

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juin 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

W._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Charles-Henri de Luze, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 8 al. 1 et 17 LPGA ; 28 al. 2 LAI ; 29 al. 2 Cst

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, travaillait comme agent de distribution et manutentionnaire chez F._____SA à temps complet. Le 23 octobre 2012, son employeur a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) indiquant que l'incapacité de travail de 100% avait débuté le 24 juillet 2012. L'assuré exerçait également une activité accessoire de conciergerie pour deux immeubles à Lausanne.

En décembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office précité, dans laquelle il précisait être suivi par son médecin traitant, le Dr U._____, pour une hernie discale.

Le 3 décembre 2012, le Dr Z._____ et la Dresse N._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier X_____ (ci-après : le Centre hospitalier X_____), ont écrit un rapport qui se termine comme suit :

« Le patient, déjà connu pour lombalgies chroniques, a présenté courant juillet 2012 une lombosciatalgie S1 gauche qui a disparu après infiltration. Depuis le mois d'août 2012, il présente une sciatalgie droite dans le dermatome L5. Le patient n'a pas noté d'amélioration significative après un traitement antalgique de palier I et est à l'arrêt de travail depuis le mois de juillet 2012. L'examen clinique de ce jour ne montre pas de déficits, hormis des réflexes rotuliens et achilléen gauche abolis. L'IRM lombaire réalisée il y a dix jours montre uniquement des signes de dégénérescence pluri-étagé et une prutrusion (sic) discale L4/L5 droite, sans une véritable hernie discale. Dans ce contexte, nous ne proposons pas de prise en charge neurochirurgicale, mais nous conseillons au patient d'essayer avec une nouvelle infiltration, vu la bonne réponse montrée au mois de juillet dernier. Etant donné l'attente relativement longue pour ce traitement actuellement dans notre établissement (supérieure à deux mois), nous vous proposons de reprendre contact avec le médecin qui avait réalisé la première infiltration courant juillet 2012 à la Clinique La Source. Nous ne préconisons pas [de] revoir le patient à notre consultation d'office, mais restons à disposition en cas de nécessité. »

Dans un rapport du 22 janvier 2013, le Dr U._____ a posé le diagnostic de lombosciatique à bascule existant depuis juillet 2012.

L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité sans port de charges.

Le Dr U._____ a écrit le 22 février 2013 à l'OAI, indiquant que l'évolution était à ce jour stabilisée avec un état algique chronique exacerbé dans certaines positions, que la lombalgie était isolée, qu'il n'y avait plus d'irradiation au membre inférieur mais que le moindre effort de port de charges provoquait des algies lombaires obligeant d'arrêter immédiatement l'effort et qu'il n'y avait aucune amélioration depuis son précédent rapport du 22 janvier 2013.

Dans un rapport du 13 mai 2013 au médecin-conseil de l'assureur perte de gain, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, a écrit ce qui suit :

« C'est dans un contexte de troubles dégénératifs s'étant manifesté depuis 2008 déjà, que Monsieur W._____ présente une décompensation aiguë suite à la manipulation de journaux à distribuer vers la fin juillet 2012, qu'il consulte son médecin traitant le 25 juillet 2012. Il est en arrêt de travail depuis lors. Après consultation au Centre hospitalier X_____, la décision d'un traitement non chirurgical a été prise ; il a bénéficié, à ce jour, de 3 infiltrations, dont la dernière pratiquée à la Source le 30 avril 2013. Selon le patient, ces infiltrations ont apporté un soulagement évident, mais qui n'excède pas 3 semaines.

Après l'avoir écouté, examiner et pris contact avec son médecin traitant, je considère que :

- La capacité professionnelle de Monsieur W._____ ne peut être considérée comme nulle, compte tenu du fait qu'il devrait pouvoir travailler dans un secteur professionnel lui permettant d'alterner les positions assise et debout en lui évitant la manipulation de charges excédant 10 à 12 kg.

J'ai communiqué ces dispositions au Docteur U._____ ; ce dernier conteste la limite de 10 à 12 kg, limitant la manipulation de charge à 3 kg. »

Le 10 octobre 2013, le Dr U._____ a réagi à un courrier du 4 octobre 2013 de l'assurance perte de gain de l'assuré dans lequel il était mentionné que les conclusions du Dr J._____ n'avaient jamais été contestées, en précisant que la situation n'avait pas évolué et qu'il considérait que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait tout simplement pas de travailler.

Le 26 février 2014, le Prof. C._____, spécialiste en rhumatologie, a écrit à l'assurance perte de gain qu'il avait été amené à examiner l'assuré le 5 février 2014 et que ses conclusions sur le plan diagnostique étaient qu'il souffrait d'un état douloureux pratiquement permanent de la région dorso-lombaire. Ce spécialiste a également mentionné avoir mis en évidence la présence d'une hyperostose de Forestier, évidente sur le plan clinique et radiologique. De ce fait, le Prof. C._____ pensait que l'appréciation du Dr U._____ quant à l'incapacité de travail pouvait être maintenue notamment en ce qui concernait les mouvements comprenant des rotations du tronc (balayage, travaux le tronc penché en avant...), le port de charges ne devant pas dépasser 7 kilos.

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2014, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au sein du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), a indiqué que l'atteinte principale à la santé consistait en des lombalgies chroniques dans le contexte d'une maladie de Forestier. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais totale dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 7 kg, pas de mouvement de rotation répétée du tronc et pas d'activité en porte-à-faux du rachis lombaire. Pour le surplus, ce rapport a la teneur suivante (sic) :

« Il s'agit de la première demande datée du 31.12.2012 d'un assuré de 58 ans, marié, au bénéfice d'un CFC de maçon. Depuis janvier 2012 il travaille comme en tant qu'agent de distribution et manutentionnaire chez F._____SA. Depuis le 24.07.2012 il est en AT total pour des lombosciatalgies.

La demande est appuyée par le Dr U._____ MT. Dans son RM du 22.01.2013 ce médecin retient des lombosciatalgies à bascule depuis juillet 2012. Dans la lettre de consultation des Drs Z._____ et N._____ du service de neurochirurgie du Centre hospitalier X_____ l'origine des troubles est une protrusion discale L4-L5 et des troubles dégénératifs diffus de la colonne lombaire (IRM lombaire de novembre 2012). En l'absence de hernie discale ou de signe déficitaire à l'examen clinique, les chirurgiens ne retiennent pas d'indication opératoire.

Dans son courrier du 22.02.2013 le Dr U._____ mentionne que les sciatalgies ont disparu. Persistent uniquement les lombalgies exacerbés par le moindre effort.

Dans son rapport du 05.02.2014 le Pr C._____ rhumatologue écarte une atteinte inflammatoire notamment une pelvi-spondylite. Ce spécialiste retenir en plus des atteintes dégénératives décrites à l'IRM lombaires, une hyperostose vertébrale (maladie de Forestier). L'examen neurologique des MI est normal. A noter des éléments évocateurs selon le Pr C._____ d'une surcharge fonctionnelle (crampes ; dysesthésies de la région lombaire).

Cet assuré souffre de lombalgies chroniques mécaniques dans le cadre d'une maladie de Forestier, d'une discopathie L4-L5 et de troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire.

Tant le Dr U._____ que le Pr C._____ propose des LF d'épargne du rachis lombaires qui rendent l'activité actuelle plus adaptée. Le Pr C._____ mentionne qu'il est possible pour l'assuré de trouver une activité adaptée mais ne se prononce pas sur le taux.

Nous avons discuté du cas à l'interne avec le Dr T._____ rhumatologue au SMR. Le bilan radiologique montre des lésions de faible gravité (dégénérescence discale L4-L5 sans hernie discale ; pas de signe de compression radiculaire) et l'absence d'arthropathie inflammatoire du rachis et des articulations sacro-iliaques. Sur le plan clinique le Pr C._____ confirme la bonne mobilité lombaire et soutient une réorientation professionnelle par l'AI.

Au vu de ces éléments nous concluons à une CT nulle dans l'activité habituelle et totale avec respect des LF d'épargne du dos, dans une activité adaptée. »

Par communication du 21 juillet 2014, l'OAI a informé l'assuré que les conditions du droit à l'orientation professionnelle étaient remplies.

Le 23 septembre 2014, l'assureur perte de gain a adressé diverses pièces à l'OAI dont une lettre du 28 mai 2014 du Dr U._____ au conseil de l'assuré libellée comme suit :

« Je réponds à votre courrier du 16 mai dernier où vous m'interrogez sur les compte rendus reçus de General (sic) concernant M^r W._____, mon patient.

Sur le premier point, l'ensemble des éléments que vous me soumettez ne modifie pas l'avis exprimé dans mon compte rendu du 14 avril dernier. Pour le préciser et répondre à la question de l'incapacité actuelle de 100%, je note que malgré ses tentatives, M^r W._____ n'est pas en mesure de travailler et ce avec la moindre charge. Explicitement cela veut dire qu'un travail assis, avec rotation, ou debout sans rotation, n'est actuellement pas envisageable. En effet, la rotation en position assise peut être tenue 1 heure avec une pause d'une demi-heure (en aggravation par rapport à mon estimation pour l'AI de janvier 2013), la station

debout, avec ou sans rotation, ne peut être tenue. Le port de charge est strictement limité à 3 kg (et non plus à 7 kg) le patient n'arrivant pas à tenir une telle contrainte plus de quelques instants, ce qui se vérifie dans les actes du quotidien (port de commissions ou autres) et donc contre-indique les activités de manutention ou même de conciergerie (tondeuse, échelles, port de baquets ou autres objets communs dans ces activités).

Pour le deuxième point, je maintiens actuellement l'incapacité à 100% et ne prévois (sic) pas de reprise dans les 6 prochains mois. »

Le 20 janvier 2015, l'assuré a été soumis à un examen rhumatologique au SMR, pratiqué par le Dr S._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, dont le rapport du 27 janvier 2015 se conclut comme suit :

« **DIAGNOSTICS**

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***
 - LOMBOCRURALGIES À BASCULE ACTUELLEMENT SITUÉES SEULEMENT À G DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS AVEC MALADIE DE FORESTIER. M 54.4.

- ***sans répercussion sur la capacité de travail***
 - DISCRET STATUS VARIQUEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS.
 - DISCRÈTE ARTHROSE NODULAIRE DES DOIGTS. M 19.0
 - TROUBLES STATIQUES MODÉRÉS DES PIEDS AVEC HALLUX VALGUS BILATÉRAL DÉBUTANT.
 - SUSPICION CLINIQUE DE SYNDROME DU TUNNEL CARPIEN D.
 - HYPERTENSION ARTÉRIELLE TRAITÉE.

APPRÉCIATION DU CAS

Depuis l'adolescence, l'assuré a présenté des problèmes rachidiens, puisqu'il a fait, à l'époque, de la gymnastique correctrice pour une scoliose. Cependant, à l'époque, il ne présentait pas de douleurs rachidiennes. L'assuré a cependant développé des douleurs lombaires à l'arrêt du sport, il y a une vingtaine d'années. L'assuré a arrêté les sports, non en raison de ses problèmes rachidiens, mais au vu de son âge.

Par ailleurs, le 24.07.2012, en levant un paquet de journaux pour le déplacer dans un box, l'assuré a été bloqué au niveau lombaire. Suite à ce blocage lombaire, l'assuré a consulté son médecin traitant, qui l'a mis à l'arrêt de travail et lui a prescrit des anti-inflammatoires.

Par la suite, la douleur a irradié à la face postérieure de la cuisse et de la jambe G jusqu'à mi-mollet, avec fourmillements du pied G et

crampes du mollet G. L'assuré a alors consulté un neurologue, qui a fait un électromyogramme et qui aurait constaté qu'un de ses pieds était plus froid que l'autre.

On lui a également fait une IRM lombaire, puis une infiltration lombaire. Suite à cette infiltration, l'assuré a noté la disparition des lombosciatalgies G pendant 5 mois. Par la suite, les douleurs lombaires sont réapparues et des douleurs sciatalgiques du membre inférieur D, de même trajet qu'à G, sont apparues. L'assuré a eu alors une 2^{ème} infiltration lombaire qui l'a aidé pendant 2 mois. Il a eu également une 3^{ème} infiltration lombaire qui l'a aidé un certain temps. Par contre, l'assuré n'a pas eu du tout de physiothérapie à sec, en piscine, d'acupuncture ou d'ostéopathie.

Depuis 3 mois, l'assuré a constaté à nouveau des douleurs de la région lombaire et de la face postérieure de la cuisse G irradiant jusqu'à mi-cuisse G.

Il y a une quinzaine de jours, l'assuré a présenté des lâchages du genou D pendant 2-3 jours, mais ces lâchages ont depuis lors disparu. Ces lâchages ne s'accompagnaient pas de gonalgies ou de douleurs du membre inférieur D. L'assuré ne présente toujours pas de gonalgies ou de douleurs du membre inférieur D. Il présente par contre des craquements des 2 genoux, lorsqu'il s'accroupit.

Actuellement, l'assuré se plaint toujours de lombalgies et de douleurs de la cuisse G. Il n'a pas de douleurs ailleurs, notamment cervicales, mais il se plaint d'une certaine raideur de la nuque. Les lombocruralgies G augmentent à la toux, à l'éternuement et à la défécation. La position assise serait limitée à 30 minutes, la position debout immobile à 10-15 minutes par les lombocruralgies G. Le périmètre de marche serait limité à 20 minutes par les lombocruralgies G. L'assuré signale des réveils nocturnes posturo-dépendants toutes les heures par les douleurs. Il présente un dérouillage matinal de 15-20 minutes. L'assuré signale parfois des fourmillements du pied G. L'assuré n'a donc plus de lâchages des membres inférieurs.

Dans les antécédents personnels, notons en 1970 une méningite d'origine sinusienne, en 1985, une opération pour hernie abdominale et, en 2000, une opération pour hernie hiatale. L'assuré est par ailleurs connu depuis 3 ans pour une hypertension artérielle traitée par Micardis®.

Jusqu'à il y a 3 mois, l'assuré fumait 1 paquet de cigarettes/jour. Il y a 3 mois, il a arrêté toute consommation de tabac pour recommencer il y a 15 jours une consommation de 3 cigarettes/jour. L'assuré ne boit pas d'alcool pendant la semaine. Tous les 2 week-ends, il boit en moyenne 2 bouteilles de vin blanc par week-end.

A l'anamnèse systématique, relevons des palpitations, des régurgitations acides et des brûlures d'estomac.

Au status actuel, on note un assuré en bon état général, normocarde, présentant un poids normal. L'auscultation cardiaque est normale. L'auscultation pulmonaire relève des ronchis à la base pulmonaire G, probablement dans le cadre d'une bronchopneumopathie chronique obstructive. L'assuré présente un discret status variqueux des membres inférieurs. Les artères périphériques sont toutes palpables, mis à part la pédieuse G. L'abdomen est souple et indolore, sans hépatosplénomégalie ou

masse palpable. L'assuré présente du point de vue cutané, une couperose et une érythroïse du visage, un érythème palmaire bilatéral et des télangiectasies à la face antérieure du thorax.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assuré déambule avec une discrète boiterie d'appui du membre inférieur G. La marche sur la pointe des pieds n'est pas possible en raison de crampes du mollet G. La marche sur les talons est possible. L'accroupissement est complet, il entraîne des gonalgies. Le relèvement se fait cependant, sans aide extérieure. Le reste du status neurologique est sp, si ce n'est une manœuvre de Tinel positive au poignet D, laissant suspecter cliniquement la possibilité d'un syndrome du tunnel carpien D, que le médecin traitant pourrait infirmer ou confirmer par la demande d'un électromyogramme. Les épreuves de Lasègue sont par ailleurs limitées ddc à 60° par un raccourcissement des muscles ischiojambiers.

Au plan rachidien, on note des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais on note un signe de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la rotation du tronc les ceintures bloquées. Il existe également des signes de non organicité selon Kummel. La mobilité cervicale est satisfaisante, mis à part les latéroflexions cervicales, qui sont limitées ddc et qui entraînent également ddc des lombalgies comme l'extension cervicale. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Seule l'abduction active des 2 épaules est limitée à 140°, alors que l'abduction passive n'est pas limitée. L'élévation et l'abduction des 2 épaules entraînent des lombalgies. L'abduction des 2 épaules entraîne également des douleurs des épaules homolatérales. La distance pouce-C7 est augmentée à l'épaule D par rapport à l'épaule G, mais les épreuves de périarthrite scapulo-humérale sont toutes négatives. Il n'y a par ailleurs pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note par ailleurs une discrète arthrose nodulaire des doigts et des troubles statiques modérés des pieds avec hallux valgus bilatéral débutant.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence une maladie de Forestier. Une IRM des sacro-iliaques de janvier 2014 ne met pas en évidence d'atteinte des sacro-iliaques dans le cadre d'une éventuelle maladie de Bechterew. Par contre, cette IRM des sacro-iliaques met en évidence une prise de contraste annulaire et focale de l'angle antérosupérieur de L3, suspecte selon la Dresse X._____, radiologue, d'une spondylarthropathie ankylosante. Cependant, nous n'avons aucun argument pour ce diagnostic et nous l'excluons donc, comme le fait d'ailleurs le Professeur C._____ dans son consilium où il ne retient qu'une maladie de Forestier.

Une IRM lombaire du 27.07.2012 aurait par ailleurs mis en évidence une hernie discale L5-S1 comprimant la racine S1 G. Cependant, une IRM lombaire de novembre 2012 n'aurait plus mis en évidence cette hernie discale, mais une protrusion discale en L4-L5 à D, avec signes radiologiques de rupture de l'anneau fibreux au même niveau et des troubles dégénératifs diffus de la colonne lombaire.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ses diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de manutentionnaire et de distributeur de publicités.

Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Elle est également nulle dans l'activité de maçon. Cette évaluation de la capacité de travail se superpose à celle du Professeur C. _____ et du Dr U. _____.

Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune indication biomécanique à attester une incapacité de travail et la capacité de travail est complète. D'ailleurs, à cet égard, il faut relever que la tolérance à la position assise a été bonne en cours d'entretien.

Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 7 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

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

Depuis le 24.07.2012.

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

Il est resté complet dans l'activité de manutentionnaire et de distributeur de publicités chez F. _____ SA depuis le 24.07.2012.

Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 50% depuis le 07.01.2013 et de 100% dès le 05.02.2014.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 50% DEPUIS LE : 07.01.2013

100% DEPUIS LE : 05.02.2014.

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION. »

Par projet du 18 mars 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à un quart de rente du 1^{er} juillet 2013 au 31 mai 2014. Il estimait que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 50 % dès le 7 janvier 2013 et que cette capacité était totale dès le 5 février 2014 toujours dans une activité adaptée.

Le 16 avril 2015, le Dr U. _____ a notamment écrit ce qui suit au conseil de l'assuré :

« Je note du courrier de l'Al du 18 mars 2015 que vous me faxez, que l'Office estime M^r W._____ apte au travail. Il vous livre, par ailleurs, différents calculs qui sont sans objet pour mon propos médical. Je conteste formellement la conclusion d'aptitude et affirme, que, en tant que médecin traitant de M^r W._____ pour son problème algique depuis le début, et ayant prescrit les différents traitements appliqués, ce dernier n'est pas apte au travail à un taux restant à déterminer plus finement par expertise, il est clair, selon mes examens clinique (sic) réitérés, que la moindre activité, au cours de laquelle la colonne lombaire est mise en tension ou lors du port de la moindre charge, M^r W._____ présente des douleurs invalidantes évidentes du rachis l'obligeant à récupérer plusieurs jours. Il est constamment sous traitement antalgique de niveau 2, et à cette condition il arrive à effectuer les gestes de la vie quotidienne. Ma position écrite ici, est conforme à l'ensemble de mes constatations depuis sa prise en charge, je l'ai d'ailleurs exprimée, comme vous le savez, à l'occasion des différentes consultations d'évaluation ou d'expertise des assurances. De même, l'impression clinique des examens réitérés effectués ces derniers mois, ne laisse guère de doute sur une possibilité de la reprise du travail à moyen ou long terme. »

L'assuré a présenté des objections le 22 juin 2015 et a requis qu'une expertise soit diligentée.

Dans un avis du 30 juin 2015, la Dresse H._____, spécialiste en chirurgie et médecin au sein du SMR, a relevé que le Dr U._____ ne donnait pas de description précise et détaillée du status clinique actuel au plan ostéo-articulaire pouvant justifier une incapacité de travail totale même dans une activité adaptée. Elle a conclu qu'en l'absence d'élément médical nouveau et objectif, il n'y avait aucune raison de s'écarter du rapport d'examen.

Dans un courrier du 6 juillet 2015, l'OAI a indiqué que les conclusions du SMR devaient être suivies et le projet de décision du 18 mars 2015 confirmé.

Le 22 juillet 2015, le conseil de l'assuré a adressé à l'OAI un rapport daté du 14 juillet 2015 du Dr U._____, dans lequel ce dernier affirme de nouveau que l'incapacité de travail de l'assuré est complète dans son activité habituelle et que celui-ci ne peut travailler à 100 % dans un poste assis.

Par décision du 29 octobre 2015, l'OAI a confirmé le projet de décision du 18 mars 2015.

B. Par acte du 1^{er} décembre 2015, W. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant au renvoi de la cause à l'OAI pour la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Il considère en effet que cette mesure est nécessaire, compte tenu des avis contradictoires des différents médecins consultés. Il invoque en outre une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où l'OAI ne lui aurait pas laissé la possibilité de s'exprimer sur les avis médicaux sur lesquels s'est fondé cet office.

L'OAI a répondu le 22 janvier 2016, concluant au rejet.

Par courrier du 18 février 2016, le recourant a indiqué qu'il renonçait à déposer un mémoire complémentaire.

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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

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

En l'espèce, formé en temps utile devant l'autorité compétente selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant de continuer à bénéficier d'une rente d'invalidité entière au-delà du 31 mai 2014, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à compter de cette date.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui

peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

b) Selon la jurisprudence, une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée - comme c'est le cas en l'espèce - correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la

provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Quant aux rapports d'examen réalisés par un SMR, ils peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 avec les références ; cf. TF 9C_275/2014 du 21 août 2014 consid. 3).

5. Au préalable, il y a lieu d'examiner le grief de violation du droit d'être entendu invoqué par le recourant, au motif que l'OAI aurait statué sur sa demande de prestations sans lui avoir donné la possibilité de contester les avis médicaux sur lesquels cet office s'est fondé.

Or il apparaît que le recourant a eu connaissance des éléments du dossier, en particulier du rapport d'expertise du Dr S._____ du 27 janvier 2015, et qu'il a pu ainsi se déterminer sur le projet de décision de l'OAI du 18 mars 2015 en toute connaissance de cause.

Cela étant, même à supposer que le droit d'être entendu du recourant eût été violé par l'autorité administrative, ce vice a été réparé au stade de la présente procédure, le recourant ayant eu tout loisir de s'exprimer devant l'autorité de céans qui jouit d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

6. a) Le recourant reproche à l'OAI d'avoir écarté l'avis médical de son médecin traitant qui conclut à une incapacité de gain totale dans toute activité et de s'être fondé sur les avis médicaux des Drs J._____, C._____, L._____ et S._____ pour retenir une capacité de gain, dans une activité adaptée, de 50% depuis le 7 janvier 2013 et de 100% dès le 5 février 2014 et limiter ainsi dans le temps son droit à une rente d'invalidité.

b) En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'activité habituelle exercée par le recourant n'est plus exigible de sa part. En effet, tant le Dr U._____ (cf. notamment rapport du 22 janvier 2013) que les Drs J._____ (cf. rapport du 13 mai 2013), C._____ (cf. rapport du 26 février 2014), L._____ (cf. rapport du 1^{er} juillet 2014) et S._____ (cf. rapport du 27 janvier 2015) retiennent une capacité de travail nulle dans une telle activité.

S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, seul le Dr U._____, médecin traitant du recourant, estime qu'elle est nulle. Dans un premier temps, en janvier 2013, ce médecin avait estimé la capacité de travail de son patient à 50 % dans une activité adaptée. En octobre 2013, il expliquait que la situation n'avait pas évolué ; pourtant, il retenait une capacité de travail nulle dans toute activité. En avril 2015, le Dr U._____ mentionnait que le recourant n'était pas apte au travail « à

un taux restant à déterminer plus finement par expertise », tout en émettant un pronostic défavorable quant à la possibilité d'une reprise du travail à moyen ou long terme. Ce médecin, dont la position paraît pour le moins contradictoire, n'explique pas les raisons de la modification de son appréciation. Par ailleurs il apparaît qu'à aucun moment, ce médecin n'étaye l'estimation de la capacité de travail de son patient sur des éléments objectifs, encore moins évolutifs. Tout son argumentaire repose en effet sur des éléments anamnestiques, donc subjectifs, et non sur un examen clinique.

En revanche, les autres médecins intervenus admettent tous une capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, le Dr J. _____ indiquait, dans son rapport du 13 mai 2013, que la capacité professionnelle du recourant ne pouvait être considérée comme nulle compte tenu du fait qu'il devait pouvoir travailler dans un secteur professionnel lui permettant d'alterner les positions assises et debout en lui évitant la manipulation de charges excédant 10 à 12 kg. Le Prof. C. _____ mentionnait, dans son rapport du 26 février 2014, que l'appréciation du Dr U. _____ quant à l'incapacité de travail pouvait être maintenue notamment en ce qui concernait les mouvements comprenant des rotations du tronc, le port de charges ne devait pas dépasser 7 kilos, sans toutefois avancer un taux en lien avec la capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport du 1^{er} juillet 2014, le Dr L. _____ concluait à une capacité de travail totale avec respect des limitations fonctionnelles d'épargne du dos, dans une activité adaptée. Quant au Dr S. _____, il confirme, dans son rapport d'expertise du 27 janvier 2015, que le recourant est apte à travailler dans une activité adaptée à 50% à compter du 7 janvier 2013 et à 100% depuis le 5 février 2014. Ce spécialiste a retenu comme diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail des lombocruralgies à bascule situées, au moment de la reddition de son rapport, seulement à gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec maladie de Forestier. Le Dr S. _____ a indiqué quelles étaient les limitations fonctionnelles du recourant, soit la nécessité de pouvoir alterner 2x par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un

poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 7 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et pas d'exposition à des vibrations. Il a précisé que dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y avait aucune indication biomécanique à attester une incapacité de travail et que la capacité de travail était ainsi complète, relevant une bonne tolérance à la position assise lors de l'entretien. Ce spécialiste a procédé à un examen complet du recourant. Par ailleurs, son rapport contient une anamnèse détaillée, dans laquelle sont mentionnés les antécédents et les plaintes du recourant, ainsi que des conclusions claires et motivées. Ce rapport répond donc aux exigences de la jurisprudence, de sorte qu'il convient de lui accorder une pleine valeur probante et qu'il n'y a pas de raison de s'en écarter. En outre, le Dr S._____ fixe l'amélioration de l'état de santé du recourant à la date de l'examen réalisé par le Dr C._____, lequel a retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée, certes sans en préciser le taux, tout en excluant toute atteinte inflammatoire du rachis, telle qu'une pelvi-spondylite.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 5 février 2014, l'état de santé du recourant s'étant amélioré.

7. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

b) Le dossier étant, en l'espèce, complet et permettant à l'autorité de céans de statuer en toute connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction (audition d'un témoin et mise en œuvre d'une expertise) requises par le recourant.

8. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI) ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant est néanmoins rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RA) [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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

d) Me Charles-Henri de Luze, conseil d'office du recourant, a produit une liste d'opérations chiffrant à 6.1 le nombre d'heures de travail. Cette quotité paraît tout à fait correcte et peut donc être confirmée. En

revanche, il ne sera pas tenu compte du montant de 20 fr. (2 x 10 fr.) concernant les « frais généraux ».

Partant, pour la période du 1^{er} décembre 2015 au 31 décembre 2017, l'indemnité de Me de Luze doit être fixée à 684 fr. (3h48 x 180 fr.), montant auquel s'ajoutent les débours par 12 fr. 30, ainsi que la TVA de 8 % par 55 fr. 70, soit un total de 752 francs.

Pour la période du 1^{er} janvier au 1^{er} juin 2018, l'indemnité est fixée à 414 fr. (2h18 x 180 fr.), somme à laquelle s'additionnent les débours par 3 fr. ainsi que la TVA de 7.7 % par 32 fr. 10, soit 449 fr. 10.

L'indemnité totale est donc arrêtée à 1'201 fr. 10 (752 fr. + 449 fr. 10).

Cette rémunération est provisoirement assumée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC).

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

- I. Le recours déposé le 1^{er} décembre 2015 par W._____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 29 octobre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Charles-Henri de Luze, conseil de W._____, est arrêtée à 1'201 fr. 10 (mille deux cent un francs et dix centimes), débours et TVA compris.
- V.** W._____, bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans le mesure de l'art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** 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 :

- Me Charles-Henri de Luze (pour W._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :