées précédemment et des adhérences consécutives.

De toute évidence, on se trouve dans une histoire de « Failed Back Surgery Syndrom » nettement aggravé par rapport à ce que l'on pouvait trouver en décembre 2012 avec la présente de hernies discales médianes et paramédianes récessales bilatérales en L5-S1 ainsi que des hernies médianes paramédianes récessales bilatérales L4-L5 inchangées par rapport au comparatif précédent avec un conflit probable L4-L5 des deux côtés au niveau de leur émergence.

L'opérabilité étant douteuse et probablement grevée de complications sévères, on se trouve confronté avec la nécessité de devoir lutter de manière soutenue contre la douleur par des opioïdes majeurs à la dose maximum, ce qui a pour conséquence la survenue de troubles cognitifs progressifs, marqués par un défaut d'attention et des risques aggravés de chute.

Dans ces circonstances, il est clair que le patient est incapable de prendre le volant, incapable également d'avoir une quelconque activité lucrative.

Dès lors, une rente AI complète devrait lui être reconnue. ».

Dans sa duplique du 23 février 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions et a produit un avis du 22 février 2016 du Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR, indiquant notamment ce qui suit :

« (...)

4/ suite à la décision de refus du 21.07.15, un recours fait suite : l'intéressé produit un RM daté du 15.01.16 du Dr K. \_\_\_\_\_, médecin généraliste (cf. GED n°204 du 02.02.16) ; le Dr K. \_\_\_\_\_ l'intitule rapport d'expertise alors que sa structure même sur 1 page et demi ne valide pas les critères probant des expertises habituelles. Le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> paragraphes n'apportent pas plus d'informations que précédemment (cf ci-dessus). Le 3<sup>ème</sup> fait état d'une IRM en 2012, alors que la dernière date du 10.03.14 : cf. 3 ci-dessus. Dans le 4<sup>ème</sup>, il est fait état d'une nouvelle IRM lombaire, le 25.11.15, qui montrerait une péjoration : conflit avec les racines S1 ddc au niveau de leur émergence, les racines S2 G [gauches], conflit probable des racines L5 ddc du fait d'une hernie en L4-L5. Il existerait une boiterie du côté G, avec FM [force motrice] diminuée à G, réflexes achilléens et rotuliens inévocables, et perte de sensibilité correspondant aux dermatomes de L5. Notre confrère s'appuie sur un «Failed Back Surgery Syndrom» dans un contexte de conflits pluriétagés, dont l'opérabilité est douteuse. Il met en avant essentiellement la douleur

traitée, par opioïdes avec troubles cognitifs progressifs, défaut d'attention et des risques de chute. Il ajoute une inaptitude à la conduite. Vous demandez de prendre connaissance de ce document et de vous faire part de notre appréciation à son sujet.

*Notre position :* cette nouvelle IRM à 20 mois de la précédente montrerait indubitablement une aggravation (mais cela est nouveau), dont l'étendue nous étonne quand même en si peu de temps, mais nous ne disposons pas du cliché et du compte rendu, et curieusement aucun[e] ENMG n'aurait été pratiqué[e] depuis malgré les atteintes cliniques rapportées maintenant. Selon vos questions du mandat, nous pouvons toujours admettre une CTAA de 50% depuis d'octobre 2010, y compris la position du projet de décision du 11.03.15 et du 21.07.15, qui mérite d'être maintenue, faute de preuve objective, de l'IRM lombaire du 10.03.14, et de l'absence d'ENMG à cette époque. Par contre, la date de l'IRM du 25.11.15, tout comme l'inaptitude à la conduite, et de signes cliniques objectifs traduiraient bien une aggravation, sous réserve de voir le compte rendu radiologique, de pratiquer un[e] ENMG, et une expertise neurologique avec le Dr [...].

*Synthèse :* dans le cadre de cette nouvelle demande du 24.07.14 postérieure à la décision de 2010, la situation était identique au point 1, date à laquelle la décision du 12.12.13 entrait en force à un mois. A partir du 25.11.15, nous pouvons fixer une aggravation documentée. Mais nous recommandons dans ce nouveau contexte une expertise neurologique avec le Dr [...] avec ENMG + les clichés des IRM successives. Nb : inaptitude conduite à signaler au SAN [Service cantonal des automobiles et de la navigation]. ».

Sur cette base, l'intimé s'est déterminé ainsi :

« Dans ces circonstances, le service dont il s'agit [réd. le SMR] affirme que la capacité de travail de 50% depuis octobre 2010 consacrée dans la décision litigieuse, laquelle remonte, pour mémoire, à juillet 2015, mérite d'être maintenue, à défaut d'une preuve objective, de l'IRM lombaire effectuée en mars 2014 et d'un[e] ENMG à cette époque ainsi qu'en novembre 2015 au moment de la dernière IRM. Quoi qu'il en soit, si une péjoration de l'état de santé de la partie recourante devait être admise, elle ne pourrait être fixée qu'au 25 novembre 2015, date à laquelle elle serait documentée, et, de ce fait, elle n'aurait pas à être traitée dans la présente procédure dans la mesure où elle serait postérieure à l'acte querellé. ».

Le 8 mars 2016, le recourant a requis de l'intimé qu'il explicite la teneur de ses déterminations.

Par écriture du 14 avril 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions et a exposé ce qui suit :

« Le Service médical régional (SMR) relève que l'IRM du 25 novembre 2015 tout comme l'inaptitude à la conduite feraient état

d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Toutefois, celle-ci mériterait d'être confirmée notamment par le compte-rendu radiologique et une électroneuromyographie (ENMG). Dans tous les cas, si une péjoration de l'atteinte somatique devait être reconnue, à l'aide des moyens précités, elle ne pourrait remonter au plus tôt qu'à la date de l'IRM, soit au 25 novembre 2015, rappelons-le, quatre mois après l'établissement de la décision litigieuse. La présente procédure ne pourrait dès lors être concernée par cet état de fait. ».

Dans ses déterminations du 22 avril 2016, le recourant a expliqué avoir ressenti de nettes péjorations de ses douleurs à l'été 2014 déjà et non en novembre 2015, raison pour laquelle il avait demandé le réexamen de sa rente en juillet 2014. Il a requis la mise en œuvre d'une ENMG dès lors que l'aggravation de son état de santé ne pouvait être admise qu'au moyen d'un tel examen, relevant que la problématique de la date de l'aggravation pourrait vraisemblablement être éclaircie sur cette base, cas échéant par un expert.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 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) et prévoit la compétence de

la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

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

**b)** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1 ; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4).

**c)** S'inscrivant dans le cadre d'une demande de révision présentée par le recourant le 23 juillet 2014, le litige porte en l'occurrence sur le refus de l'intimé d'augmenter le trois quarts de rente dont l'intéressé bénéficie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 selon décision du 7 juin 2013, au motif que son état de santé ne s'est pas aggravé au regard de la situation qui prévalait à l'époque de cette décision.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA).

**c)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 627/04 du 23 mai 2005 consid. 1.2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une

comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

En vertu de l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29<sup>bis</sup> RAI est toutefois applicable par analogie.

S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88<sup>bis</sup> al. 1 let. a RAI précise que l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée.

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - 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 les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et

rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 exprimées par 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 médicales soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 ; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Cela ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré,

afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

**c)** Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**5.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la demande de révision présentée par le recourant, rejetant celle-ci après avoir recueilli les avis des différents médecins concernés. Il y a donc lieu d'examiner si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'intéressé est réellement intervenue en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 7 juin 2013, entrée en force, et les circonstances régnant à l'époque de la décision du 21 juillet 2015, objet du présent recours.

**a)** À l'occasion de la décision rendue le 7 juin 2013, le recourant avait notamment été examiné par les Dresses G.\_\_\_\_\_ et

R.\_\_\_\_\_, qui, dans leur rapport d'expertise du 7 janvier 2013, avaient retenu le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de syndrome lombo-sciatalgique à bascule récidivant sans déficit clinique radiculaire évolutif manifeste sur spondylodiscarthrose lombaire L4-L5 et L5-S1 ainsi que sur status après micro-dissectomies L4-L5 droite en 2007 et L5-S1 droite en 2010. Elles avaient conclu à une incapacité de travail totale de l'intéressé dans son activité habituelle de soudeur depuis novembre 2007 et à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès octobre 2010, décrivant une activité légère évitant les charges répétitives de plus de 5 kg, semi-sédentaire principalement assise, avec alternance de position possible.

En ce qui concerne l'état de santé du recourant lors de la décision entreprise, le Dr K.\_\_\_\_\_, dans ses rapports des 3 juillet et 21 août 2014, a exposé en substance que depuis l'octroi de la rente, la situation de son patient n'avait fait que s'aggraver, les douleurs étant quasi permanentes. Il indiquait que l'IRM lombaire du 10 mars 2014 montrait un examen assez proche de celui effectué le 25 janvier 2010 avec une discopathie L4-L5 et L5-S1, précisant qu'en L4-L5 il y avait un minime antéro-listhésis déjà ébauché en 2010 et qu'il existait radiologiquement des nets signes de compression radiculaire en L4-L5 en relation avec une sténose latérale dégénérative. Il a également relevé que la spondylarthrose avec hypertrophie des ligaments jaunes en L4-L5 était plus nette à droite qu'à gauche et que la séquence myélographie montrait de nouveau de nets signes d'empreinte latérale sur le sac dural en L4-L5 avec refoulement et amputation en tromblon des deux gaines radiculaires L5. Il notait aussi qu'en L5-S1, les deux gaines radiculaires S1 étaient bien visibles alors qu'à l'époque celle de droite ne l'était pas. Il a posé les diagnostics de failed back surgery syndrom, de status après deux opérations au Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_, de status après opération de hernie discale L4-L5 droite en 2007, de status après réopération dans le service de neurochirurgie du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ en mars 2010 pour reprise d'hémilaminectomie L4-L5 droite et hémilaminectomie L5-S1 droite. Ce praticien a considéré que l'intéressé était totalement incapable de travailler tant dans son activité habituelle que dans une activité

adaptée à ses limitations fonctionnelles à la marche, précisant qu'il présentait beaucoup de fourmillements dans les bras, dans les jambes avec des douleurs électrisantes et beaucoup de crampes jusqu'aux pieds, ces dernières prédominant du côté droit, et qu'objectivement, il boitait fortement sur sa jambe gauche, avait de la peine à se déplacer et se déplaçait lentement d'une façon générale, même s'il n'était pas observé.

Dans son rapport du 15 janvier 2016, le Dr K. \_\_\_\_\_ a expliqué que le recourant avait bénéficié d'une injection épidurale lombaire d'anesthésiques locaux et de corticoïdes le 5 octobre 2015, suivie d'un effet antalgique efficace pendant 4 semaines environ, mais que depuis, la situation n'avait cessé de s'aggraver, raison pour laquelle une nouvelle IRM lombaire avait été réalisée le 25 novembre 2015. Il exposait que cet examen avait montré une nette péjoration d'une hernie médiane et paramédiane ainsi que récessale bilatérale en L5-S1 associée à un fragment herniaire luxé postérieurement. Il a relevé que l'intéressé présentait une boiterie très significative du côté gauche et que la force musculaire était nettement diminuée. Il en a conclu que l'on se trouvait dans « dans une histoire de « Failed Back Surgery Syndrom » nettement aggravé par rapport à ce que l'on pouvait trouver en décembre 2012 avec la présence de hernies discales médianes et paramédianes récessales bilatérales en L5-S1 ainsi que des hernies médianes paramédianes récessales bilatérales L4-L5 inchangées par rapport au comparatif précédent avec un conflit probable L4-L5 des deux côtés au niveau de leur émergence ». Il précisait encore que l'opérabilité étant douteuse et probablement grevée de complications sévères, il fallait lutter de manière soutenue contre la douleur par des opioïdes majeurs à la dose maximum, ce qui avait pour conséquence la survenue de troubles cognitifs progressifs, marqués par un défaut d'attention et des risques aggravés de chute.

**b)** L'intimé, se fondant sur l'appréciation de son SMR, conteste toute aggravation de l'état de santé du recourant entre la décision du 7 juin 2013 et la décision litigieuse du 21 juillet 2015, considérant que les

conclusions du rapport d'expertise du 7 janvier 2013 demeuraient pleinement valables.

Dans son avis du 10 octobre 2014, ce service indiquait que le rapport d'expertise précité revêtait une pleine valeur probante, que les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_ n'apparaissaient ni plausibles ni convaincantes au regard de son statut de médecin traitant, que le rapport d'un médecin traitant avait une force probante inférieure à celle d'une expertise et que l'incapacité de gain n'était pas objectivement insurmontable. Le SMR a précisé sa position dans son avis du 24 juin 2015 en indiquant que les douleurs du recourant relevaient de critères subjectifs et ne devaient pas être retenues, que le Dr K. \_\_\_\_\_ faisait preuve d'empathie envers son patient et que l'intéressé n'avait pas montré de motivation pour reprendre une activité quelconque à l'époque de l'expertise. Selon ce service, il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé du recourant dès lors que l'IRM lombaire du 10 mars 2014 montrait un examen assez proche de celui effectué le 25 janvier 2010, que l'on se trouvait « juste » en présence d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 et d'un minime antérolisthésis déjà ébauché en 2010, que la volumineuse hernie discale L5-S1 à droite n'existait plus après la 2<sup>e</sup> IRM, que la spondylarthrose avec hypertrophie des ligaments jaunes n'était pas constitutive d'une atteinte clinique car la force motrice brute était sans particularité et le Dr K. \_\_\_\_\_ n'avait pas jugé utile de réaliser une ENMG, qu'en L5-S1 on notait que les deux gaines radiculaires S1 étaient bien visibles alors qu'à l'époque celle de droite ne l'était pas et qu'il existait radiologiquement des nets signes de compression radiculaire mais une image radiologique n'était pas constitutive systématiquement en retour d'une atteinte clinique obligatoire. Dans son avis du 22 février 2016, le SMR a toutefois relevé que l'IRM du 25 novembre 2015 montrait indubitablement une aggravation, mais seulement à partir de la date de cet examen, et recommandait dans ce contexte la mise en œuvre d'une expertise neurologique avec une ENMG et un examen des IRM successives.

c) En l'occurrence, il ne suffit pas pour le SMR d'affirmer que les douleurs sont subjectives, que le recourant n'avait pas montré de motivation pour reprendre une activité lors de l'expertise du 7 janvier 2013 et que l'avis du médecin traitant a une valeur probante inférieure à cette expertise pour retenir qu'il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé de l'intéressé. L'appréciation selon laquelle les douleurs sont subjectives et donc non prises en compte est une considération générale qui n'est pas explicitée et les médecins du SMR n'ont pas examiné personnellement le recourant depuis la dernière décision entrée en force. Quant au manque de motivation pour reprendre une activité, si les experts en avaient fait état en janvier 2013, rien ne permet d'admettre que tel serait toujours le cas et on cerne mal en quoi cet élément justifierait d'exclure une aggravation de l'état physique de l'intéressé. S'agissant du fait que le Dr K. \_\_\_\_\_ est le médecin traitant du recourant et serait à ce titre plus enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, cet argument ne permet pas d'écarter d'emblée ses constatations sans les prendre en considération (*cf. supra* consid. 4b).

En outre, dans son avis du 24 juin 2015, le SMR ne discute que partiellement les facteurs d'aggravation de l'état de santé du recourant dont le Dr K. \_\_\_\_\_ fait état, soit en particulier que la spondylarthrose avec hypertrophie des ligaments jaunes en L4-L5 était plus nette à droite qu'à gauche, que la séquence myélographie montrait de nouveau de nets signes d'empreinte latérale sur le sac dural en L4-L5 avec refoulement et amputation en tromblon des deux gaines radiculaires L5, qu'en L5-S1 les deux gaines radiculaires S1 étaient bien visibles alors qu'à l'époque celle de droite ne l'était pas et qu'il existait radiologiquement des nets signes de compression radiculaire en L4-L5 en relation avec une sténose latérale dégénérative. Ce service considère que la spondylarthrose avec hypertrophie des ligaments jaunes n'est pas constitutive d'une atteinte clinique car la force motrice brute est sans particularité et le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas jugé utile de réaliser une ENMG. S'agissant des nets signes radiologiques de compression radiculaire en L4-L5, il indique qu'« une image radiologique n'est pas constitutive systématiquement en retour d'une atteinte clinique obligatoire ». Ces explications peu précises sont

insuffisamment développées et n'apparaissent pas convaincantes. Par ailleurs, le SMR ne se prononce pas sur le fait que la séquence myélographie montrait de nouveau de nets signes d'empreinte latérale sur le sac dural en L4-L5 avec refoulement et amputation en tromblon des deux gaines radiculaires L5 et qu'en L5-S1 les deux gaines radiculaires S1 étaient bien visibles alors qu'à l'époque celle de droite ne l'était pas. Il ne discute par ailleurs pas le diagnostic de failed back surgery syndrom posé par le Dr K.\_\_\_\_\_, alors que ce diagnostic n'avait pas été retenu à l'époque de la décision du 7 juin 2013.

Dans cette mesure, les avis du SMR des 10 octobre 2014 et 24 juin 2015 ne sont pas convaincants et ne permettent pas d'établir au degré de vraisemblance requis l'absence de péjoration des atteintes dont souffre le recourant.

Dans son dernier avis, le SMR admet finalement une aggravation de l'état de santé de l'intéressé, mais uniquement à partir de la date de l'IRM du 25 novembre 2015. A cet égard, il y a lieu de relever que l'on ne saurait considérer d'emblée que l'aggravation constatée dans cette IRM ne peut être retenue uniquement à la date de cet examen et au vu des éléments relatés par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 3 juillet et 21 août 2014, cette aggravation paraît vraisemblablement antérieure à la décision entreprise.

On constate surtout que pour admettre une éventuelle aggravation, le SMR recommande expressément la mise en œuvre d'une expertise neurologique avec une ENMG et un examen des IRM successives. Ces mesures paraissent ainsi indispensables pour trancher la question litigieuse, de sorte que l'instruction apparaît lacunaire et doit être complétée en ce sens. Dès lors que ces questions n'ont jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de

mettre en œuvre une expertise neurologique, une électroneuromyographie et un examen des comptes rendus radiologiques successifs afin d'établir une éventuelle péjoration de l'état de santé du recourant, ce qui permettra cas échéant de fixer la date précise de l'aggravation de ses atteintes. Cela fait, il lui incombera de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de l'intéressé.

**6. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 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 mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être arrêté à 2'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**d)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (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). Le défenseur d'office a droit au

remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'occurrence, le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 21 juillet 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à L. \_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Philippe Chaulmontet (pour L. \_\_\_\_\_)
- 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).

Le greffier :