

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 2 février 2016

Composition : Mme THALMANN, présidente

Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Gutmann, assesseur

Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

N._____, à [...], demandeur, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE R._____, à [...], défenderesse, représentée par Me Jacques-André
Schneider, avocat à Genève.

Art. 23, 26, 41 et 73 LPP.

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : le demandeur), né en 1953, a travaillé en qualité de menuisier dans l'entreprise K. _____ SA du 5 juin 1990 au 30 septembre 1999. A ce titre, il était affilié pour la prévoyance professionnelle auprès de la Caisse [...] (ci-après : la Caisse R. _____, la Caisse ou la défenderesse). Dans le cadre de son activité, il effectuait un horaire de travail, réparti sur cinq jours par semaine, de 8 heures et 75 minutes par jour, respectivement de 8 heures le vendredi, moyennant un salaire horaire de 24 fr. 85 depuis 1997 auquel s'ajoutaient 8,33% pour le treizième salaire et 8,5% pour les vacances. Le demandeur n'a plus travaillé après le 17 septembre 1997, bénéficiant dès lors d'indemnités journalières de l'assureur perte de gain J. _____ jusqu'au 9 septembre 1999.

B. Le 11 mai 1998, N. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente. Il indiquait avoir arrêté de travailler depuis le 18 septembre 1997, en raison d'une hernie discale.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a conséquemment procédé à l'instruction de cette requête.

D'un rapport du 28 août 1997 établi par les Drs A. _____ et Y. _____, radiologues, il est notamment ressorti ce qui suit :

"CONCLUSION :

Scoliose dorso-lombaire et spondylarthrose lombaire. Diamètre du canal rachidien lombaire normal. Discopathie L4 - L5 avec une protrusion discale médiane et foraminale bilatérale sténosante prédominant à gauche, pouvant produire un conflit radiculaire avec la racine L5 gauche.

Discopathie L5 - S1 avec signes d'une hernie discale médiane modérément sténosante prédominant à gauche, produisant un comblement du récessus latéral et de l'origine du canal de conjugaison L5 - S1 à gauche et pouvant produire un conflit radiculaire avec la racine S1 gauche."

Dans un rapport du 15 septembre 1997, le Dr W._____, neurochirurgien, a indiqué notamment ce qui suit :

"APPRECIATION DU CAS

Le tableau clinique et les trouvailles de l'imagerie radiologique expliquent bien la symptomatologie que présente ce patient.

Il n'y a pas cependant pour le moment d'indication pour une intervention neurochirurgicale, étant donné qu'il n'y a pas de déficit moteur.

Nous avons proposé au patient des séances de physiothérapie adaptée avec tonification de la musculature lombaire et pelvienne et la correction des troubles statiques par le port d'un support plantaire.

Nous lui avons prescrit du Voltarène rapide, mais à ne pas prendre à je[u]n."

Le 29 septembre 1997, le Dr P._____, neurologue, a conclu son rapport en ces termes :

"CONCLUSIONS :

Chez ce patient qui présente un syndrome lombosciatalgique gauche essentiellement irritatif, on remarque un petit déficit sensitif de topographie L5 et S1 gauche. A l'examen électrophysiologique, il n'y a pas de signe de dénervation permettant d'objectiver une radiculopathie; les latences de la réponse antidromique H (racine S1) sont symétriques, la réponse est facilement obtainable.

Au stade actuel, je pense que l'on peut encore essayer de poursuivre un traitement conservateur classique."

Intervenant en tant que médecin conseil de l'assureur perte de gain J._____, le Dr Z._____, généraliste, a écrit en particulier ce qui suit dans un rapport du 13 novembre 1997 adressé au Dr W._____ :

"Conclusion : ce menuisier en bonne santé habituelle présente donc un syndrome lombo-vertébral chronique, actuellement sans sciatique, qui me paraît bien amélioré par rapport à l'examen que vous avez effectué au mois d'août dernier. Les plaintes restent cependant très démonstratives et la tentative de reprise de travail ayant échoué il n'est pas possible d'avoir une évaluation de la capacité de travail réelle de cet assuré dans son activité de menuisier. Le service de neurochirurgie ayant semble-t-il récusé M.

N._____ en ce qui concerne une intervention, ce qui me paraît évident vu la normalité du status actuel[,] je ne peux donc que proposer comme vous une reprise de travail partielle, à 50 % à la demi-journée le plus tôt possible afin d'évaluer les possibilités de M. N._____. [...]"

Après avoir effectué une échographie abdominale, le Dr F._____, radiologue, a conclu le 20 novembre 1997 à une hépatosplénomégalie avec stéatose et maniement non spécifique, sans signe de décompensation.

Dans un rapport du 24 novembre 1997, le Dr B._____, chef de clinique adjoint au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier X._____), a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques récidivantes avec irradiation pseudo-radiculaire gauche et de « *discopathie L5-S1 modérée et plus discrètement L4-L5 non neuro-compressif* », exposant en outre ce qui suit :

"Discussion :

J'ai contrôlé aujourd'hui votre patient qui m'a été adressé après une consultation aux Urgences le 29.10.97 ([...]) en raison d'une lombalgie sans signe de neuro-compression. Je trouve un patient avec des dorso-lombalgies modérées avec des irradiations ne respectant pas les dermatomes radiculaires, l'examen clinique ne met pas en évidence de syndrome radiculaire ce qui correspond bien au CT-Scan pratiqué le 28 août 1997 (légère protrusion médiane L5-S1 et L4-L5 sans neuro-compression). Du côté clinique je ne trouve aujourd'hui que de discrets signes d'irritation des articulations postérieures ce qui peut expliquer quelques irradiations pseudo-radiculaires aux membres inférieurs. Sur les radiographies standards on ne trouve qu'une légère discopathie L1-L2 mais pas de discopathie dégénérative significative des autres segments vertébraux. Actuellement, je ne vois plus de raison de poursuivre l'arrêt de travail.

[...]

Capacité de travail : 100%."

A teneur d'un rapport de consultation du 5 mars 1998, le Dr T._____, chef de clinique adjoint auprès du Secteur psychiatrique [...], a posé les diagnostics de somatisations, lombalgies chroniques sur protrusion discale L4-L5 et L5-S1, syndrome de dépendance à l'alcool actuellement abstiné mais dans un environnement protégé, et difficultés

dans les rapports avec le conjoint. Sur le plan thérapeutique, ce médecin a proposé d'introduire un traitement de Saroten à petites doses en une prise le soir dans le but de moduler la perception douloureuse.

Par compte-rendu du 9 mars 1998, le Dr L._____, médecin chef au Centre de traitement et réadaptation (CTR) de l'Hôpital de G._____ a relevé que l'intéressé avait séjourné dans ledit service du 23 février au 6 mars 1998. Posant le diagnostic de lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs, ce médecin a en particulier indiqué ce qui suit :

"Traitement et évolution :

Ce patient, originaire du Portugal, menuisier, est à l'arrêt de travail depuis le 17.09.1997 en raison de lombosciatalgies. Deux tentatives de reprise du travail ont échoué après quelques heures d'activité.

Actuellement, le patient annonce essentiellement des lombalgies et quelques douleurs fessières gauches.

A l'examen, le patient est extrêmement démonstratif, tous les mouvements effectués passivement sont ressentis comme douloureux, les mobilisations des coxo-fémorales engendrent par exemple de fortes douleurs lombaires.

Sur le plan lombaire, on note une scoliose convexe gauche sur bascule du bassin de 5 mm sur la gauche, sans syndrome lombovertébral aigu. L'examen ne révèle aucun signe radiculaire déficitaire des membres inférieurs.

Radiologiquement, aux examens d'août 1997 on confirme les troubles statiques, et on met en évidence des discopathies L1-L2 et L5-S1, les sacro-iliaques sont en ordre. Au scanner de la même époque, il existe une protrusion discale en L4-L5, à mon avis sans conflit disco-radiculaire et un bombement du disque en L5-S1.

Ce patient a été intégré dans notre programme de reconditionnement axé sur plus de 6 heures de physiothérapie et d'ergothérapie quotidiennes. Nous avons arrêté le traitement après deux semaines en raison d'un échec thérapeutique. En effet, dès les premiers jours, le patient nous a annoncé son incapacité à suivre ce programme qu'il considérait comme trop lourd et ce malgré une diminution des tâches imposées. A plusieurs reprises, il a manifesté des signes fonctionnels avec une large démonstrativité. Malgré des entretiens assez fermes, nous n'avons pas pu obtenir de résultats sur le plan des douleurs, de la mobilité ou de la force musculaire, le patient se retirant derrière ses douleurs qu'il annonce sur un ton parfois revendicateur. Nous l'avons alors présenté à nos consultants psychiatres qui retenaient un diagnostic de troubles somatoformes douloureux chez une personnalité à traits histrioniques. Il n'y avait pour eux pas de pathologie psychiatrique sous-jacente à traiter. Les

psychiatres relevaient la crise familiale actuelle et la présence d'un alcoolisme, peut-être de couple, banalisé par le patient.

Bien qu'il n'existe pas de substrat organique majeur justifiant de toute évidence une incapacité de travail, nous pensons, et c'est également l'avis du médecin-traitant que nous avons contacté, que le patient ne sera pas à même de reprendre ses activités de menuisier.

En conséquence et en l'absence de toute possibilité chirurgicale, nous n'avons pas d'autre solution à vous proposer que de poursuivre l'arrêt de travail et ce, très probablement dans l'attente d'une expertise par l'Al."

Aux termes d'un rapport du 1^{er} mai 1998, le Dr S._____, neurologue, a formulé les conclusions suivantes :

"L'EMG ne montre pas de signe d'atteinte axonale motrice des myotomes L5 et S1 gauches. La latence H du SPI (testant la racine S1) est normale et symétrique. Le CT-Scan de la colonne lombaire de L2 à S1 du 28 août 1997 montre une protrusion discale médiane L5-S1, sans compression radiculaire. Il n'y a pas de canal étroit. Sur la base de l'anamnèse, une claudication intermittente du MIG d'origine neurogène ne peut pas être totalement exclue. Pour essayer de l'objectiver, il faudrait pratiquer une sacco-radiculographie en position assise. Cependant, comme le patient n'est pas motivé à une intervention chirurgicale, cet examen n'est pas impératif. Il pourrait se justifier pour des raisons asséculogiques."

Dans un rapport du 3 juin 1998, le Dr K._____, médecin généraliste traitant, a fait mention d'une entière incapacité de travail à partir du 18 septembre 1997 et ce pour une durée indéterminée. Outre des atteintes analogues à celles diagnostiquées par le Dr B._____ le 24 novembre 1997, le Dr K._____ a signalé un léger état anxio-dépressif réactionnel aux problèmes physiques et à la situation conjugale et familiale, ainsi qu'une consommation éthylique au-dessus de la norme (surtout en période de crise).

Mandatés par l'OAI en qualité d'experts, les médecins du Centre d'observation médicale de l'Al (ci-après : le COMAI) de [...], soit la Policlinique [...] (ci-après : la Permanence OO._____), ont examiné N._____ les 31 octobre, 1^{er} et 8 novembre 2000. Les conclusions du rapport subséquent, établi le 15 mars 2001 par les Drs H._____ et M._____, respectivement cheffe de clinique et chef de clinique adjoint,

ont été discutées dans le cadre d'une séance de décision multidisciplinaire le 28 novembre 2000, en présence de médecins internistes (Drs C._____, Q._____, D._____ et M._____), d'un rhumatologue (Dr. R._____) et d'une psychiatre (Dresse V._____). Les diagnostics posés étaient les suivants :

- Syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme de lombo-pseudo-sciatalgies gauches ;
- Discopathie L4-L5, L5-S1 non neuro-compressive ;
- Trouble mixte de la personnalité (personnalité à traits rigides) ;
- Hypertriglycémie ;
- Utilisation d'alcool nocive pour la santé.

Dans le cadre de leur appréciation du cas, les experts ont indiqué ce qui suit :

"Il s'agit d'un patient d'origine portugaise, au bénéfice d'un permis C, vivant en Suisse depuis 1980. Marié, père de 2 enfants, il a appris le métier de menuisier au Portugal. Pendant plusieurs années, il travaille dans une ébénisterie-menuiserie d'art à [...]. Après plusieurs épisodes de lombalgies occasionnelles depuis plusieurs années, en juillet 1997 le patient éprouve une exacerbation des lombalgies suite, à ses dires, au déplacement d'un gros panneau transporté sur son épaule gauche avec un poids d'environ 100 kg. Dès lors, le patient affirme avoir souffert de douleurs pratiquement constantes au niveau lombaire, avec une irradiation ne suivant pas les dermatomes dans le membre inférieur gauche. A relever qu'aucune déclaration d'accident n'avait été effectuée à l'époque. Le patient continue son travail à 100% et il part par la suite en vacances au Portugal pendant 4 semaines avec une amélioration qualifiée toutefois seulement de légère en ce qui concerne les symptômes algiques. Au retour de vacances, il travaille encore pendant un mois avant de cesser toute activité professionnelle (dernier jour de travail le 17.09.1997). A noter que cette version des faits, fournie par le patient au cours de notre expertise, contraste avec d'autres versions relatées par le patient lors d'autres consultations médicales, comme cela apparaît clairement lors de l'examen des extraits du dossier. En particulier, nous ne retrouvons pas la notion de déplacement d'un panneau lourd. Le patient consulte dans un premier temps le Dr W._____ (neurochirurgien), qui essaie de l'inciter assez rapidement à une reprise de travail à 50% (depuis le 27.10.1997), ce qui aboutit à un échec immédiat, le patient se présentant devant l'employeur en disant qu'il n'arrivait pas à planter un seul clou avec le marteau. Suite à un début de conflit avec le Dr W._____, le patient change par la suite de

médecin traitant. Au cours des évaluations spécialisées effectuées par la suite, il y a unanimité d'avis médicaux en ce qui concerne la capacité de travail: tant le Dr B._____, rhumatologue au Centre hospitalier X._____, que le Dr L._____. (CTR d'G._____), tout en évoquant un patient au comportement extrêmement démonstratif, ne retiennent pas d'incapacité de travail. Le Dr L._____ signale cependant son pessimisme face à une reprise d'activité professionnelle de la part d'un patient ayant manifesté à plusieurs reprises des signes fonctionnels avec une large démonstrativité. En mars 1998, lors du séjour au CTR d'G._____, le patient est soumis à une évaluation psychiatrique, avec les diagnostics de somatisation, lombalgies chroniques, syndrome de dépendance à l'alcool (à l'époque abstinent mais dans un environnement protégé) avec difficultés dans les rapports avec le conjoint. La proposition avait été faite d'introduire un traitement de Saroten à visée antalgique uniquement. Celui-ci ne sera jamais suivi par le patient. Les évaluations face à la persistance d'une capacité de travail importante effectuées tantôt par le Dr W._____ que par les Drs B._____ et L._____ contrastent de façon évidente avec l'évaluation effectuée par le médecin traitant actuel, le Dr K._____, auquel le patient s'était adressé suite à un début de conflit avec le Dr W._____. En effet, le Dr K._____, lors de l'établissement d'un formulaire [...] en juin 1998 atteste une incapacité de travail à 100% depuis le 18.09.1997, pour une durée indéterminée.

Sur le plan somatique (et notamment rhumatologique), nous n'avons pu que constater le caractère très démonstratif du comportement du patient: par exemple, il montait les escaliers avec une boiterie du membre inférieur gauche notable, qui s'est révélée être par la suite inconstante, avec d'importantes discordances dans son comportement.

Sur le plan rhumatologique strict, le patient présente des lombopseudo-sciatalgies gauches chroniques, d'allure commune, sans aucun signe clinique d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique. L'examen des documents radiologiques permet de mettre en évidence une discopathie au niveau de L4-L5 et L5-S1, ce qui ne saurait aucunement expliquer la totalité du tableau clinique observé. En tenant compte de l'évaluation psychiatrique, nous pouvons retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant. Tous les critères en faveur d'une telle pathologie sont remplis (douleurs dans plusieurs localisations anatomiques au centre du tableau clinique, à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social, professionnel et dans d'autres domaines importants; on estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, dans l'intensité, dans l'aggravation ou la persistance de la douleur; les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints, et la douleur n'est pas mieux expliquée par d'éventuels troubles psychiatriques associés). Compte tenu des discopathies L4-L5 et L5-S1, on peut admettre une limitation pour le port de charges supérieures à 20 kg de manière répétitive, la profession habituelle de menuisier n'étant pas contre-indiquée.

A noter, chez un patient présentant un BMI de 29,5 kg/m², un taux élevé de triglycérides, peut-être en relation avec une consommation

abusive d'alcool (voir ci-dessous). Un contrôle est indiqué. A la recherche d'un éventuel syndrome métabolique, nous avons effectué un dosage de l'acide urique, qui s'est révélé dans les limites de la norme; par contre, nous avons mesuré une valeur de tension artérielle de 150/110 mmHg, chez un patient cependant plutôt tendu (pulsations à 112/mn.). Un contrôle des valeurs tensionnelles est indiqué, ainsi qu'un dosage de la glycémie, au cas où cela n'aurait pas encore été effectué récemment.

Sur le plan psychique, à notre avis, il est important de remarquer que le patient n'a jamais présenté d'antécédent psychiatrique notable et son parcours professionnel a toujours été dépourvu de difficultés particulières. Au contraire, son dernier emploi, pendant plusieurs années, a été effectué auprès d'une menuiserie-ébénisterie d'art, ce qui impliquait des tâches nécessitant des ressources de la part du patient. Un éventuel état dépressif n'a jamais été mis en évidence dans le passé et cela est valable aussi actuellement. On ne dispose donc d'aucun élément objectif nous laissant suspecter une éventuelle péjoration de l'état de santé psychique du patient au cours des dernières années et, en particulier, depuis l'arrêt de travail de septembre 1997. L'évaluation psychiatrique par nos consultants a permis de mettre en évidence une personnalité à traits rigides, sans autre comorbidité psychiatrique dans le cadre du trouble somatoforme douloureux. Comme déjà par le passé, une consommation à risque à l'égard de l'alcool peut être suspectée, malgré un déni de la part du patient. Cependant, nous ne disposons pas de critères suffisants nous permettant d'évoquer un éventuel syndrome de dépendance éthylique. Cette évaluation semble être corroborée par les examens de laboratoire effectués dans le cadre de notre expertise. Le problème d'alcool n'a donc aucun retentissement au niveau de la capacité de travail au sens de l'AI. A noter que cette consommation ne semble pas non plus avoir eu de répercussion notable au niveau de l'entourage familial ou professionnel du patient. Pour les raisons évoquées ci-dessus, nous ne pouvons pas partager complètement l'évaluation de la capacité de travail effectuée par nos consultants en psychiatrie.

Notre appréciation globale, selon le modèle bio-psycho-social, en tenant compte en particulier du vécu douloureux chronique, se doit de reconnaître une certaine incapacité de travail en dépit du fait que, sur le plan strictement rhumatologique, le patient serait à même d'exercer la profession habituelle de menuisier à 100%, avec la seule limitation d'éviter le port de charge supérieure à 20 kg de façon répétitive. Toutefois, à notre avis, les limitations fonctionnelles algiques et la comorbidité psychiatrique ne sauraient pas justifier un taux de capacité de travail inférieur à 70%. Cela depuis le mois de septembre 1997, date de la cessation de toute activité professionnelle de la part de M. N._____, sans que notre anamnèse n'ait pu mettre en évidence un éventuel facteur déclenchant défini sur le plan psychosocial ayant pu favoriser, tout au moins en partie, les échecs de toute reprise d'activité par la suite."

Par projet de décision du 23 mai 2001, l'OAI a fait savoir à N. _____ qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations faute d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

Par courriers des 27 juin et 28 août 2001, le prénommé a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précité, faisant valoir que son état de santé s'était gravement péjoré et que sa capacité de travail était nulle. Dans ce contexte, il a produit les pièces suivantes :

- un rapport du Dr F. _____ consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 15 mai 2001, concluant à des discopathies L1-L2, L4-L5 et L5-S1, à un discret bombement discal L1-L2 médian sans hernie, ainsi qu'à une hernie discale foraminale gauche L5-S1 avec conflit radiculaire ;

- un rapport établi par le Dr S. _____ le 21 mai 2001, contenant les conclusions suivantes :

"L'examen clinique montre pour le MIG un syndrome radiculaire ambigu, une hypoesthésie de la face latérale de la jambe et du pied, pas de déficit moteur. L'EMG montre quelques signes de dénervation aiguë dans le myotome L5 gauche. L'ensemble se présente donc comme une lombosciatalgie L5 gauche, nouvelle. J'ai proposé au patient de pratiquer une IRM de la colonne lombaire qui montre en L5-S1 une hernie discale foraminale L5-S1. Il y aura lieu selon l'évolution soit d'envisager des infiltrations radiculaires, soit de solliciter un avis chirurgical."

- un certificat médical du 1^{er} juin 2001, aux termes duquel le Dr K. _____ faisait état d'une exacerbation de lombalgies chroniques depuis décembre 2000 avec l'apparition d'une irradiation douloureuse de la face latérale du membre inférieur gauche jusqu'au pied, cette symptomatologie, devenue petit à petit permanente, obligeant l'intéressé à se déplacer avec deux cannes anglaises depuis février 2001 ;

- un rapport du 3 juillet 2001 à l'attention du médecin traitant, dans lequel le Prof. E. _____, neurochirurgien, relevait notamment ce qui suit :

"RX LOMBAIRES DE 1999 :

Discopathie L1-L2 avec minime cyphose L1-L2; le reste est sp.

IRM LOMBAIRE DE MAI 2001 :

On retrouve la nette discopathie L1-L2.

Très minime discopathie également en L4-L5 et discopathie en L5-S1, mieux visible sur un CT-scan qui a été pratiqué en 1997.

En L5-S1, il y a également une petite protrusion médiane qui ne correspond pas à une image de hernie discale, mais sur deux coupes, il y a un discret comblement foraminaux et extra-foraminaux en L5-S1 gauche déjà visible sur le CT-scan de 1997.

APPRECIATION :

Il y a donc une discrète image de protrusion discale dans le canal de conjugaison L5-S1 gauche, qui persiste depuis 1997.

Cette anomalie peut entrer en conflit avec la racine et le ganglion spinal L5 gauches. Il est donc probable que cette dernière soit en relation au moins avec une partie du tableau clinique actuel.

On doit donc discuter d'une éventuelle indication opératoire.

Selon mon expérience et celle d'autres neurochirurgiens, cette situation n'a malheureusement pas un bon pronostic post-opératoire, même si une certaine corrélation anatomo-clinique ne peut pas être niée. En effet, la chronicité des plaintes, la discrétion et la persistance inchangée de l'anomalie radiologique, les constatations psychiatriques, les discordances au niveau du status et l'environnement socio-économique font que dans ce cas, une intervention ne changerait en principe rien, mais ferait regretter après coup d'être intervenu.

Je veux faire un geste très ciblé sur la pathologie radiculaire et on peut essayer une infiltration foraminaux ou une infiltration épidurale dans un centre d'antalgie.

Sinon, il ne faut pas espérer de modification de la capacité de travail.

La meilleure façon de résoudre [un] tel cas, est l'attribution d'une rente AI partielle, à déterminer, mais qui ne devrait effectivement pas dépasser les 50%."

Dans une communication adressée au demandeur le 8 octobre 2001, l'OAI a indiqué avoir constaté, après un nouvel examen du dossier que l'intéressé présentait une aggravation de son état de santé, voire une nouvelle atteinte à la santé invalidante, intervenue après l'expertise du COMAI, depuis le mois de décembre 2000. Aussi les conditions d'octroi d'une rente seraient-elles réexaminées à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 1^{er} décembre 2001.

Le 6 décembre 2001, l'OAI a fait parvenir au demandeur un projet d'acceptation de rente retenant qu'il présentait une incapacité de travail de 100% depuis le mois de décembre 2000 et lui reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2001, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%.

Par décision du 28 mai 2002, l'OAI a alloué cette prestation au demandeur.

N. _____ a déféré cette décision le 27 juin 2002 devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après : le TASS), concluant en substance à l'annulation de celle-ci, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité entre le 18 septembre 1998 et le 30 novembre 2001, ainsi qu'à l'allocation d'une rente d'invalidité complémentaire pour son épouse à compter du 18 septembre 1998.

Statuant le 23 décembre 2003 (AI 232/02 - 211/2004), la juridiction cantonale a admis le recours, annulé la décision du 28 mai 2002 et renvoyé la cause à l'OAI. Dans ses considérants, elle a retenu que la décision attaquée n'était pas conforme au droit, l'office intimé n'ayant pas analysé la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, ni celle du reclassement professionnel. Aussi la cause devait-elle être renvoyée à cet office afin qu'il examine les possibilités de réadaptation professionnelle pouvant entrer en ligne de compte, puis procède, après comparaison des revenus, à la détermination du taux d'invalidité.

Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a mis en œuvre un examen clinique auprès du Dr I. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR). Après avoir examiné l'intéressé le 20 avril 2005, ce médecin a fait part de ses conclusions dans un rapport du 4 mai 2005, exposant notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTIC

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- **DORSO-LOMBOSCIATALGIES G DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS AVEC HERNIE DISCALE L5-S1 G**

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- **OBÉSITÉ**
- **HYPERTENSION ARTÉRIELLE TRAITÉE**
- **HYPERLIPIDÉMIE.**

APPRECIATION DU CAS

Depuis 1997, l'assuré se plaint de dorso-lombosciatalgies G qui ont progressivement augmenté en intensité et plus particulièrement depuis septembre 2004. Au status actuel, on note des troubles statiques du rachis, un syndrome lombo-vertébral et l'assuré est particulièrement démonstratif pendant l'entretien et l'examen clinique.

Les examens radiologiques pratiqués en 1997 et 2001 montraient des troubles statiques et dégénératifs du rachis avec une petite protrusion médiane L5-S1 ne correspondant pas à une image de hernie discale, mais entraînant dans l'IRM de mai 2001 un discret comblement foraminal et extra-foraminal en L5-S1. L'IRM de la colonne lombaire du 15.09.2004 montre cette fois une petite hernie discale L5-S1 avec probable fragment discal entrant en conflit avec la racine S1 G. Cette hernie discale s'accompagne d'une arthrose des facettes articulaires et entraîne une compression intra-foraminale osseuse et discale de la racine de L5 G. Au vu des pathologies ostéoarticulaires sus-mentionnées, nous pensons que la capacité de travail dans l'activité habituelle de menuisier est actuellement de 0% et ceci depuis septembre 2004. Par contre, de décembre 2000 à septembre 2004, nous estimons, comme le Dr E. _____, que la capacité de travail dans son activité de menuisier est de 50%. Avant décembre 2000, date d'une aggravation attestée par le Dr K. _____, nous estimons que la capacité de travail était de 100%, au vu des examens radiologiques de 1997 à notre disposition. Par contre, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéoarticulaires sous-mentionnées, la capacité de travail est complète. La capacité de travail a d'ailleurs été toujours complète dans une activité adaptée. Pourtant, au vu du caractère particulièrement démonstratif de l'assuré, on peut craindre que la mise en place de mesures professionnelles échoue.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

Rachis : nécessité de pouvoir alterner deux fois 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 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Incapacité de 50% depuis décembre 2000.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Il a augmenté de 50 à 100% à partir de septembre 2004.

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des observations rhumatologiques effectuées lors de l'examen SMR Suisse Romande du 20.04.2005, il apparaît que la capacité de travail dans son activité de menuisier est de 100% de septembre 1997 à décembre 2000, de 50% de décembre 2000 à septembre 2004 et qu'elle est de 0% à partir de septembre 2004. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail a toujours été de 100%. Pourtant, au vu du caractère très démonstratif de l'assuré, la mise en place de mesures professionnelles risque d'échouer. Il faut encore noter que l'assuré va être opéré de sa région lombaire le 02.05.2005 et que la capacité de travail devra être encore une fois réévaluée après stabilisation complète du cas

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 100% DE SEPTEMBRE 1997 A DECEMBRE 2000, 50% DE DECEMBRE 2000 A SEPTEMBRE 2004, 0% DES SEPTEMBRE 2004.

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 100% DES : 1997"

Par avis médical du 1^{er} juin 2005, le Dr O. _____, du SMR, a notamment relevé ce qui suit :

"Les atteintes rachidiennes se sont aggravées progressivement et plus particulièrement depuis septembre 2004, ce qui est corroboré par l'IRM du 15.09.2004.

Sur la base des observations médicales faites au SMR en date du 20.04.2005 et sur la base des éléments médicaux pertinents au dossier (par ex. avis du professeur E. _____), la CT dans l'activité antérieure de menuisier est de 100% de septembre 1997 à décembre 2000, de 50% de décembre 2000 à septembre 2004, enfin nulle depuis septembre 2004. En revanche, dans une activité adaptée, la CT a toujours été complète.

Limitations fonctionnelles : position statique assis/debout au-delà de 30 min. Soulèvement régulier de charges au-delà de 5 kg. Port régulier de charges au-delà de 12 kg. Travail en porte-à-faux prolongé du tronc.

En raison du caractère démonstratif de l'assuré, des MP risquent d'échouer ; elles n'entrent pas en ligne de compte actuellement, l'assuré étant opéré en mai 2005.

Il n'y a pas d'évidence d'atteinte à la santé psychique, la vie de l'assuré se déroule normalement, sans replis social. On note le côté démonstratif de Monsieur, ce qui en soit n'en fait pas une atteinte à la santé.

Remarque : Monsieur ayant été opéré début mai 2005 par le Dr U. _____, on ne peut se prononcer sur l'exigibilité future, le cas

n'étant pas encore stabilisé. Je vous remercie de demander, en août 2005, au Dr U. _____ : le protocole opératoire et lettres de sortie de l'hôpital et l'évolution. Vous me montrerez le dossier à la permanence, et je verrai s'il y a lieu de reconvoquer l'assuré au SMR."

Du protocole opératoire susdit, transmis le 20 juin 2005 à l'OAI, il est ressorti que le Dr U. _____, neurochirurgien auprès du Groupe AA. _____, avait pratiqué le 2 mai 2005 l'intervention suivante : « *spondylodèse postérieure L5-S1 par vis pédiculaires L5 et S1 bilatérales (système polyaxial titane CD-Horizon), cages intersomatiques en carbone (PLIF) et greffe intertransversaire. Intervention réalisée sous guidage stéréotactique* ».

En date du 23 janvier 2006, le demandeur a une nouvelle fois été examiné par le Dr I. _____. Ce dernier a établi son rapport le 28 mars 2006, indiquant en particulier ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- RACHIALGIES DIFFUSES À PRÉDOMINANCE LOMBAIRE DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS AVEC STATUS APRÈS SPONDYLODÈSE L5-S1 PAR VIS PÉDICULAIRES L5 ET S1 BILATÉRALES, CAGE INTERSOMATIQUE EN CARBONE (PLIF) ET GREFFE INTERTRANSVERSAIRE POUR HERNIE DISCALE L5-S1 GAUCHE

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- OBÉSITÉ
- HYPERTENSION ARTÉRIELLE TRAITÉE
- HYPERLIPIDÉMIE ANAMNESTIQUE
- STATUS APRÈS PSH GAUCHE POST-TRAUMATIQUE.

APPRECIATION DU CAS

Après la spondylodèse L5-S1 de mai 2005, l'assuré ne présente plus de sciatalgie gauche. Il peut à nouveau marcher sans cannes anglaises sur un périmètre de 300 à 400 mètres. Par contre, il se plaint de rachialgies diffuses prédominant à la région lombaire, où les douleurs auraient même augmenté depuis l'opération. L'assuré signale aussi des douleurs de l'épaule gauche suite à une chute. Au status, on note toujours des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est très diminuée, mais il faut noter la présence de signes de non organicité selon Waddell (discordance entre la distance

doigts-sol et doigts-orteils et démonstrativité de l'assuré). Par ailleurs, l'assuré ne présente plus de troubles neurologiques de type moteur, mais une hypoesthésie algotactile de la face externe du membre inférieur gauche. Au niveau de l'épaule gauche, la mobilité est conservée, il n'y a pas de douleur à la palpation et les épreuves de PSH sont négatives. Seule la distance pouce-C7 est supérieure de quelques centimètres à gauche. Ce status évoque donc un status après PSH gauche post-traumatique, qui a bien réagi à des infiltrations de Cortisone®. Les examens radiologiques du rachis pratiqués après l'opération de mai 2005 montrent un matériel de spondylodèse L5-S1 en place. Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons toujours une incapacité de travail [...] totale dans l'activité habituelle de menuisier et ceci depuis septembre 2004. Par contre, de décembre 2000 à septembre 2004, nous concluons à une capacité de travail dans cette activité de 50 % et de 100 % avant décembre 2000 pour les raisons avancées dans notre précédent examen au SMR du 20.04.2005. Par ailleurs, la situation s'est même améliorée depuis l'opération de mai 2005, puisque la sciatgie gauche et les troubles moteurs du membre inférieur gauche détectés à notre examen au SMR d'avril 2005 ont disparu. Par ailleurs, les troubles sensitifs du membre inférieur gauche ne sont plus ressentis spontanément, bien qu'ils so[ie]nt toujours détectables au testing de la sensibilité algotactile. Malgré les constatations objectives de cette amélioration, l'assuré allègue cependant une aggravation de sa symptomatologie au niveau lombaire. Par ailleurs, la distance doigts-sol est bien diminuée, mais l'assuré ne semble qu'ébaucher une flexion antérieure du tronc et il existe des signes de non organicité selon Waddell, notamment une discordance entre la distance doigts-sol et la distance doigts-orteils sur le lit d'examen. Ainsi, en définitif, nous concluons toujours à une capacité de travail complète dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles ostéoarticulaires sous-mentionnées. Il faut encore relever que la capacité de travail dans une telle activité adaptée a toujours été complète, mis à part pendant une période transitoire de 4 mois après l'opération de spondylodèse L5-S1.

Les limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois 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 12 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

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

Il y a une incapacité de travail de 50 % depuis décembre 2000.

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

Il a augmenté de 50 à 100 % à partir de septembre 2004.

Concernant la capacité de travail exigible,

Sur la base des observations rhumatologiques effectuées lors des examens au SMR Suisse romande du 20.04.2005 et du 23.01.2006, il apparaît que la capacité de travail dans l'activité habituelle de menuisier est de 100 % de septembre 1997 à décembre 2000, de 50 % de décembre 2000 à septembre 2004 et de 0 % à partir de septembre 2004. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail a toujours été de 100 %, mis à part pendant les 4 mois qui ont suivi la spondylodèse de L5-S1. Pourtant, au vu du caractère démonstratif de l'assuré et de son peu de conviction à reprendre une activité professionnelle même adaptée, la mise en place de mesures professionnelles risque d'échouer.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 100 % DE SEPTEMBRE 1997 A DECEMBRE 2000
50 % DE DECEMBRE 2000 A SEPTEMBRE 2004
0 % DES SEPTEMBRE 2004 COMME MENUISIER

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 100%. DEPUIS 1997, MIS A PART PENDANT LES 4 MOIS QUI ONT SUIVI L'OPERATION DE MAI 2005."

Par avis médical du 12 avril 2006, les Drs O._____ et BB._____, du SMR, ont retenu que les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles relevées dans l'avis médical du 1^{er} juin 2005, tout comme l'exigibilité - mis à part les quatre mois d'entière incapacité de travail dans toute activité consécutivement à l'opération de mai 2005. Ils ont ajouté qu'en raison du caractère démonstratif de l'intéressé et de son peu de conviction à reprendre une activité professionnelle même adaptée, la mise en place de mesures professionnelles risquait d'échouer.

Le 21 juin 2006, l'ancien employeur du demandeur a informé l'OAI qu'en 2001, le salaire de menuisier de l'intéressé aurait été le suivant :

"Salaire horaire brut pour 12 mois Fr. 27.50 pour 42h00 par semaine.
Vacances en sus : 8,33 %
13^{ème} salaire en sus 9,24 %
Pas d'autres gratifications."

L'OAI ayant écrit le 23 août 2006 au Service des rentes de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS en vue d'une restitution des prestations versées à tort suite à l'annulation de la décision du 18

décembre 2001 [recte : 28 mai 2002], ledit service a répondu à l'office, le 31 août 2006, que dans la mesure où celui-ci était en possession du jugement du TASS depuis le 3 septembre 2004, le délai d'une année pour demander la restitution était dépassé, seule une suspension étant possible. C'est ainsi que, par décision du 8 septembre 2006, l'OAI a suspendu le versement de la rente du demandeur dès le 31 août 2006.

Suite à la mise en œuvre d'un stage au Centre Oroph d'[...], la directrice de ce centre a écrit à l'OAI en date du 14 février 2007, exposant notamment ce qui suit :

"Cet assuré est entré en stage en date du 5ct et la mesure a été interrompue le 7.02.07 (après 2 jours) par le médecin-traitant, le Dr K. _____ à [...] (voir certificat médical ci-joint).

Contacté, le médecin-traitant nous informe que cet assuré devra bénéficier d'une intervention spécialisée (pose d'une pompe à morphine) appelée à soulager ses douleurs.

Cette intervention n'est pas encore planifiée. Dès lors, nous mettons ce dossier en suspens. Un courrier dont nous vous donnons copie est adressé à l'assuré personnellement ainsi qu'à son avocat, lui demandant de nous tenir informé de l'évolution de son état, en particulier de reprendre contact avec nous lorsqu'il sera en mesure de reprendre son stage d'observation au COPAI.

En outre, il paraît judicieux que votre office puisse bénéficier rapidement d'informations médicales précises auprès du neurochirurgien ayant opéré l'assuré et qui est susceptible de réintervenir prochainement."

Aux termes d'un rapport du 1^{er} septembre 2007, les médecins du Groupe AA. _____ ont en particulier signalé l'implantation d'une pompe programmable (type Synchroned II - 20m1) pour administration sous-arachnoïdienne de morphine. Ils ont estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité de menuisier et qu'elle était de 50% dans une activité adaptée. Dans l'hypothèse où leur appréciation ne serait pas partagée par le médecin conseil de l'AI ou par le patient, ils ont préconisé un examen médical par le médecin conseil de l'AI.

Dans un rapport établi le 30 novembre 2007, le Dr CC. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics de

syndrome lombo-vertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (avec spondylodèse et pose d'une cage et PLIF en 2005, status bloc facettaire L5-S1 trois fois en 2006, status post-thermo-coagulation L5-S1 en 2006 et status poste-pose d'une pompe à morphine en mai 2007), ainsi que de cervico-brachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Dans l'anamnèse, il a indiqué ce qui suit :

"Monsieur N. _____ est connu pour des douleurs lombaires depuis 1992, qui s'exacerbent en 1997 et pour lesquelles il subit une péridurale suivie d'une spondylodèse L5-S1 avec pose d'une cage et PLIF en L5-S1, puis de multiples blocs facettaire L4-L5 suivies d'une thermo-coagulation en 2006, puis en raison de l'échec thérapeutique neurochirurgical de la pose d'une pompe à morphine. L'évolution est caractérisée par une amélioration de la symptomatologie douloureuse lombaire mais exacerbation des cervico-brachialgies déjà présente[s] depuis 2005. Ces douleurs sont d'allure mécanique, météo-dépendantes, irradient dans le membre supérieur droit, sont estimées à 8/10 sur la VAS, diminuent le périmètre de marche à 350 mètres, sont améliorées lors des positions en décubitus dorsal mais sont péjorées en position assise prolongée de plus de 20 minutes et lors des positions en décubitus latéral. Depuis la pose de la pompe à morphine, il signale la présence d'une impuissance."

Le Dr CC. _____ a confirmé les diagnostics précités dans un rapport daté des 7 et 12 février 2008. Il a en outre précisé ne pas avoir octroyé d'arrêt de travail et a également mentionné ce qui suit :

"L'assuré consulte après de multiples acharnements neurochirurgicaux avec mise [en place] d'une pompe à Morphine. Celle-ci aurait subjectivement amélioré la symptomatologie d'environ 10%. Cependant, il se plaint actuellement d'une impotence sexuelle ce qui entraîne un effet négatif sur le moral.

Il bénéficie depuis novembre 2006 d'un traitement en balnéothérapie, celui-ci a été mal supporté.

L'ensemble de la symptomatologie s'inscrit cependant en avant-plan d'une importante diminution du seuil de tolérance à la douleur probablement à insérer dans un contexte psycho-socio et neuro-chirurgical chargé.

Le pronostic paraît sombre, le patient se plaint toujours de la même symptomatologie qui paraît être catastrophique.

Une reprise d'une activité professionnelle même adaptée, paraît difficilement envisageable qu'un employeur soit d'accord d'envisager de l'employer [sic]."

Dans un rapport du 20 mars 2008, la Dresse DD._____ et EE._____, respectivement médecin associé et psychologue assistante à la Fondation FF._____, ont posé les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique (dispomanie), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques existant depuis l'été 2007, de syndrome douloureux somatoforme persistant existant depuis 1997 et de désaccord avec l'OAI (fin de rente) existant depuis août 2006. Elles ont en outre signalé ce qui suit :

"B. Incapacité de travail d'au moins 20 % reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que :

Incapacité de travail à 100% depuis septembre 1997 en tant que menuisier.

C. Questions générales au médecin :

1. L'état de santé de l'assuré est :

S'aggrave.

2. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Non.

3. Des mesures professionnelles sont-elles indiquées ?

Non.

4. L'assuré nécessite-t-il des moyens auxiliaires ?

Le patient se déplace avec une canne depuis janvier 2008 en raison de douleurs et de faiblesses à la jambe gauche.

5. L'assuré a-t-il besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ? Si oui, depuis quand ?

Oui, depuis 1997.

6. Un examen médical complémentaire est-il nécessaire ?

Non."

Ces praticiennes ont ajouté que le traitement avait débuté le 31 octobre 2007 et que le dernier examen avait eu lieu le 12 mars 2008. Elles ont également fait état de ce qui suit :

"3. Anamnèse :

Pour des informations précises sur l'anamnèse de ce patient jusqu'en 2001, nous vous prions de vous référer au rapport du COMAI du 15 mars 2001.

M. N. _____ a bénéficié d'une rente AI à 100% jusqu'en août 2006, puis il a effectué une évaluation dans le centre d'évaluation de l'AI à [...] en février 2007 durant 2 jours au lieu de 3 semaines, ceci parce qu'il souffrait de douleurs à la nuque, aux épaules, au dos et aux hanches.

A ce jour, M. N. _____ attend qu'une décision quant à sa rente AI suite à cette évaluation lui soit transmise. A noter que M. N. _____ a fait recours par l'intermédiaire de son avocat, Maître Redondo à Vevey, contre la décision de l'AI de lui octroyer une rente que depuis 2001, au lieu de 1997, année qui marqua le début de son incapacité de travail à 100%.

Au niveau médical, nous signalons que M. N. _____ a subi plusieurs interventions neurochirurgicales depuis 2001, dont la pose d'une pompe à morphine en mai 2007.

Notons que l'ensemble de ces interventions n'a pas amélioré l'état de santé de M. N. _____. Pour des informations précises à ce sujet, nous vous prions de vous adresser au Dr CC. _____, rhumatologue à [...] et au Dr K. _____, généraliste à [...].

Au niveau familial, le fils de M. N. _____, âgé de 28 ans, a quitté le domicile familial au printemps 2007 suite à son mariage. Ainsi, le patient vit seul avec son épouse. Cette dernière est en arrêt de travail depuis 2003 pour raisons somatiques. M. N. _____ partage son quotidien entre la prise en charge des activités ménagères qu'il arrive à effectuer, un peu de lecture et de TV, l'investissement dans ses divers suivis médicaux et des contacts réguliers avec sa descendance.

4. Plaintes subjectives :

M. N. _____ décrit souffrir de pleurs incontrôlables et importants, d'angoisses, de troubles du sommeil en raison de ses pensées obsédantes et de son inquiétude autour de son mauvais état de santé et de celui de son épouse, ainsi qu'autour de leur mauvaise situation socio-économique. Il décrit également souffrir de perte d'appétit, d'idées suicidaires scénarisées (se jeter d'un pont par exemple), de sentiments de colère et d'injustice quant au retrait de la rente AI en 2006 qui peuvent le mener à avoir des pensées hétéro-agressives. M. N. _____ reconnaît de lui-même consommer trop d'alcool de manière épisodique pour anesthésier ses émotions négatives et chasser ses pensées obsédantes autour de sa situation, de son état de santé et de celui de son épouse. Il déclare pouvoir boire jusqu'à une bouteille de vin et 3 bières de 33cl par jour.

5. Constatations objectives :

M. N. _____ est un homme de 55 ans, faisant plus que son âge, à l'apparence et à l'hygiène correctes. Le cours de la pensée et le discours sont clairs, pas de troubles florides de la lignée psychotique observés. Il se déplace avec lenteur, les mouvements suscitent des douleurs généralisées et, en raison de ces dernières, le patient demande à s'asseoir sur une chaise haute et dure. Notons qu'il ne supporte pas de rester en position assise durant tout l'entretien en raison de ses dorsalgies et qu'il utilise une canne depuis janvier 2008 pour l'aider dans la marche en raison de l'augmentation de ses douleurs et faiblesses à la jambe gauche.

L'humeur est clairement sur le versant dépressif, et nous observons chez M. N. _____ l'éventail des symptômes caractérisant une

dépression d'intensité sévère, ce qui se manifeste par des angoisses, des idées suicidaires scénarisées, une perte de l'estime de soi et de confiance en l'avenir, des troubles du sommeil, une perte d'appétit, des troubles de la concentration, de la mémoire et de l'attention. M. N._____ souffre aussi d'irritabilité, d'idées obsédantes autour de sa santé, de celle de son épouse et de sa situation socio-économique depuis que sa rente Al lui a été retirée en août 2006. Nous observons également que le patient consomme excessivement de l'alcool de manière épisodique, l'alcool semblant remplir pour lui un rôle d'automédication.

[...]

7. Thérapie/Pronostic :

M. N._____ bénéficie d'un suivi psychologique de soutien mensuel depuis octobre 2007 auprès de Mme EE._____, psychologue assistante à la [...]. Son généraliste, le Dr K._____, son généraliste [sic], effectue des prises de sang semestrielles, notamment afin d'évaluer la consommation d'alcool du patient. Le Dr K._____ prescrit également la médication psychotrope, soit du Fluoxetin Mepha 20mg 1cp par jour."

Dans une annexe à leur rapport, les praticiennes de la Fondation FF._____ ont estimé la capacité de travail nulle dans toute profession dès lors que le patient présentait des troubles anxio-dépressifs d'intensité sévère tels que les troubles du sommeil et la perte d'appétit, les idées suicidaires scénarisées, les troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration, ainsi que l'irritabilité - ces symptômes et leur intensité ayant pour conséquence que la reprise d'une quelconque activité professionnelle n'était pas envisageable.

Par rapport du 24 avril 2008, la Dresse GG._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a expliqué avoir vu l'intéressé lors de deux consultations les 3 octobre et 14 novembre 2006. Elle a posé les diagnostics de probable syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme de dorsolombalgies et de pseudosciatalgies gauches dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs rachidiens, status post spondylodèse L5-S1 par vis pédiculaires de L5-S1 bilatérales, PLIF et greffe intertransversaire pour hernie discale L5-S1 gauche, ainsi que de possible épisode dépressif à évaluer. Pour le reste, elle a indiqué qu'il ne lui était pas possible de répondre aux questions posées, ayant examiné l'assuré antérieurement à la mise en place d'une pompe à morphine et ne désirant pas le reconvoquer. Elle a ajouté qu'il lui apparaissait par contre, du point

de vue clinique, qu'une réévaluation psychiatrique et une évaluation des capacités fonctionnelles en situation serait à effectuer.

Au rapport susdit, la Dresse GG._____ a annexé le compte-rendu d'un consilium rhumatologique établi par ses soins le 18 avril 2006, dont il résulte ce qui suit :

"Monsieur N._____ m'a consultée de son initiative le 03.10.06 pour avis rhumatologique dans le contexte d'annulation de la décision d'une rente de l'OAI du canton de Vaud.

Anamnesticquement, la situation était difficilement compréhensible. Ce patient portugais, en Suisse depuis 1980, marié et père de deux enfants exerçait le métier de menuisier qu'il avait appris dans son pays d'origine jusqu'au 18.09.1997, date à laquelle une problématique de lombalgies chroniques s'est manifestée, l'empêchant d'exercer toute activité. Divers avis médicaux ont été demandés : Dr B._____ (unité du rachis du Centre hospitalier X._____), Dr L._____ (CTR d'G._____).

Ces avis concordent dans le sens qu'aucune incapacité de travail n'était retenue. Le patient a été examiné à différentes reprises par le SMR, la dernière fois le 23.01.06 par le Dr I._____ qui retenait la possibilité dans une activité adaptée d'une capacité de travail exigible de 100% depuis 1999 hormis les 4 mois qui ont suivi l'opération de mai 2005. Monsieur N._____ a en effet bénéficié le 02.05.05 d'une spondylodèse L5-S1 par vis pédiculaires L5 et S1 bilatérales, PLIF et greffe inter-transversaire pour hernie discale L5-S1 G.

L'évolution ultérieure a vu s'améliorer les sciatalgies et les déficits sensitivo-moteurs cependant, selon le patient que les lombalgies se sont nettement exacerbées. Malgré la prise de Tramundin et de 4 gr de Dafalgan par jour, Monsieur N._____ annonce des douleurs permanentes, 24 heures sur 24 heures, nécessitant des levers nocturnes de 2 à 4 reprises. Les douleurs sont décrites fusant depuis la région lombaire irradiant vers la région dorsale, le dos et les épaules jusqu'en région cervicale.

Discussion et propositions : sur cette base anamnestic-clinique, complétée par une IRM lombaire du 18.08.06 retrouvant des troubles statiques et dégénératifs rachidiens, je retiens chez Monsieur N._____ le diagnostic de rachialgies pluri-étagées, à prédominance lombaire, dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec status post spondylodèse L5-S1 par vis pédiculaires L5-S1 bilatérales, PLIF et greffe inter-transversaire pour hernie discale L5-S1 G. Il ne m'appartient pas sur le plan psychiatrique, n'étant pas médecin psychiatre de me prononcer sur le plan diagnostique mais tout me porterait à penser que Monsieur N._____ présente probablement un trouble somatoforme douloureux s'accompagnant d'un épisode dépressif, d'ailleurs déjà traité par anti-dépresseurs et suivi psychiatrique. Cette comorbidité psychiatrique semble actuellement à l'avant-plan chez ce patient

chronifié dans sa problématique lombalgique, ne donnant que peu d'espoir d'être convaincu qu'il puisse un jour reprendre le travail."

La Dresse HH._____, psychiatre, du SMR, a examiné le demandeur en date du 4 juin 2008. Il résulte de son rapport du 6 juin 2008 notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE (Z 71.1)

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- SOUFFRANCE SOUS FORME DE DÉSESPOIR ET D'INCOMPRÉHENSION FACE À SA PROBLÉMATIQUE DOULOUREUSE CHRONIQUE, TOUTEFOIS SANS SIGNE STRICT DE DÉPRESSION (F 43.28)
- TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX (F 45.4).

APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit d'un assuré âgé de 55 ans, d'origine portugaise, établi en Suisse depuis 1980.

Menuisier de formation, il exerce son dernier emploi dans son métier jusqu'à une mise en arrêt de travail total au 17.09.1997 en raison d'une problématique douloureuse chronique. L'instruction du dossier est longue, grevée de nombreuses correspondances notamment juridiques, et finalement d'un octroi de rente entière entre décembre 2001 et le 30.09.2006. Un stage COPAI à [...] en février 2007 se solde par un échec au bout de deux jours.

Face à l'instruction actuelle, l'assuré a fourni un document psychiatrique de la Policlinique de [...] daté du 20.03.2008, qui mentionne des diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique (dypsomanie), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de désaccord avec l'OAI (fin de rente).

Etant donné que dans tout son long dossier, l'assuré n'a aucune mention d'atteinte psychiatrique à caractère invalidant, la situation doit être revue face aux nouveaux éléments apportés.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'un assuré dont l'anamnèse familiale et personnelle sont vierges jusqu'à l'événement actuel. Face à sa problématique douloureuse qui a motivé une mise en arrêt de travail dès 1997, plusieurs appréciations psychiatriques ont été réalisées, dont les conclusions ont toujours été rassurantes sur le plan de l'exigibilité professionnelle. On peut signaler parmi elles le rapport de consultation du Dr T._____, du Centre psychosocial d'[...], daté du 05.03.1998 où des diagnostics de somatisation, de

lombalgies chroniques sur protrusion discale L4-L5 et L5-S1, d'un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé et de difficultés dans les rapports avec le conjoint sont mentionnés.

L'expertise médicale COMAI du 15.03.2001 réalisée à la Permanence OO. _____ mentionne un trouble somatoforme douloureux, une personnalité à traits rigides et des dorso-lombalgies chroniques récidivantes avec irradiations pseudo-radiculaires G. Le rapport du médecin traitant, le Dr K. _____ du 03.06.1998 mentionne un léger état anxio-dépressif réactionnel à des problèmes physiques et à une situation conjugale et familiale.

L'examen de ce jour montre un assuré vif et collaborant, dont l'intelligence est bien présente. L'intéressé ne formule aucun symptôme dépressif ; il se reconnaît comme très souffrant, fâché car se sentant incompris, revendicateur face à un traitement qu'il considère comme injuste et pour lequel il a sollicité un avocat, mais aucune plainte de l'ordre strict de la dépression ne surgit. Le status est parfaitement en accord, il s'agit d'un homme non ralenti, dont l'attention et la concentration sont de très bonne qualité (notamment sa mémoire des dates est exceptionnelle), qui a du plaisir à s'occuper de ses oiseaux entre autres, qui se réjouit d'être deux fois grand-père à la fin de cette année, qui mène une vie sociale riche, qui lit (la Bible) et qui n'a jamais élaboré de scénario suicidaire.

Le diagnostic mentionné de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique rédigé dans le rapport de la Policlinique de [...] du 20.03.2008 est ainsi fort difficile à justifier : d'une part, il n'y a aucun antécédent de trouble dépressif d'une intensité importante (donc pas de récurrence possible), d'autre part, le status de ce jour ne montre aucun signe de dépression. Ce rapport, sous « Constatations subjectives » en page 3, mentionne une énumération de signes de dépression qui ne s'appuie sur aucune observation et met clairement la clinique en corrélation avec le retrait du droit à la rente en août 2006. Il est compréhensible et incontestable que l'assuré puisse être fâché de ce retrait, mais aucun signe clinique ne permet de signer une dépression ni même une mise en position dépressive. Pour tenter d'expliquer cette surprenante appréciation, il faut signaler que ce rapport a été rédigé par une psychologue assistante et non par un médecin psychiatre et que le médecin associé, la Dr DD. _____ qui a contresigné ce rapport, n'est pas connue par l'assuré. Ce rapport médical n'est pas médicalement probant. La fréquence mensuelle des rendez-vous (avec un suivi globalement non médical) et la légèreté du traitement antidépresseur prescrit (20 mg par jour de Fluoxétine®) sont également rassurants.

Face aux autres diagnostics mentionnés, la consommation d'alcool signalée comme épisodique ne laisse aucun stigmate sur l'assuré qui pourrait prendre un caractère invalidant, le désaccord avec l'OAI n'est pas un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et le syndrome douloureux somatoforme persistant doit, selon la jurisprudence, être soumis aux critères de gravité dont l'évaluation suit :

L'assuré n'a aucune comorbidité psychiatrique qui puisse prendre un caractère invalidant. Les affections corporelles chroniques ont été dûment investiguées dans les documents précédents, il n'y a aucune raison psychiatrique à ce que l'assuré n'exerce pas une activité professionnelle adaptée. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, le processus maladif dure maintenant depuis 11 ans, mais l'assuré a été capable entretemps de voyager, de s'occuper de ses animaux et de mener une vie sociale et sentimentale actives. Le processus défectueux de résolution de conflit semble être actuellement une attitude revendicatrice face aux institutions. Les traitements conformes aux règles de l'art sont à ce point inefficaces, qu'ils appuient l'origine non organique de la problématique douloureuse. La coopération a été bonne durant l'entretien psychiatrique, mais la motivation à reprendre un emploi est fortement discutable au vu du déroulement du stage du COPAI de février 2007 et des documents médicaux antérieurs.

En conséquence, l'examen psychiatrique de ce jour ne permet de mettre en évidence aucun élément nouveau face à l'appréciation de l'état de santé de cet assuré, aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique ne porte préjudice à son exigibilité professionnelle.

Les limitations fonctionnelles : aucune sur le plan psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? L'assuré a été mis en arrêt de travail total le 17.09.1997. Cette mise en arrêt n'est pas motivée par une atteinte psychiatrique à la santé[.]

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle lucrative. Bien que son profil de personnalité puisse avoir quelques traits rigides comme perçu dans les documents psychiatriques antérieurs et que sa motivation pour une reprise d'emploi n'apparaît pas comme très vive, l'assuré n'a pas d'atteinte psychiatrique à caractère invalidant et n'en a jamais eue. Il n'y a donc pas d'incapacité de travail d'ordre psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible, sur le plan strictement psychiatrique, elle est totale comme elle l'a toujours été.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE (MENUISIER) : 100% SUR LE PLAN STRICTEMENT PSYCHIATRIQUE.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% SUR LE PLAN STRICTEMENT PSYCHIATRIQUE.

DEPUIS TOUJOURS."

A teneur d'un projet de décision du 12 août 2008, l'OAI a fait savoir au demandeur qu'il avait l'intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que de mesures professionnelles.

L'intéressé a contesté ce projet par acte du 25 août 2008 ultérieurement complété le 5 janvier 2009, estimant en substance pouvoir prétendre à une rente d'invalidité.

Dans un avis médical du 17 février 2009, les Drs NN._____ et II._____, du SMR, ont écrit notamment ce qui suit :

"Les examens cliniques SMR d'avril 2005 et de janvier 2006 ont été réalisé[s] en pleine connaissance du dossier médical, prennent en considération les plaintes de l'assuré, reposent sur un examen clinique rhumatologie approfondi, ainsi que l'étude des documents radiologiques et fourni[ssent] une appréciation médicale claire et convaincante. Au vu de l'atteinte ostéo-articulaire de l'assuré, aucune IT n'était médicalement justifiée entre 1997 et décembre 2000 dans l'activité habituelle de menuisier (conclusion rejoignant l'expertise COMAI réalisée en octobre 2000), une IT de 50% était justifiée entre décembre 2000 (date de l'atteinte nouvelle objectivée par le Dr S._____) et septembre 2004, puis IT à 100% justifiée depuis septembre 2004, date d'une nouvelle aggravation objectivée par l'IRM lombaire du 15.09.2004. Par contre, cette atteinte ne contre-indique pas une pleine CT dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles émises.

Le Professeur E._____ a examiné l'assuré en date du 27.06.2001 à la lumière du rapport médical du Dr S._____ (21.05.2001) qui révélait une exacerbation des lombalgies depuis décembre 2000 et objectivait une lombosciatalgie L5 gauche nouvelle avec un syndrome radiculaire ambigu et des troubles sensitifs au niveau du membre inférieur gauche, l'absence de déficit moteur, et quelques signes de dénervation aigu[ë] dans le myotome L5 gauche à l'EMG, signes qui n'existaient pas lors des EMG précédents (voir RM du 29.09.1997 - Dr P._____ et du 01.05.1998 - Dr S._____).

Lors de l'examen clinique SMR d'avril 2005, le Dr I._____ prend en compte cette nouvelle atteinte, puisqu'il retient une IT de 50% dès décembre 2000 dans l'activité habituelle de menuisier, rejoignant ainsi l'avis du Prof. E._____. Il n'y a donc aucune divergence sur ce point. De plus, bien que le Professeur E._____ donnait un pronostic post-opératoire défavorable, tenant compte non seulement de l'aspect médical, mais également de l'environnement socio-économique de l'assuré, force est de constater que suite à l'intervention de mai 2005, une amélioration a été objectivée lors de l'examen clinique SMR de janvier 2006 : disparition de la sciatalgie gauche et des troubles moteurs du membre inférieur gauche détectés lors de l'examen clinique SMR d'avril 2005 ; les troubles sensitifs du membre inférieur gauche ne sont plus ressentis spontanément, bien que toujours détectables au testing.

A noter que l'intervention de mai 2005 intervient après une nouvelle aggravation de l'état de santé de l'assuré objectivée par IRM en septembre 2004 et que, par conséquent, l'indication opératoire se fonde sur une situation médicale différente de celle de juin 2001, date de l'examen par le Prof. E._____."

Par décision du 30 avril 2009, l'OAI a confirmé son projet en particulier pour les motifs suivants :

"Résultat de nos constatations :

Vous avez cessé votre activité de menuisier en date du 18 septembre 1997.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration recueille des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré et, le cas échéant, fait procéder à des expertises par des médecins neutres. 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.

Nous avons mandaté le COMAI de [...] pour une expertise pluridisciplinaire qui a eu lieu entre le 31 octobre 2000 et le 8 novembre 2000.

Dans son rapport d'expertise du 15 mars 2001, le COMAI indique que votre état de santé n'entrave aucunement votre capacité de travail et de gain qui demeure intacte.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, les constatations émanant des médecins consultés 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. Dès lors, en cas d'avis médicaux contradictoires, l'avis du spécialiste, respectivement de l'expert, doit en principe l'emporter sur l'avis du médecin traitant / des médecins consultés, pour autant qu'il ait pleine valeur probante et que l'avis du médecin traitant / des médecins consultés ne soit pas de nature à mettre en doute ses conclusions (ATF 125 V 350 spéc. cons. 3b/cc p. 353 et la jurisprudence citée ; VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106 ; RCC 1988 pp. 504 ss).

L'expertise du COMAI se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

De ce fait, force est de constater que vous ne présentiez pas d'atteinte à la santé invalidante.

Votre état de santé s'est cependant péjoré, et depuis décembre 2000 vous présentez une incapacité de travail dans votre activité de menuisier (en 1^{er} lieu incapacité de travail de 50 %, puis dès le 1^{er} septembre 2004 une incapacité totale de travail).

Toutefois, les différents examens cliniques réalisés au sein du Service Médical Régional AI (SMR), à savoir un examen clinique rhumatologique effectué le 20 avril 2005, ainsi que le 23 janvier 2006, et un examen clinique psychiatrique effectué le 4 juin 2008,

relèvent que votre capacité de travail demeure intacte dans une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical (à savoir ; position statique assis / debout au-delà de 30 minutes, soulèvement régulier de charges au-delà de 5 kg, port régulier de charges au-delà de 12 kg, travail en porte-à-faux prolongé du tronc).

De ce fait, afin de déterminer votre préjudice économique, et par conséquent le degré d'invalidité, présenté à l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'article 29 aLAI, soit au 1^{er} décembre 2001, le revenu que vous auriez pu obtenir en poursuivant votre activité de menuisier, à savoir CHF 65'014.95, est comparé aux gains que vous pouvez percevoir dans l'exercice à plein temps d'une activité lucrative adaptée.

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 2000, CHF 4437.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, 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 2000 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'625.57 (CHF 4'437.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 55'506.87.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2000 à 2001 (+ 2.50 % ; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 56'894.54 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

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 des limitations fonctionnelles présentées ainsi que de votre âge, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 51'205.09.

Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant ;

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

| | | | | |
|----------------------------|-----|-----------|---|-------------------------------|
| sans invalidité | CHF | 65'014.95 | | |
| avec invalidité | CHF | 51'205.10 | | |
| La perte de gain s'élève à | CHF | 13'809.85 | = | un degré d'invalidité de 21 % |

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Nous précisons qu'il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail « fût-ce au prix d'efforts même importants ». Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas ; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique, voire le manque de bonne volonté) (RCC 19978, 65 : 1970, 162 [sic]).

Enfin, le droit au reclassement existe si, compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable est de 20% au moins (RCC 1984 p. 95, 1966 p. 410). Le reclassement n'est pas nécessaire si l'assuré est déjà suffisamment réadapté ou s'il est possible de lui offrir un poste de travail approprié sans formation supplémentaire (RCC 1963 p. 127).

Dans l'exercice d'une activité adaptée à votre handicap, sans formation professionnelle préalable, vous pourriez réaliser un revenu excluant un préjudice économique égal ou supérieur à 20 %, de sorte que le droit au reclassement ne vous est pas ouvert.

Nous vous informons toutefois que sur demande expresse de votre part nous serions prêts à envisager la mise en place d'une aide au placement pour autant que vous soyez prêt à mettre en valeur votre capacité de travail médicalement exigible de 100 % qui vous est reconnue dans une activité adaptée."

Le 14 mai 2009, le Dr CC. _____ a écrit au Dr K. _____ ce

qui suit :

"J'ai revu à ma consultation votre patient susnommé le 11.05.2009 catastrophé en raison d'un refus de prestations AI récemment reçu. Il se plaint toujours de rachialgies et de douleurs polyarticulaires diffuses et migrantes entraînant une impotence fonctionnelle significative dans ses activités de la vie quotidienne le limitant dans son périmètre de marche à 250 mètres avec une canne anglaise à G, les positions debout de plus de 10 minutes et assis[e] [...] de plus

de 15 minutes. Il signale également des vellétés su[i]cides depuis qu'il a perdu son épouse qui est décédée et qu'il doit tout assumer.

Le status de ce jour met en évidence des limitations rachidiennes au tiers de course tant en latéro-flexion qu'en intéra-flexion, la palpation des différents groupes musculaires est diffusément douloureuse, la marche est hésitante avec boiterie et nécessite l'utilisation d'une canne anglaise à G.

Dès lors, au vu du status et surtout des conséquences sur le psychisme avec apparitions de vellétés su[i]cides et qu'il a mal partout, il paraît peu imaginable que M. N. _____ puisse réintégrer le circuit professionnel ce d'autant plus qu'il a subi plusieurs interventions neurochirurgicales et est bénéficiaire d'une pompe à Morphine déjà difficilement gérable."

Par acte du 5 juin 2009, N. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours à l'encontre de la décision rendue par l'OAI le 30 avril 2009, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Dans le cadre de cette procédure, une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Centre [...] (ci-après : le Centre JJ. _____). A la suite d'exams cliniques réalisés les 12 et 13 octobre 2011 ainsi que le 28 mars 2012, les Drs KK. _____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, LL. _____, spécialiste en rhumatologie, et MM. _____, spécialiste en neurologie, ont établi leur rapport le 28 juin 2012. Ils ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches chroniques depuis 1997 et de fixation postérieure L5-S1 de type PLIF le 2 mai 2005. En guise de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu ceux de trouble mixte de la personnalité, de trouble anxieux sans précision et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool nocive pour la santé. Les experts ont par ailleurs formulé les conclusions suivantes :

"Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan neurologique, Monsieur N. _____ se plaint de douleurs lombaires pouvant irradier le long du rachis jusqu'au niveau de la nuque et des deux épaules, douleurs constantes, exigeant qu'il change de position. A cela s'ajoutent des douleurs au niveau de la hanche droite et surtout des sciatalgies gauches de topographie externe apparaissant après 5 minutes de station debout sur place ou 150-200 mètres de marche, l'obligeant à s'asseoir.

Monsieur N. _____ ne rapporte pas de troubles douloureux et sensitivomoteurs du niveau des membres supérieurs. Au niveau des membres inférieurs, il déclare ne pas présenter de troubles sensitifs depuis l'opération et ne sait pas s'il présente des déficits moteurs (ce qui est en contradiction avec le résultat de l'examen clinique). Il mentionne par contre des difficultés pour uriner et avait mentionné par le passé une impuissance sexuelle[.]

En résumé, chez un patient plutôt touchant, sympathique, collaborant, mais assez démonstratif dans ses plaintes et ses limitations, on note une nuque de mobilité tout au plus légèrement limitée, sans provocation de douleurs ou de paresthésies et sans contracture des muscles para-vertébraux cervicaux. L'examen du rachis dorsolombaire révèle de discrets troubles statiques vertébraux, une percussion lombaire basse sensible, une cicatrice d'intervention calme, pas de contracture de la musculature paravertébrale mais une limitation de la flexion antérieure maximale apparemment importante avec provocation de douleurs locales. La marche spontanée se fait avec une importante boiterie et usuellement une canne. La station sur la pointe des pieds et sur les talons est entachée de lâchages des deux côtés plus nettement à gauche. L'examen des membres supérieurs est sans anomalie tant en direction d'une atteinte radiculaire que d'une polyneuropathie notamment diabétique. A l'examen des membres inférieurs, les points de Valleix sont bilatéralement négatifs et la manœuvre de Lasègue est tout au plus actuellement légèrement sensible en fin de mouvement. La trophicité musculaire et les réflexes tendineux sont bien préservés[.] Le testing de la force musculaire est sans particularité à droite et entaché de phénomènes de lâchages à gauche sans qu'on acquière la conviction d'un franc déficit moteur. L'examen de la sensibilité révèle une hypoesthésie tactile et douloureuse intéressant la face externe du MIG et le dos du pied gauche, sans troubles sensitifs superficiels à droite. La sensibilité posturale et vibratoire est préservée pour l'âge, il n'y a notamment pas d'éléments en direction d'une atteinte polyneuropathique diabétique.

L'examen clinique a été complété par un ENMG des deux membres inférieurs. Cet examen ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du MID et dépendant des myotomes L3 à S1. A l'étude du MIG, on ne note pas de signe de dénervation spontanée et les tracés aux mouvements sont à basse fréquence pour des mouvements cliniquement ébauchés uniquement.

En conclusion, compte tenu des conditions de collaboration, l'ENMG ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des deux membres inférieurs et dépendant des myotomes L3 à S1 avec au niveau du MIG des tracés à basse fréquence permettant d'attribuer raisonnablement les déficits moteurs constatés cliniquement à des phénomènes de lâchages.

Nous avons revu les documents radiologiques à disposition. L'IRM lombaire du 15.09.2004 montre indubitablement une importante discopathie L5-S1 avec présence de matériel discal L5-S1 gauche comprimant les racines L5 et S1. L'IRM lombaire de contrôle du

18.08.2006 montre un status après fixation L5-S1 avec matériel en place et l'absence de franche hernie discale. Pas d'anomalie majeure non plus aux niveaux L3-L4 et L4-L5.

En conclusion, sur le plan neurologique, les documents objectifs à disposition (examen clinique ; ENMG ; IRM lombaire du 18.08.2006) ne démontrent pas d'atteinte neurologique et notamment radriculaire persistante significative même s'il est indubitable que les documents radiologiques mettent en évidence des altérations dégénératives disco-vertébrales lombaires et un status après spondylodèse postérieure L5-S1. Il paraît donc exister une discordance nette entre l'importance des plaintes alléguées par Monsieur N. _____ et leur répercussion potentielle sur toute activité professionnelle envisageable d'une part et l'absence d'atteinte neurologique objectivable d'autre part[.]

A relever également qu'au niveau cervical, l'examen clinique ne démontre aucune atteinte neurologique et notamment aucune atteinte radriculaire.

On relèvera également que l'examen clinique ne démontre pas non plus d'atteinte polyneuropathique en relation avec le diabète.

Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuel bien que l'indication au traitement de pompe à morphine et de physiothérapie régulière soit sujette à caution compte tenu de l'absence d'une part d'amélioration sous les traitements précités et de l'absence d'atteinte somatique clairement objectivable d'autre part.

Sur le plan de la capacité de travail, en dehors d'une activité physiquement particulièrement lourde et nécessitant le port régulier de charges importantes, il n'y a pas au présent bilan d'éléments permettant de retenir une incapacité de travail significative. L'activité de menuisier étant une activité à considérer comme physiquement relativement lourde, on doit admettre que Monsieur N. _____ n'est vraisemblablement plus apte à exercer cette activité à titre définitif (incapacité de travail complète). Par contre, dans une activité ne nécessitant pas un engagement physique lourd et le port régulier de charges de plus de 10 kg, et enfin autorisant des changements relativement fréquents de positions assis/debout, rien ne s'oppose à ce que Monsieur N. _____ travaille à plein temps avec un rendement de 100%.

Il est clair qu'il s'agit là d'une appréciation médico-théorique dans le contexte global.

Compte tenu de l'âge du sujet et de l'échec des tentatives préalables de même que de la durée de l'incapacité de travail, il n'y a bien entendu pas lieu d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle.

[S]ur le plan rhumatologique, depuis la pose de la pompe à morphine en mai 2007, les lombalgies sont moins importantes, mais toujours présentes, augmentées principalement après 15 minutes en position assise, irradiant dans la région paradorsale et paracervicale gauche, obligeant Monsieur N. _____ à se lever et à marcher un

moment. Il mentionne également des douleurs de lombosciatalgies gauches qui ont réapparu en 2008 de manière moins importante qu'avant l'intervention, présentes principalement à la marche, l'obligeant à marcher avec une canne et à s'asseoir après 300 mètres. Les douleurs cèdent après quelques minutes et il peut repartir.

En raison de ces douleurs, il ne peut pas porter de poids, même légers, et ne peut pas rester debout longtemps.

Monsieur N. _____ a toujours sa pompe à morphine (qu'il ne peut pas régler), prend également du Dafalgan et de l'Irfen pour ces douleurs et fait de la physiothérapie régulièrement.

A l'examen clinique, on note des troubles statiques du rachis, un important syndrome vertébral lombaire avec une importante rectitude dans tous les mouvements avec une importante ptose abdominale. Il a des difficultés à garder une position physiologique correcte du tronc, debout et assis.

Le reste de l'examen clinique est normal, il n'y a pas de manifestation douloureuse manifeste. On note un foëtor alcoolique.

Les différents examens complémentaires montrent que le matériel d'ostéosynthèse est en place.

En conclusion, Monsieur N. _____ présente des lombalgies ainsi que des sciatalgies gauches résiduelles après fixation postérieure de type PLIF L5-S1 en mai 2005. Les douleurs sont très légèrement améliorées par un traitement important, avec une pompe à morphine, des antalgiques, des antidépresseurs ainsi que de la physiothérapie.

Il est difficile dans un contexte évoluant depuis 1989, soit 23 ans, de faire la part des choses. Initialement un traitement conservateur a suffi, longtemps il y a eu absence d'indication chirurgicale, mais les échecs thérapeutiques se sont succédés, les notions de démonstration, histrionisme, trouble somatoforme ont été avancés. Finalement Monsieur N. _____ a subi un traitement relativement lourd avec un succès relatif, soit l'opération mentionnée, puis la pompe à morphine. On peut relever que l'expertisé ne peut pas régler lui-même le débit celle-ci, la question de la compliance ne se pose pas.

Il n'est donc plus possible aujourd'hui de considérer la situation comme il y a quelques années. L'échec d'un traitement lourd, qui a été accepté par Monsieur N. _____, pose problème. Les douleurs résiduelles sont crédibles, elles justifient des limitations que l'expertisé décrit lui-même, soit de ne pouvoir pas rester en position assise plus de 15 minutes, sur ce point on notera qu'il s'est levé environ toutes les 15 à 20 minutes pendant l'anamnèse et l'examen clinique.

Monsieur N. _____ ne peut pas rester debout longtemps et ne peut pas porter de charges. Il est limité dans son périmètre de marche et s'aide d'une canne.

La capacité de travail est nulle dans l'activité antérieure de menuisier, ce probablement depuis septembre 1997. En raison des limitations décrites et des douleurs, des effets secondaires de la médication et de la morphine par la pompe (possibilité de nausées, vomissements, constipation, éventuellement somnolence), une activité adaptée ne paraît plus possible.

Sur le plan psychique, Monsieur N._____ se plaint d'une tristesse consécutive au décès de son épouse, en 2008 ; d'un sentiment d'inutilité qui l'amène à être inactif, d'un sommeil envahi par des cauchemars et de crises d'angoisse.

Il décrit une humeur variable, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une fatigabilité et une alternance de ralentissement et d'agitation.

Actuellement, il déplore surtout son anxiété quant au futur et il rapporte une tension nerveuse qui augmente avec ses difficultés à la marche.

Il se définit comme tolérant depuis qu'il est témoin de Jehovah. C'est grâce à cette croyance qu'il dit ne pas mettre fin à ses jours.

Par ailleurs, il rapporte aussi une symptomatologie neurovégétative.

Il se présente comme une victime de son état physique et de ses problèmes avec les assurances[.]

Sa pensée est focalisée sur l'injustice qu'il vit[.]

Il revendique ses douleurs, la perte brutale de son épouse et les problèmes qu'il rencontre avec l'AI.

Monsieur N._____ s'est montré par moment émotionnellement labile, principalement à l'évocation du décès de son épouse qu'il a immédiatement évoqué dans un discours entrecoupé de sanglots. Sa labilité le conduit à montrer parfois une certaine froideur qui contraste avec les moments d'éruption de sanglots parfois démonstratifs.

Cette discordance avait déjà été relevée dans l'expertise à la Permanence OO._____, lors de l'évocation par l'expertisé de son séjour en Angola et de son vécu à la guerre.

L'émoussement de l'affectivité, la sensibilité excessive aux injustices dans les milieux du travail auparavant et par rapport à l'OAI aujourd'hui, les traits démonstratifs, la rigidité psychique de l'expertisé nous permettent de retenir un Trouble mixte de la personnalité : F61.0, comme l'avaient déjà fait les experts de la Permanence OO._____, en novembre 1999.

Le Dr PP._____ relève, quant à lui, aussi les défenses archaïques de son patient, une tendance projective et interprétative, un sentiment de persécution et une incapacité à s'adapter à la réalité.

Nous n'adhérons par contre pas à son point de vue lorsqu'il affirme que le fonctionnement de son patient est psychotique ; que celui-ci

n'arrive pas à se structurer depuis le décès de son épouse et qu'il a impérativement besoin de repères extérieurs, tels les Témoins de Jehova. Il faut toutefois relever qu'il en faisait déjà partie avec son épouse.

Il décrit par ailleurs son patient plus comme labile que démonstratif, ce qui est [en] effet possible, mais que nous ne pouvons pas confirmer après un seul entretien.

Les traits démonstratifs ont été mentionnés dès 1998, notamment les Docteurs Z._____ et L._____. Ce dernier parlait même d'histrionisme.

On constate qu'à de nombreuses reprises, Monsieur N._____ est très projectif (c'est à cause de l'absence de la maîtresse qu'il a dû doubler une année scolaire, c'est à cause de la mort de son épouse qu'il va mal aujourd'hui, trois ans après).

C'est vraisemblablement en raison donc de ce trouble de la personnalité que le deuil de l'épouse est d'emblée avancé par Monsieur N._____ comme la cause de tous ses maux aujourd'hui.

L'expertisé est aussi par moment rigide. Lorsque l'on reprend par exemple, avec Monsieur N._____, son histoire sur le plan psychiatrique, on voit qu'il dément fermement les problèmes d'alcool relevés déjà en 1997. Il voulait même déposer plainte contre la policlinique pour avoir posé un tel diagnostic.

S'il reconnaît avoir consommé, les quantités absorbées ne lui semblent pas par contre démesurées.

En raison de sa personnalité mal structurée, Monsieur N._____ n'a peut-être pas pu faire correctement son travail de deuil, mais il ne s'agit pas pour autant d'un deuil pathologique.

Il y a aussi une symptomatologie anxieuse qui prime sur les éléments de la lignée dépressive.

Les éléments dépressifs sont aujourd'hui d'intensité relativement légère et ne sont pas constitutifs d'un diagnostic au sens de la CIM 10, à eux seuls.

Par ailleurs, les éléments dépressifs qui ont pu être objectivés n'ont pas toujours corroboré avec ceux que l'expertisé rapportait et les avis médicaux ont parfois été très contradictoires.

En 1997, lorsque Monsieur N._____ est adressé au Centre [...], sa thymie semble normale. Celle-ci a fluctué au fil du temps et des rapports, mais est resté plutôt à un niveau léger.

Au vu de la symptomatologie anxieuse, rapportée actuellement dans l'anamnèse : doutes quant au futur, tension nerveuse, crises d'angoisse accompagnées de manifestations physiques (perte de force dans les jambes...), neurovégétatives (tachycardie, sensations d'oppression, de pulsation, de constriction aussi bien dans la gorge que dans la poitrine, d'évanouissements, vertiges, impressions de chaleur et de froid, transpiration), des difficultés à avaler et des

perception d'odeurs désagréables et de nos constatations lors de l'entretien: irritabilité, tension nerveuse, émotions inadéquates nous retiendrons le diagnostic de Trouble anxieux, sans précision F41.9.

Le Dr PP. _____ décrit, quant à lui, l'état de son patient comme principalement anxieux avec des crises de panique et évoque des angoisses de morcellement[.]

Un diagnostic de trouble somatoforme a été évoqué et parfois posé. La problématique rhumatologique, avec le traitement lourd associé et les douleurs résiduelles, nous font écarter ce diagnostic[.] Il est par contre probable, comme le mentionne le Dr CC. _____ en 2008, qu'il y ait une importante diminution de la tolérance à la douleur, probablement dans un contexte psycho-social et neurochirurgical chargé.

Les consommations d'alcool de Monsieur N. _____ sont connues de longue date. Elles ont été majorées avec la symptomatologie douloureuse en 1997. Ses conséquences somatiques ont été alors objectivées que ce soit à l'échographie hépatique ou par la perturbation des tests sanguins.

Ces consommations ont encore été augmentées suite au décès de son épouse et perdurent aujourd'hui.

On retient donc le diagnostic de Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : utilisation nocive pour la santé F10.1[.]

Il s'agit d'un alcoolisme secondaire aux troubles dépressifs préalables et aux troubles anxieux actuels[.]

De son côté, Monsieur N. _____ décrit, en 2001, une péjoration de son état psychique qu'il ne peut spécifier, après le refus de rente Al. Il relève néanmoins une amélioration de son état psychique parallèlement à l'annulation du projet de décision du 23 mai 2001 et à l'octroi d'une rente complète dès le 01.12.2001.

Il déplore une rechute en 2006, lorsqu'à la fin du mois d'août en lien avec le fait que sa rente lui a été coupée sans préavis. *Ma femme était malade, je souffrais et n'ayant plus d'argent, j'étais obligé de m'adresser à l'aide sociale.*

On voit par[-]là que les troubles psychiques présentés par l'expertisé sont en relation directe avec les problèmes d'octroi de rente.

Le Dr HH. _____ le confirmait par ailleurs et mentionnait que l'énumération de signes de dépression ne s'appuyait sur aucune observation et mettait clairement la clinique en corrélation avec le retrait du droit à la rente en 2006.

On relève aussi que les rapports médicaux sont souvent contradictoires et ne mettent pas tous en évidence d'atteinte psychique à caractère invalidant.

Il est fort probable néanmoins que, suite au décès brutal de son épouse, la capacité de travail de Monsieur N. _____ ait été

diminuée, voire été nulle pour des raisons psychiques pendant un temps délimité.

Les allégations de Monsieur N. _____ et l'analyse du dossier ne nous permettent pas d'envisager d'autre date d'incapacité de travail que celles établies dans le dossier.

Nous considérons toutefois qu'une incapacité de travail totale du point de vue psychique, après le décès de l'épouse de Monsieur N. _____, était justifiée.

Le Dr N. _____ estime que son patient pourrait, du point de vue psychique, travailler aujourd'hui à temps partiel.

Nous ne pouvons pas objectiver aujourd'hui une symptomatologie invalidante à ce jour. La capacité de travail est complète en temps et en rendement."

Cela étant, répondant aux questions posées par la juridiction cantonale, les experts ont retenu qu'une incapacité de travail de 20% au moins existait, au point de vue médical, depuis 1997. Ils ont également précisé qu'il était vraisemblable que des facteurs psychiques puissent à certains moments jouer un rôle d'amplification de la douleur et que, dans le cas du demandeur, une baisse du seuil à la douleur avait aussi été évoquée. Ils ont estimé que l'influence du psychisme n'était cependant pas suffisante pour expliquer l'ensemble du tableau.

Dans un rapport complémentaire du 26 novembre 2012, les experts ont précisé ce qui suit :

"Monsieur N. _____ présente des lombalgies chroniques de longue date. En 2005, il a subi une intervention chirurgicale avec fixation postérieure L5-S1. Depuis, il se plaint toujours de lombalgies importantes, l'empêchant de rester plus de 15-20 minutes dans une même position. Malgré le fait que les lombalgies étaient déjà présentes avant l'intervention, elles sont restées persistantes après, ayant nécessité de nombreux gestes sur le rachis (infiltrations, thermo coagulation, pose d'une pompe à Morphine), ce qui n'avait pas été effectué auparavant.

On peut donc considérer que les douleurs lombaires se sont aggravées suite à cette intervention.

Lors de l'expertise rhumatologique en octobre 2011, il existait plusieurs éléments objectifs accompagnant les plaintes de Monsieur N. _____ : observation de grandes difficultés à rester assis plus de 15-20 min, de difficultés à marcher (marchait avec une canne et une petite boiterie antalgique). A l'examen clinique, on notait un syndrome vertébral lombaire et des troubles statiques antalgiques.

Le traitement de la douleur est important, avec des effets secondaires (le rend confus, le tape dans la tête (p 8), diminution de l'appétit (p 9), troubles neurovégétatifs (p 10)...), effets connus dans les traitements appliqués.

En conclusion, Monsieur N._____ présente des lombalgies chroniques résiduelles post PLIF que l'on peut considérer comme un *failed back surgery syndrome*, avec entre 10 et 40% de douleurs persistantes après une chirurgie du dos[...].

Les limitations fonctionnelles sont :

- Pas de ports de charges
- Pas de travaux lourds
- Pas de position assise plus de 15 minutes
- Pas de position debout statique
- Pas de marche plus de 15 minutes
- Pas de position penchée en avant devant un poste de travail
- Pas de poste de travail avec une activité nécessitant une attention soutenue.

Nous avons estimé qu'aucune activité professionnelle n'était possible.

Il est évident que sur un plan médico-théorique, on peut retenir que Monsieur N._____ a une capacité de travail complète dans une activité adaptée qui tienne compte de toutes les limitations. Nous n'avons pas connaissance d'un poste qui respecte tous ces critères. Il appartient cependant à l'Assurance Invalidité de définir ce poste."

Par avis médical du 11 décembre 2012, la Dresse II._____ et le Dr QQ._____, du SMR, ont pris position comme suit :

"Les experts considèrent que les douleurs lombaires que présente l'assuré se sont aggravées suite à l'intervention neurochirurgicale de 2005. Devant la persistance de lombalgies chroniques résiduelles après l'intervention de 2005, les experts retiennent un diagnostic de failed back surgery syndrome, responsable d'un certain nombre de limitations fonctionnelles qui sont détaillées dans leur rapport médical du 26.11.2012. D'un point de vue médico-théorique, ils admettent une pleine capacité de travail dans une activité respectant toutes ces limitations.

Il n'y a pas lieu de s'écarter de ces conclusions. Il appartient à un spécialiste en réadaptation de savoir si un tel poste de travail existe.

[...] le rapport médical du 26.11.2012 ne nous apporte pas de nouveaux renseignements quant à l'évolution de l'IT dans une activité adaptée depuis 1989. Toutefois, l'on peut faire l'hypothèse [...], au vu des examens cliniques SMR au dossier, que compte tenu que les experts du Centre JJ._____ considèrent que les douleurs lombaires se sont aggravées depuis l'intervention de 2005 et que compte tenu qu'il[s] retiennent une CT médico-théorique complète dans un activité strictement adaptée à ce jour, la CT dans une

activité adaptée a toujours été entière, hormis durant les périodes d'hospitalisatio[n] et de rééducation post-opératoire."

D'un avis de la Division de la réadaptation de l'OAI du 4 février 2013, il est ressorti ce qui suit :

"En nous basant sur le rapport médical du 28.11.12 du Centre JJ._____ et les limitations y figurants, nous pouvons donc exclure :

- Les activités manuelles physiques (ports de charges, travaux lourds, positions)
- Les activités de type administratives ainsi que les activités industrielles légères sur établi (positions assise, debout statique, penchée en avant sur poste de travail, attention soutenue)
- Les activités légères mobiles (ports de charges, positions debout, marche de plus de 15 min.)

Au vu de ce qui précède et en tenant compte de la situation générale de l'assuré (âge, niveau de formation, ressource personnel[le]...), il nous semble irréaliste d'envisager une activité professionnelle dans l'économie normal[e] ceci même avec l'aide de mesure professionnelle."

Se déterminant le 5 février 2013, l'OAI a retenu que le demandeur était en incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 2 mai 2005 et que, l'intéressé ayant bénéficié d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2001 au 31 août 2006, la décision du 30 avril 2009 devait être réformée en ce sens qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2006, sous déduction des indemnités journalières versées du 5 au 7 février 2007.

Par acte du 5 mars 2013, le demandeur a notamment relevé que l'OAI adhérait à sa conclusion tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2001, étant entendu qu'il avait perçu une rente entière entre le 1^{er} décembre 2001 et le 31 août 2006.

Par arrêt du 11 juin 2013 (AI 278/09 - 142/2013), la Cour des assurances sociales, considérant l'expertise du Centre JJ._____ comme pleinement probante, a admis le recours déposé le 5 juin 2009 et réformé la décision rendue le 30 avril 2009 par l'OAI en ce sens qu'une rente entière d'invalidité devait être versée au prénommé dès le 1^{er} septembre

2006 sous déduction des indemnités journalières versées dès cette date, le recours étant sans objet pour la période du 1^{er} décembre 2001 au 31 août 2006 dans la mesure où la rente entière avait déjà été versée pendant cette période.

C. Le 13 août 2013, N._____ a communiqué à la Caisse R._____ l'arrêt cantonal susmentionné. Le 5 septembre 2013, cette dernière lui a répondu notamment ce qui suit :

"Dans votre courrier, vous nous avez indiqué qu'aucun recours n'a été déposé auprès du Tribunal fédéral suite à l'arrêt rendu par la CASSO en date du 11 juin 2013.

Dès lors, puisque la date de début à une rente d'invalidité de l'AI, soit le 1^{er} décembre 2001, a été confirmée par l'arrêt de la CASSO, il n'appartient pas à notre caisse de verser une rente d'invalidité du deuxième pilier à Monsieur N._____ [sic].

Toutefois, puisqu'il a cotisé auprès de notre caisse d'octobre 1993 à décembre 1997, nous disposons d'une prestation de libre passage en sa faveur que nous devons transférer sur un compte bloqué deuxième pilier auprès de la banque de son choix ou lui restituer puisqu'il est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. A cet effet, nous vous remettons en annexe un formulaire que vous voudrez bien nous retourner dûment complété et signé."

A ce courrier était jointe une correspondance de la Caisse adressée le 10 juin 2002 au demandeur, libellée comme suit :

"Par envoi reçu le 7 juin 2002, vous nous avez transmis copie de la décision de l'Office AI du 28.05.2002, vous octroyant une rente d'invalidité à 100 % à compter du 01.12.2001.

Bien que vous ayez présenté une incapacité de travail depuis le 18 septembre 1997 et épuisé le droit aux indemnités journalières le 9 septembre 1999, l'Office AI du canton de Vaud a constaté dans son projet d'acceptation de rente du 6 décembre 2001 que vous présentiez une atteinte à la santé invalidante depuis le mois de décembre 2000.

Dès lors, il s'avère que vous ne remplissez pas les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité de notre caisse, puisque vous n'étiez plus dans le champ d'application de notre caisse au moment de l'incapacité de travail reconnue comme étant à l'origine de l'invalidité. En effet, l'entreprise K._____ SA nous a signalé la fin des rapports de travail avec effet au 30 septembre 1999. Dès lors, la couverture accordée par notre caisse en matière d'invalidité a cessé le 31 octobre 1999, soit avant le début des problèmes de santé remontant à décembre 2000 selon l'Office AI.

Selon les dispositions de la loi sur la prévoyance professionnelle, nous pouvons réexaminer le droit à des prestations de notre caisse uniquement si l'Office AI révisé sa décision et admet le début d'une incapacité de travail antérieurement au 31 octobre 1999."

Par courrier du 14 novembre 2013, la défenderesse a confirmé son refus.

Aux termes d'une correspondance du 25 novembre 2013, le demandeur a contesté l'analyse développée par la Caisse R. _____ quant à son droit à une rente d'invalidité du deuxième pilier. Se référant au rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre JJ. _____ du 28 juin 2012 (p. 21), il a plus particulièrement soutenu que son incapacité totale de travail avait débuté en septembre 1997 et que l'origine de cette incapacité était à rechercher dans une atteinte rhumatologique évolutive depuis l'année 1989. Cela étant, il a fait valoir que l'incapacité de travail avait débuté à une époque où il était affilié à la défenderesse et qu'une connexité à la fois matérielle et temporelle existait entre l'atteinte de 1997 et l'invalidité, étant souligné qu'il n'avait plus jamais pu reprendre son activité professionnelle depuis son incapacité de travail totale de l'année 1997.

Par lettre du 26 mai 2014, la défenderesse a maintenu son refus.

D. Par demande déposée le 17 octobre 2014 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, N. _____, représenté par son conseil, a conclu, avec dépens, à l'octroi par la Caisse R. _____ d'une rente entière d'invalidité dès le 30 septembre 1997. En substance, le demandeur soutient que, conformément à la législation applicable, l'événement assuré consiste uniquement en la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation de l'assurance-invalidité est né, la qualité d'assuré devant exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Au

cas particulier, il fait valoir qu'il était assuré auprès de la défenderesse au moment de la survenance de l'incapacité de travail et qu'une relation d'étroite connexité à la fois matérielle et temporelle existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité. A cet égard, il relève, d'une part, que l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est manifestée durant le rapport de prévoyance et, d'autre part, qu'il a présenté une incapacité de travail totale et ininterrompue depuis le 18 septembre 1997, étant rappelé que le COMAI lui reconnaissait déjà une diminution de rendement de 30% dans son activité habituelle.

Par réponse du 19 novembre 2014 rédigée par son conseil, la défenderesse a conclu, avec suite de frais, au rejet de la demande. Relevant que l'existence d'un trouble somatoforme douloureux n'est à elle seule pas suffisante pour admettre un trouble invalidant et que le moment de la survenance de l'incapacité de travail doit être prouvé en temps réel, la Caisse R._____ observe que les médecins ayant ausculté le demandeur en temps réel ont constaté l'absence de toute incapacité de travail, les conclusions du COMAI relatives à une prétendue réduction de 30% eu égard aux limitations fonctionnelles algiques et à la comorbidité psychiatrique étant mises à mal par le fait même que les experts ont exclu toute comorbidité psychiatrique, cette prétendue réduction ne pouvant quoi qu'il en soit pas être qualifiée d'incapacité de travail invalidante ; à cela s'ajoute que, par rapport du 4 mai 2005, le SMR a également confirmé l'absence de toute incapacité de travail avant décembre 2000, au vu des examens radiologiques effectués en 1997. En revanche, la défenderesse estime qu'il convient de s'écarter de l'expertise du Centre JJ._____ concluant à une incapacité de travail partielle en 1997, cette appréciation étant postérieure aux faits de plus de dix ans et ainsi contraire à la jurisprudence fédérale. La Caisse R._____ souligne en outre que l'institution de prévoyance est liée par les constatations en droit de l'assurance-invalidité ; or, en l'occurrence, le droit à la rente AI est né après la période d'assurance. La Caisse considère également qu'il y a rupture du lien de connexité matérielle dans la mesure où la première décision de l'OAI de mai 2001 fait référence à un trouble somatoforme douloureux, tandis que la rente a finalement été octroyée en raison de

rachialgies selon le SMR et de lombosciatalgies selon le Centre JJ._____, le COMAI ayant quant à lui conclu en 2001 à des lombo-pseudo-sciatalgies. Enfin, pour le cas où des prestations seraient dues au demandeur, la défenderesse invoque la prescription s'agissant des rentes antérieures au 20 octobre 2009.

Dans ses déterminations du 12 janvier 2015, le demandeur maintient ses conclusions. En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux, il relève que les experts du Centre JJ._____ n'ont pas retenu ce diagnostic. S'agissant du début de l'incapacité de travail, il souligne que le rapport d'expertise rendu par le COMAI fait mention d'une réduction de la capacité de travail de 25% au moins depuis septembre 1997 et que le rapport d'expertise du Centre JJ._____ évoque quant à lui une incapacité de travail de 20% au moins depuis 1997. Pour le demandeur, on ne peut en revanche pas suivre le rapport du SMR du 4 mai 2005 arrêtant à 100% la capacité de travail avant décembre 2000, ledit service s'étant fondé pour ce faire sur des radiographies de 1997. L'intéressé rappelle encore que l'événement assuré repose uniquement sur la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. Il conteste par ailleurs toute rupture du lien de connexité matérielle, rappelant à cet égard que l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est manifestée pendant le rapport de prévoyance, à savoir des discopathies et des lombosciatalgies, la demande de rente AI ayant d'ailleurs été motivée par une hernie discale. Enfin, le demandeur soutient que la défenderesse commet un abus de droit en invoquant la prescription, puisque c'est elle qui l'a déterminé à attendre la fin de la procédure AI avant tout examen des prestations issues de la prévoyance professionnelle.

Faisant part de ses observations le 2 février 2015, la défenderesse confirme ses conclusions. La Caisse R._____ maintient en substance qu'aucune incapacité de travail n'est survenue avant décembre 2000 ; elle souligne que, même à admettre le contraire, la seule atteinte à la santé diagnostiquée à l'époque était un trouble somatoforme

douloureux sans comorbidité psychiatrique, alors que la rente d'invalidité a été octroyée pour des lombosciatalgies, voire des rachialgies. Sous l'angle de la survenance de l'incapacité à l'origine de l'invalidité, la Caisse retient que le rapport du SMR du 4 mai 2005 a été établi sur la base d'éléments objectifs - à savoir les radiographies prises en 1997 - et ne saurait être écarté. La défenderesse considère de surcroît qu'en présence d'une incapacité de travail invalidante, sont déterminants le moment de la survenance et le taux d'invalidité fixés par l'AI. Enfin, la Caisse R. _____ se défend d'avoir commis un abus de droit en invoquant l'exception de la prescription, étant d'avis qu'elle ne pouvait prendre position avant l'arrêt de la juridiction cantonale en matière d'AI, les décisions AI ayant force contraignante pour le droit à la rente ; du reste, rien n'empêchait l'intéressé de solliciter régulièrement la renonciation à une telle exception.

Au cours de la procédure judiciaire, ont par ailleurs été versés en cause le dossier de l'OAI de même que le décompte des indemnités journalières versées au demandeur par l'assureur perte de gain J. _____ du 18 septembre 1997 au 9 septembre 1999.

Une audience de jugement s'est tenue le 2 février 2016.

E n d r o i t :

1. a) Le for des litiges du droit de la prévoyance professionnelle est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (cf. art. 73 al. 3 LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40]).

b) Chaque canton doit désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (cf. art. 73 al. 1 LPP). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. c LPA-VD [loi cantonale

vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (cf. ATF 118 V 158 consid. 1, 117 V 329 consid. 5d, 115 V 224 et 239, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif.

d) En l'espèce, l'action du demandeur, formée devant le tribunal compétent à raison du lieu de l'exploitation dans laquelle il a été engagé, est recevable en la forme.

2. Le litige porte sur le droit éventuel du demandeur à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

A cet égard, il convient de distinguer entre la notion d'invalidité propre à l'assurance-invalidité et celle prévalant en matière de prévoyance professionnelle, qui ne se recoupent pas nécessairement.

3. a) Dans le cadre de l'assurance-invalidité, 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 4 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé

de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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 (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b 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 (cf. art. 16 LPGA).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc, et les références ; cf. VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc ; cf. TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (cf. TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee avec les références citées).

Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351, consid. 3a avec la référence citée ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5 et 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid.3.1).

4. a) Selon la jurisprudence développée en matière de prévoyance professionnelle, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées. (cf. ATF 138 V 409 consid. 3.1 avec les références citées).

Aux termes de l'art. 24 al. 1 LPP, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004 (applicable *ratione temporis* [cf. ATF 131 V 9 consid. 1 et les arrêts cités]), l'assuré a droit à une rente entière

d'invalidité s'il est invalide à raison des deux tiers au moins, au sens de l'AI, et à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins. Depuis le 1^{er} janvier 2005, l'art. 24 al. 1 LPP dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'assurance-invalidité, à trois-quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins.

Quant au règlement de la défenderesse, il prévoit à son art. 30 que l'assuré qui est reconnu invalide par l'assurance-invalidité est également reconnu invalide par la Caisse, avec effet à la même date et dans la même mesure, pour autant qu'il ait été affilié à la Caisse lorsqu'a débuté l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Selon l'art. 31 al. 1 dudit règlement, le droit à la rente d'invalidité prend naissance le jour de l'ouverture du droit à la rente. L'art. 32 al. 1 du règlement prévoit en outre qu'au droit à la rente complète de l'AI correspond le droit à la rente complète de la Caisse. En d'autres termes, le règlement régissant l'activité de la défenderesse renvoie aux notions prévalant en matière d'assurance-invalidité.

Cela dit, l'examen à proprement parler du droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle ne peut toutefois intervenir que pour autant que la clause d'assurance soit remplie.

b) A cet égard, l'art. 23 let. a LPP (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, applicable *ratione temporis* [cf. ATF 131 V 9 consid. 1 et les arrêts cités]) prévoit qu'ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 50% au moins au sens de l'AI et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de cette disposition est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est

né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité (cf. ATF 138 V 409 consid. 6.2). Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions statutaires ou réglementaires contraires (cf. ATF 123 V 262 consid. 1a et b avec les références citées ; cf. TF 9C_759/2012 du 9 avril 2013 consid. 2.1 et 9C_760/2012 du 9 avril 2013 consid. 2.1).

c) Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (cf. ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références), la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là devant être de 20% au moins (cf. TF 9C_865/2012 du 15 avril 2013 consid. 3, 9C_748/2010 du 20 mai 2011 consid. 2.5, 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1 et 9C_127/2008 du 11 août 2008 consid. 2.3).

Il y a lieu d'examiner avec le plus grand soin si, bien que touchant son salaire, une personne se trouve effectivement frappée dans une mesure importante dans sa capacité de travail, si donc dans le cadre des rapports de travail - compte tenu de son domaine normal d'activité - elle fournit sa prestation habituelle ou n'en fournit plus qu'une réduite du fait de l'atteinte à la santé. Une baisse de rendement doit se manifester au regard du droit du travail et avoir été remarquée par l'employeur. Une incapacité de travail médico-théorique qui n'a été constatée que des années après ne suffit pas (cf. TF B 9/07 du 27 novembre 2007 consid. 5.1 et les références citées).

Le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité au sens de l'art. 23 LPP est d'une importance capitale pour l'institution de prévoyance dès lors qu'une incapacité de travail survenue pendant les rapports de travail ou avant l'expiration du délai de couverture prolongée peut impliquer le versement de prestations de la

prévoyance sur une très longue durée. Ce moment doit par conséquent être établi de manière précise. Si en droit du travail, un certificat médical ou toute autre pièce suffit à attester une incapacité de travail, dans le domaine de la prévoyance professionnelle, on ne saurait renoncer à fixer de manière très précise le début de l'incapacité de travail déterminante pour ouvrir droit à des prestations. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi, selon le droit des assurances sociales, avec le degré de preuve habituel de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 360 consid. 5b et les références ; cf. TF B 9/07 précité consid. 5.2).

d) En tout état de cause, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (cf. ATF 130 V 270 consid. 4.1 ; cf. également TF 9C_759/2012 précité consid. 2.2 et 9C_760/2012 précité consid. 2.2). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (cf. ATF 123 V 262 consid. 1c et 120 V 112 consid. 2c/aa ; cf. également TF 9C_759/2012 précité consid. 2.2 et 9C_760/2012 précité consid. 2.2).

L'appréciation du rapport étroit de connexité matérielle est délicate à faire lorsque différents tableaux cliniques se chevauchent et ne peuvent être séparés de manière suffisamment claire. Une telle connexité existe en particulier lorsque les causes à la base de l'incapacité de travail intervenue pendant la couverture d'assurance sont somatiques et que l'invalidité fonde le droit à une rente AI, et déclenchant éventuellement

aussi les prestations du droit de la prévoyance professionnelle, est causée par des raisons psychiques. Le fait que les problèmes psychiques se soient déjà manifestés pendant le rapport de prévoyance et que ceux-ci aient visiblement contribué au déroulement de la maladie constitue une condition nécessaire, mais pas suffisante. Le rapport de connexité matérielle n'est en revanche pas rempli lorsque les souffrances somatiques et psychiques peuvent être clairement distinguées, dans l'hypothèse où l'atteinte à la capacité de travail durant le rapport de prévoyance n'était pas due aux éléments psychiques qui ont finalement conduit à l'invalidité, mais à des éléments somatiques (finalement invalidants). De même, une connexité matérielle fait défaut lorsqu'une superposition psychogène de douleurs corporelles avec une tendance à l'aggravation n'a pas encore pu être qualifiée de maladie au moment de la cessation du travail et que, en tant que trouble psychique, elle n'était pas à même de restreindre de manière déterminante la capacité de travail, mais qu'un trouble psychique ayant atteint la qualité de maladie a toutefois par la suite été à la base de l'invalidité. Si l'invalidité donnant droit à une rente repose sur plusieurs causes liées à la santé, mais dont une seule a eu des effets sur la capacité de travail de la personne assurée pendant la couverture de prévoyance, l'institution de prévoyance doit uniquement prendre en charge l'invalidité qui résulte de celle-ci. Pour la part de l'invalidité totale qui est due à des troubles qui ne se sont manifestés de sorte à donner lieu à des prestations qu'après que la personne assurée a quitté l'institution de prévoyance, la connexité matérielle nécessaire fait défaut (cf. Marc Hürzeler in : Jacques-André Schneider / Thomas Geiser / Thomas Gächter [éditeurs], Commentaire LPP et LFLP, Berne 2010, n° 24 ad art. 23 LPP p. 350 s.).

5. Se pose dès lors la question de savoir si, en l'occurrence, le demandeur satisfait aux exigences de l'art. 23 LPP.

a) S'agissant tout d'abord de la valeur probante de l'expertise du Centre JJ. _____ reconnue par la Cour de céans dans son arrêt du 11 juin 2013, il y a lieu de souligner que cette appréciation n'a été donnée qu'au regard de l'objet du litige alors en cause. Celui-ci était délimité,

d'une part, par les conclusions du demandeur qui tendaient à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} décembre 2001 et, d'autre part, par le fait que l'OAI avait versé une rente entière au demandeur dès cette date et jusqu'au 31 août 2006, sans qu'une restitution ne soit possible. Autrement dit, seule la période postérieure au 31 août 2006 restait litigieuse. L'expertise du Centre JJ._____ souscrivait aux réquisits jurisprudentiels quant à sa valeur probante concernant cette période, raison pour laquelle elle a été suivie. Ainsi, dans son arrêt, la Cour n'a pas examiné la question d'une incapacité de travail du recourant avant le 31 août 2006 et, partant, n'a pas eu à analyser l'expertise du Centre JJ._____ sous cet angle ni d'ailleurs les autres rapports médicaux établis antérieurement à cette date, n'ayant pas davantage eu à déterminer lesquels devaient être suivis.

b) Il s'impose dès lors lieu d'aborder ces questions dans la présente cause.

La rente AI a été octroyée en raison de lombosciatalgies gauches chroniques et fixation postérieure L5-S1 de type PLIF le 02.05.2005. Reste à savoir si une telle atteinte lombaire a pu engendrer chez le demandeur une incapacité de travail de 20% au moins alors qu'il était affilié à la défenderesse et si cette incapacité de travail a perduré depuis lors.

A cet égard, il faut relever que, le 29 septembre 1997, le Dr P._____, neurologue, a posé le diagnostic de syndrome lombosciatalgique gauche essentiellement irritatif et remarqué un petit déficit sensitif de topographie L5 et S1 gauche, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail. Le Dr Z._____, médecin conseil de l'assureur perte de gain, a retenu le 13 novembre 1997 un syndrome lombo-vertébral chronique et proposé une reprise de travail partielle à 50% à la demi-journée, le plus tôt possible afin d'évaluer les possibilités du demandeur. En date du 24 novembre 1997, le Dr B._____, du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier X._____, a posé le diagnostic de dorso-lombalgies chroniques récidivantes avec irradiation pseudo-radiculaire gauche et de discopathie

L5-S1 modérée et plus discrètement L4-L5 non neuro-compressive. Il a précisé que l'examen clinique ne mettait pas en évidence de syndrome radiculaire, ce qui correspondait bien au CT-Scan pratiqué le 28 août 1997 (légère protrusion médiane L5-S1 et L4-L5 sans neuro-compression). Il a ajouté que, du côté clinique il ne trouvait que de discrets signes d'irritation des articulations postérieures, ce qui pouvait expliquer quelques irradiations pseudo-radiculaires aux membres inférieurs. Le Dr B. _____ n'a en outre trouvé sur les radiographies standards qu'une légère discopathie L1-L2 mais pas de discopathie dégénérative significative des autres segments vertébraux, considérant finalement qu'il n'y avait plus de raison de poursuivre l'arrêt de travail. De même, se référant également aux examens radiologiques d'août 1997 et au scanner de la même époque, le Dr L. _____ du CTR de l'Hôpital de G. _____ a indiqué, le 9 mars 1998, qu'il n'y avait pas de substrat organique majeur justifiant une incapacité de travail. Il a estimé toutefois que, vu son comportement, le demandeur ne serait pas à même de reprendre ses activités de menuisier et a proposé, en conséquence et en l'absence de possibilité chirurgicale, de poursuivre l'arrêt de travail dans l'attente d'une expertise par l'Al. Dans un rapport du 3 juin 1998, le Dr K. _____, médecin traitant, a attesté une entière incapacité de travail à partir du 18 septembre 1997 et ce pour une durée indéterminée. Lorsqu'ils se sont prononcés dans leur rapport d'expertise du 15 mars 2001, les médecins du COMAI ont, pour leur part, notamment posé les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme de lombo-pseudo-sciatalgies gauches, de discopathie L4-L5 et L5-S1 non neuro-compressive, ainsi que de trouble mixte de la personnalité (personnalité à traits rigides). Compte tenu des discopathies L4-L5 et L5-S1, ils ont admis uniquement une limitation pour le port de charges supérieures à 20 kg de manière répétitive, tout en retenant que la profession habituelle de menuisier n'était malgré tout pas contre-indiquée et que le demandeur était ainsi à même d'exercer cette activité à 100% sur le plan strictement rhumatologique. Procédant à une appréciation globale selon le modèle bio-psycho-social, ils ont toutefois retenu une incapacité de travail de 30% eu égard en particulier au vécu douloureux chronique.

Il apparaît ainsi que si certains des médecins précités estimaient que le demandeur pouvait reprendre son activité habituelle à plein temps, la majorité d'entre eux retenait cependant une exigibilité moindre, évoquant en tout cas une incapacité de travail partielle de 20% au minimum.

On notera par ailleurs qu'à la suite de l'évaluation du COMAI, le Dr K._____, dans son rapport du 1^{er} juin 2001, a attesté que le demandeur présentait, depuis décembre 2000, une exacerbation de lombalgies chroniques avec l'apparition d'une irradiation douloureuse de la face latérale du membre inférieur gauche jusqu'au pied, cette symptomatologie, devenue petit à petit permanente, obligeant l'intéressé à se déplacer avec deux cannes anglaises depuis février 2001. Le 3 juillet 2001, le Prof. E._____, se fondant sur le CT-scan de 1997, les radiographies lombaires de 1999 et une IRM lombaire de mai 2001, a constaté une discrète image de protrusion discale dans le canal de conjugaison L5-S1 gauche, qui persistait depuis 1997, cette anomalie pouvant entrer en conflit avec la racine et le ganglion spinal L5 gauches et étant probablement en relation au moins avec une partie du tableau clinique actuel. Ce praticien a toutefois considéré, en tenant compte de l'ensemble de la situation (chronicité des plaintes, discrétion et persistance inchangée de l'anomalie radiologique, constatations psychiatriques, discordances au niveau du status et environnement socio-économique), qu'une intervention chirurgicale ne devait pas être effectuée et que la meilleure façon de résoudre un tel cas était l'attribution d'une rente AI partielle, à déterminer, mais qui ne devrait pas dépasser les 50%. En résumé, le Prof. E._____ n'a donc pas observé de modification significative sur le plan radiologique depuis 1997 et a retenu une incapacité de travail somme toute importante.

Aux termes de son rapport d'examen clinique du 4 mai 2005 (invoqué par la défenderesse), le Dr I._____ a estimé qu'au vu des examens radiologiques de 1997 à sa disposition, il n'y avait pas d'incapacité de travail dans l'activité de menuisier jusqu'en décembre 2000. Il n'a cependant pas motivé cette appréciation. Bien plus, si le Dr

I._____ s'est référé aux conclusions du Prof. E._____ pour admettre une incapacité de travail de décembre 2000 à septembre 2004, il y a toutefois lieu de relever que le Prof. E._____ n'a à aucun moment opéré une telle distinction dans le temps. Partant, l'avis émis par le Dr I._____ paraît contradictoire.

Quant aux experts du Centre JJ._____, qui ont eu connaissance de l'ensemble du dossier, ils n'ont pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme. Ils ont estimé tant du point de vue neurologique que rhumatologique que le demandeur ne pouvait plus travailler dans sa profession habituelle depuis 1997, cette profession étant trop lourde compte tenu de sa pathologie. Ainsi, ils ont conclu à une diminution de la capacité de travail de 20% au moins depuis 1997.

c) Cela étant, compte tenu des rapports médicaux (parfois contradictoires et souvent peu clairs) établis à l'époque des événements litigieux, de l'examen approfondi effectué par les experts du Centre JJ._____, ainsi que du fait que l'assureur perte de gain a continué à verser de pleines indemnités journalières entre le 18 septembre 1997 au 9 septembre 1999, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'atteinte lombaire à l'origine de l'invalidité a effectivement engendré une incapacité de travail de 20% au moins alors que le demandeur était affilié à la défenderesse (connexité matérielle) et que cette incapacité de travail a perduré par la suite (connexité temporelle). La clause d'assurance est ainsi remplie.

6. Il convient dès lors d'examiner plus spécifiquement le droit du demandeur à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

A cet égard, en ce qui concerne la capacité de travail de l'intéressé, la Cour de céans relève que, selon le rapport d'expertise judiciaire du Centre JJ._____ du 28 juin 2012 et son complément du 26 novembre 2012, l'intéressé, à la suite notamment de l'aggravation de ses douleurs consécutivement à l'intervention neurochirurgicale de 2005, présente une incapacité totale de travail dans toute profession eu égard à

ses nombreuses limitations fonctionnelles. L'avis des experts, qui procède d'une analyse détaillée de la situation et n'est mis en cause par aucune pièce du dossier, doit se voir reconnaître pleine valeur probante quant à cette question précise, ainsi que cela a été fait dans le cadre de la procédure antérieure en matière d'assurance-invalidité (cf. CASSO AI 278/09 - 142/2013 du 11 juin 2013). Dans ces conditions, comme lors de cette procédure antérieure, il y a lieu de reconnaître au recourant une pleine incapacité de travail lui ouvrant par conséquent le droit à une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle. En revanche, il ne saurait être question d'allouer une telle prestation dès le 1^{er} septembre 2006 comme cela avait été fait par la Cour de céans dans son arrêt du 11 juin 2013, compte tenu de l'effet de l'écoulement du temps sur les prétentions du demandeur.

7. Il s'impose en effet à ce stade d'examiner l'exception de la prescription soulevée par la défenderesse.

a) L'art. 41 al. 1 aLPP, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, avait la teneur suivante :

"Les actions en recouvrement de créances se prescrivent par cinq ans quand elles portent sur des cotisations ou des prestations périodiques, par dix ans dans les autres cas. Les art. 129 à 142 du code des obligations sont applicables."

Depuis le 1^{er} janvier 2005, l'art. 41 LPP règle la prescription du droit aux prestations de la manière suivante, sans disposition transitoire :

¹ Le droit aux prestations ne se prescrit pas pour autant que les assurés n'aient pas quitté l'institution de prévoyance lors de la survenance du cas d'assurance.

² Les actions en recouvrement de créances se prescrivent par cinq ans quand elles portent sur des cotisations ou des prestations périodiques, par dix ans dans les autres cas. Les art. 129 à 142 du code des obligations sont applicables."

b) Lorsque, comme en l'occurrence, la loi ne contient pas de disposition transitoire en ce qui concerne le régime de prescription applicable, la jurisprudence et la doctrine considèrent que la nouvelle

réglementation est applicable aux prétentions relevant de l'ancien droit, si celles-ci, bien que nées et exigibles avant l'entrée en vigueur du nouveau droit, ne sont pas encore prescrites ou périmées à ce moment-là (cf. notamment ATF 132 V 159 consid. 2 et 131 V 425 consid. 5.2, avec les références citées). Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 41 aLPP, la solution consacrée par cette disposition, qui s'inspire directement des art. 127 et 128 CO (qui sont applicables à la prévoyance plus étendue) a pour résultat, dans le cas d'une rente d'invalidité, que chacun des arrérages se prescrit par cinq ans dès l'exigibilité de la créance en application de l'art. 130 al. 1 CO, alors que le droit de percevoir les rentes comme tel, qui ne revêt pas de caractère périodique, se prescrit dans le délai ordinaire de dix ans dès le jour de l'exigibilité du premier terme demeuré impayé, conformément à l'art. 131 al. 1 CO (cf. ATF 132 V 159 consid. 3, 124 III 449 consid. 3b et 117 V 329 consid. 4 ; cf. TF B 15/06 du 15 novembre 2007 consid. 5.1 et les références citées ; cf. TFA B 9/99 du 4 août 2000, résumé in RSAS 2003 p. 48 et SJ 2001 II p. 214).

c) La prescription est interrompue, avec pour effet qu'un nouveau délai commence à courir dès l'interruption (cf. art. 137 al. 1 CO), notamment lorsque le créancier fait valoir ses droits par une action devant un tribunal (cf. art. 135 ch. 2 CO). La prescription interrompue par l'effet d'une requête en conciliation, d'une action ou d'une exception recommence à courir lorsque la juridiction saisie clôt la procédure (cf. art. 138 al. 1 CO).

d) C'est donc ici le lieu de déterminer si en l'espèce les rentes dues avant le 20 octobre 2009 sont prescrites, comme le soutient la défenderesse.

A ce égard, le demandeur ayant ouvert action le 17 octobre 2014 (et non le 20, comme retenu à tort par la Caisse R. _____), les rentes dues avant le 17 octobre 2009 sont effectivement prescrites. De fait, si l'intéressé - qui plus est représenté par un mandataire professionnel dans le cadre de ses différends assécurologiques - souhaitait échapper aux conséquences légales de l'écoulement du temps

sur son droit aux prestations de la prévoyance professionnelle, il lui appartenait de faire diligence et d'interrompre la prescription par exemple en proposant à la défenderesse de renoncer à l'exception de la prescription, ou en ouvrant action tout en sollicitant simultanément la suspension de la cause jusqu'à droit connu sur la procédure AI. Ce constat demeure inchangé quelle que soit la portée que les parties ont pu prêter à la procédure pendante en matière d'AI, contrairement à ce que l'intéressé soutient. Au final, rien au dossier ne permet dès lors de conclure à un abus de droit de la part de la défenderesse.

8. Il s'ensuit, en définitive, que le demandeur ne peut prétendre à une rente de la prévoyance professionnelle qu'à compter du 17 octobre 2009, son droit aux prestations étant prescrit pour la période antérieure. En ce sens, les conclusions du demandeur s'avèrent partiellement bien fondées.

9. a) Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement la demande déposée le 17 octobre 2014 par N. _____ et de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité de la prévoyance professionnelle depuis le 17 octobre 2009, sous réserve de surindemnisation.

b) La procédure étant gratuite (cf. art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice.

Obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le demandeur a droit à des dépens de la part de la défenderesse (cf. art. 55 LPA-VD, applicable par analogie en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 3'000 francs.

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

- I. La demande est partiellement admise.
- II. La Caisse R._____ versera à N._____ une rente entière d'invalidité à compter du 17 octobre 2009, sous réserve de surindemnisation.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV. Une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs), à verser à N._____ à titre de dépens, est mise à la charge de la Caisse R._____.
- V. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

La présidente :

La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour N._____),
- Me Jacques-André Schneider (pour la Caisse R._____),
- Office fédéral des assurances sociales.

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement 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 :