

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juin 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

T._____, à Morges, recourant, représenté par Me Dominique-Anne Kirchhofer, avocate à Morges,

et

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

Art. 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 57 al. 1 let. f LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après: l'assuré), né en 1970, célibataire, ressortissant espagnol en Suisse depuis 1981, au bénéfice d'un permis C, a déposé le 18 mars 2005 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), tendant à l'octroi de mesures professionnelles (orientation professionnelle et reclassement dans une nouvelle profession), subsidiairement d'une rente. Il a indiqué souffrir du dos depuis plusieurs années, mentionnant une double hernie discale et faisant état d'une péjoration depuis le mois de juin 2004. Titulaire d'un CFC de peintre autos, il a exercé dès 2001 la profession d'émailleur de baignoires.

Dans une lettre du 21 mars 2005 au médecin-conseil de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), la Dresse K._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, s'est exprimée en ces termes:

"Le but de ce courrier est de demander des mesures de reclassement urgentes étant donné qu'il s'agit d'un patient jeune et que ses mesures sont à mon sens parfaitement indiquées dans son cas.

Il s'agit d'un jeune patient de 35 ans, étancheur de métier, qui a commencé à se plaindre de douleurs lombaires basses apparues pratiquement depuis la fin de l'apprentissage. Il a été adressé à ma consultation par son médecin traitant le Dr S._____ à partir de juin 2004. A cette période là il a présenté une recrudescence des douleurs lombaires apparues suite à un mouvement de flexion antérieure du tronc, penché sur une baignoire. Progressivement, il a développé des sciatalgies gauches qui ont répondu de façon très médiocre au traitement conservateur introduit (anti-inflammatoires, antalgiques, prises en charge intensive en physiothérapie ambulatoire). Des multiples investigations radiologiques ont été réalisées (bilan radiologique standard, IRM lombaire en juillet 2004, radiographies fonctionnelles et séquences myélographiques post IRM lombaire en juillet 2004).

(...)

En conclusion, ce patient souffre de troubles dégénératifs sévères avec une discarthrose L4-L5 et L5-S1 accompagnée d'une arthrose facettaire postérieure et d'un canal lombaire étroit mixte dégénératif et congénital. Etant donné l'atteinte multi étagée, aussi bien le Dr L._____ que le Dr Y._____ proposent avant tout une prise en charge conservatrice. Malgré cette prise en charge conservatrice,

l'évolution n'est pas favorable avec persistance des sciatalgies gauches malgré le traitement et les multiples prises en charge.

Du point de vue professionnel, Monsieur T. _____ a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail à 100% qui a débuté le 21.06.2004. Une reprise à 50% a été réalisée à partir du 30.09.2004. Récemment, j'ai dû le remettre à l'arrêt de travail à partir du 23.02.2005 en raison d'une recrudescence de la symptomatologie.

Il est évident que ce patient ne pourra pas continuer longtemps son activité professionnelle d'étancheur. Cette activité génère des contraintes importantes au niveau du rachis lombaire et une position de travail en antéflexion antérieure avec des mouvements de rotation du tronc. Par ailleurs, il y a dans ce type d'activité un port de charges qui est totalement contre-indiqué par rapport à l'affection dont souffre Monsieur T. _____. Il s'agit d'un patient jeune, volontaire, qui après plusieurs mois de prises en charge commence à se rendre à l'évidence qu'il devra probablement s'orienter vers une autre activité professionnelle. Pour ma part, je le soutiendrai par rapport à des mesures de reclassement professionnel qui me semblent urgentes. Le patient n'a pas d'idées très précises concernant le type d'activité qu'il pourrait réaliser et nous avons ensemble évoqué la possibilité d'une activité en tant que représentant (domaine de la peinture ou autre ...). Je pense qu'il faudrait par conséquent qu'il puisse s'entretenir rapidement avec un conseiller en orientation professionnelle et que ce reclassement soit bien entendu pris en charge par l'Office de l'Assurance Invalidité."

Dans un rapport médical du 29 août 2005 adressé à l'OAI, la Dresse J. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic de lombalgies chroniques et sciatalgies gauches non déficitaires dans un contexte de troubles statiques (scoliose dorso-lombaire) et de troubles dégénératifs (discopathie sévère L4/L5, discopathie modérée L5/S1; arthrose postérieure et hernie discale L3/L4 paramédiane gauche avec contrainte sur la racine L4 gauche). Ces atteintes existent depuis une dizaine d'années, une nette aggravation étant signalée depuis 2004. Elle indique que le patient poursuit les traitements antalgiques, ainsi qu'un programme d'entretien musculaire. Elle ajoute que les douleurs sont cependant toujours présentes et le handicapent dans toutes les activités avec des mouvements qui amènent une surcharge lombaire. Elle note par ailleurs que si la prise en charge a amené une certaine amélioration, elle n'a toutefois pas permis la disparition totale de la douleur. A son avis, l'état de santé de l'assuré est stationnaire. Elle considère que les limitations fonctionnelles de l'assuré sont incompatibles avec son activité de rémailleur. En revanche, dans une activité adaptée dans un domaine tel que la vente ou la représentation ou

autorisant les changements de position, l'assuré présente une capacité de travail entière.

Dans un rapport médical du 17 septembre 2005 adressé à l'OAI, le Dr L._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a diagnostiqué une lombosciatique gauche sur pathologie discale dégénérative pluriétagée, existant depuis le mois de juin 2004. Il a fait état d'un tableau clinique mitigé, puisque les différents éléments cliniques, paracliniques et radiologiques parlent pour une double atteinte L4 et L5. Selon ce praticien, une éventuelle décision opératoire devrait de toute manière être prise par le Service de Neurochirurgie de l'Hôpital N._____. Il ne s'est pas prononcé quant à l'évolution de l'état de santé de l'assuré, mais a néanmoins considéré que l'activité précédente était toujours exigible a priori, dès lors que les atteintes à la santé procédaient d'un épisode aigu.

Dans un rapport médical du 1^{er} novembre 2005 adressé à l'OAI, le Dr Y._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a diagnostiqué une importante sclérose dégénérative L4-L5, une discopathie d'accompagnement locale et sous-jacente de l'espace L5-S1 ainsi que des troubles statiques lombo-vertébraux. A ses yeux, l'état de santé du patient s'aggrave. Il a indiqué avoir procédé à une appréciation neurochirurgicale en novembre 2004 et en octobre 2005 et avoir envisagé, au vu de la résistance aux différents traitements conservateurs tant médicamenteux, physiothérapeutiques-rééducationnels que sous forme d'infiltrations itératives, que le patient était un candidat à une intervention chirurgicale neuro-orthopédique de décompression et de stabilisation. De l'avis de ce praticien, une fois une telle intervention effectuée, le patient serait probablement apte, dans les 4 à 6 mois qui suivent, à être recyclé sur le plan professionnel dans une activité légère, tenant compte des mesures habituelles d'épargne lombo-vertébrale et d'hygiène posturale. Il estime exigible un taux minimal de 50%, voire de 100% en fonction de l'évolution ultérieure, l'activité antérieure n'étant selon lui de toute façon plus exigible.

Était jointe à ce rapport une lettre adressée le 27 octobre 2005 à la Dresse K. _____ par le Dr Y. _____, dans laquelle celui-ci relevait que ce n'était pas uniquement un recyclage professionnel qui arrangerait les choses car, opéré ou non, le patient devra changer de métier et il pourra le faire dans les meilleures conditions possibles une fois sa colonne stabilisée.

Le 12 avril 2006, l'assuré a été opéré par le Dr D. _____, médecin-chef du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de l'Hôpital N. _____.

Dans un rapport du 11 octobre 2006 à l'OAI, le Dr V. _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a fait savoir qu'il lui semblait indiqué de convoquer l'assuré pour une évaluation professionnelle en vue d'une réinsertion. Il a indiqué que son état de santé s'améliorait.

Dans un rapport du 19 octobre 2006 adressé au médecin traitant, le Dr D. _____ a indiqué que le résultat était "plutôt mitigé 6 mois après spondylodèse chez un patient qui présentait une discopathie sévère à deux étages et qui avait tout essayé en préopératoire y compris un traitement de réadaptation fonctionnelle".

L'assuré a séjourné du 4 au 22 décembre 2006 au Service précité pour prise en charge intensive et multidisciplinaire. Dans son rapport du 27 décembre 2006 au médecin traitant, la Dresse J. _____ a diagnostiqué des lombo-sciatalgies gauches résiduelles, post-décompression L4/L5, spondylodèse TLIF L5/S1, spondylodèse postéro-latérale L4/L5 le 12 avril 2006 pour discopathies L4/L5, L5/S1 et arthrose facettaire, un état anxieux ainsi que des difficultés de réinsertion professionnelle. S'agissant des plaintes à l'entrée, elle a constaté une aggravation de l'intensité douloureuse lors de l'effort physique. En ce qui concerne l'évolution de l'état de santé, elle s'est exprimée comme suit:

"Sur le plan subjectif, l'évolution est très pénible avec la persistance des douleurs, voire augmentation lors des divers

exercices physiques actifs. L'introduction du traitement de Lyrica a diminué légèrement l'intensité douloureuse et à la sortie, le patient annonce des douleurs de 5/10.

Sur le plan objectif, nous trouvons par contre une amélioration avec la disparition des signes des dysfonctions intervertébrales lombaires hautes et la diminution significative du syndrome lombovertébral avec une DDS à la sortie de 6 cm. L'hypoextensibilité musculaire a donc diminué.

Monsieur T. _____ reconnaît l'amélioration de la souplesse, mais ne se voit pas apte à reprendre une activité professionnelle, même la plus légère possible, en raison de la présence des douleurs.

Sur le plan psychologique, nous constatons un sentiment de dévalorisation, de tristesse et d'inquiétude. Il ne désire pas prendre des médicaments psychotropes, mais a accepté un soutien psychologique auprès de notre service de psychiatrie de liaison.

Monsieur T. _____ doit être convoqué le plus rapidement possible par l'Office de l'AI pour évaluer ses capacités de réadaptation professionnelle."

En réponse à une correspondance de la Dresse F. _____, médecin-conseil de l'OAI, la Dresse J. _____ a répondu dans son rapport du 10 avril 2007 comme suit aux questions posées:

"Quelles sont les limitations fonctionnelles sur le plan ostéo-articulaire objectif dont il faut tenir compte pour une éventuelle réadaptation professionnelle?"

Nos divers bilans ont montré des limitations des ports de charges et arrêt de l'activité physique lors des mouvements répétitifs. Il ne peut lever que 6 kg du sol à la taille et 4 kg de la taille à la tête, respectant bien évidemment les règles d'ergonomie avec l'objet tenu contre lui. Il y a une tendance à l'hyperlordose lombaire lorsqu'il pose l'objet en hauteur et ce mouvement de lever taille-tête entraîne également plus de douleurs. Pour porter une charge à la hauteur de la taille, la limite chez ce patient est de 4 kg.

Pour pousser du poids, en statique, nous avons mesuré 16 kg et en dynamique également 16 kg, mais cette dernière éventualité entraîne également des douleurs lombaires.

Pour les ports de charge global sur 45 minutes, nous avons mesuré une limite de 85 kg pour des normes de 692 kg.

La tolérance en position assise-debout est de 15 minutes sans douleur et de 30 minutes avec douleurs supportables. Après ce délai, le patient doit à tout prix changer de position ou faire une courte pause.

La marche se déroule sans douleur environ 45 minutes.

Quelle est la capacité de travail exigible de cet assuré dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles?

En théorie dans une activité adaptée, sa capacité de travail devrait être à 100%. Cependant, il est difficile de comparer les tests fonctionnels lors d'un bilan dans un service médical et la réalité du travail. C'est pour ces raisons que les mises en situation dans des centres spécialisés me semblent absolument utiles. Il ne faut pas oublier que le plaisir et l'intérêt de l'assuré pour son futur travail doivent être aussi pris en considération.

Depuis quand une activité adaptée est-elle exigible compte tenu de l'opération réalisée le 12.04.2006?

Depuis décembre 2006."

Le Service médical régional de l'AI (SMR) a fait siennes les limitations fonctionnelles et l'exigibilité retenues par la Dresse J._____.

D'un rapport initial du 23 novembre 2007 de la division administrative de l'OAI, il ressort que l'assuré mentionne des douleurs toujours présentes, nécessitant l'alternance fréquente des positions et le gênant même lorsqu'il est couché, ce qui influe sur son sommeil. Il a beaucoup de peine à effectuer ses tâches ménagères, se fait aider pour les courses et certains travaux lourds. Invité à s'exprimer sur ses souhaits professionnels, l'assuré a déclaré qu'il ne se projetait dans aucune activité, sauf travailler à domicile sur informatique, sans toutefois pouvoir identifier une activité précise dans ce domaine.

Un stage d'orientation au Centre Oriph de Morges a été prévu à 100% du 11 août au 7 novembre 2008.

Dans un avis médical SMR du 29 octobre 2008, le Dr B._____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué ce qui suit:

"Cet assuré de 38 ans, titulaire d'un CFC de peintre en automobile, souffre de lombosciatalgies chroniques; il a subi en 2006 une cure de hernie discale L5 gauche et des spondylodèses L4-L5 et L5-S1. Dans une activité adaptée, une CT de 100% (avec diminution de rendement de 10-20% maximum) est retenue depuis décembre 2006 (mandat SMR du 20.04.2007). Un stage d'orientation est organisé à l'ORIPH de Morges dès le 11.08.2008 pour 3 mois. Après 10 jours, l'assuré fournit un certificat médical du Dr V._____, MT, pour IT de 50%, en raison d'exacerbation des lombalgies. Un bilan

est fait au centre le 24.10.2008 et la mesure est interrompue, l'assuré ne s'investissant pas et se déclarant incapable de travailler.

Il convient d'interroger le Dr V._____; en l'absence de faits nouveaux, il faudra alors faire une approche théorique."

Dans un rapport du 30 octobre 2008, le Directeur du Centre Oroph de Morges s'est exprimé comme suit à propos du stage effectué par l'assuré au sein de l'atelier d'intégration professionnelle (AIP):

"5. Conclusion et proposition

Lors de son passage dans notre Atelier, votre assuré a œuvré dans les modules d'informatique, de mécanique de base à l'établi, de travaux en peinture fine et de soudure à l'étain.

Dans ces modules, nous avons observé:

- En informatique, il possède une bonne autonomie. Sa capacité de concentration diminue rapidement à cause de ses douleurs dorsales.
- En mécanique de base à l'établi, votre assuré montre peu d'intérêt et de faibles capacités cognitives. La qualité est bonne lorsqu'il s'applique. Il a montré un inconfort dans toutes les positions lors de ce module.
- En travaux de peinture fine, son métier lui a permis de mélanger correctement les couleurs. La qualité finale est moyenne. Le rendement est faible, l'intérêt aussi.
- En soudure à l'étain, la qualité ainsi que le rendement sont faibles. Dans ce module, M. T._____ gère bien les positions de travail en restant davantage debout qu'assis et cela lui convient mieux.

De façon générale, votre assuré s'implique peu dans ce qu'il entreprend et demeure concentré sur ses douleurs. Il reste en dehors du groupe et ne participe que sur invitation à la vie de l'atelier. Il n'a été présent qu'à 50%, selon certificat du Dr V._____, depuis le 21.08.2008, ce qui diminue d'autant la période d'investigation. Durant ce temps d'observation le rendement était faible ne dépassant pas les 40%, ce qui fait à peine un 25% d'un temps complet.

Votre assuré a eu un comportement correct tant avec ses collègues qu'avec les personnes qui l'ont encadré.

Suite à ces constatations, nous n'avons pas d'autre option que d'avertir votre Office en vue de proposer un arrêt de mesure.

Comme convenu lors de notre synthèse du vendredi 24 octobre 2008, nous mettons un terme à la mesure en cours, soit au 24 octobre 2008."

Dans un rapport médical du 28 novembre 2008, le Dr V._____ a considéré que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50% dès le 21 août 2008. Cette activité doit pouvoir s'exercer dans différentes positions, le port de charges étant limité à 3 kilos. Il a indiqué que les symptômes actuels se caractérisaient par des douleurs lombaires importantes et une régression des douleurs rachidiennes. La situation n'a pas changé depuis son dernier rapport (11 octobre 2006). Son pronostic est réservé, au vu de la persistance des douleurs.

Le 18 décembre 2008, le Dr B._____ a écrit que le rapport du Dr V._____ du 28 novembre 2008 n'apportait aucun élément nouveau, celui-ci écrivant lui-même que la situation était inchangée depuis la rédaction de son dernier rapport (11 octobre 2006). La capacité de travail exigible dans une activité adaptée reste donc de 100%.

Par projet d'acceptation de rente du 23 mars 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1^{er} juin 2005 au 30 novembre 2006; il a toutefois supprimé dite rente à cette date, au motif que l'assuré présentait, dès le mois de décembre 2006, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, une baisse de rendement de 20% étant cependant retenue. La comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 31%.

A l'appui d'une correspondance non datée à l'OAI, le Dr V._____ a joint un rapport du 11 mars 2009 du Dr D._____. Celui-ci y indiquait que sur le plan médical, il n'y avait pas grand-chose qui pouvait être essayé. En revanche, sur le plan asséculo-logique, la situation était selon lui assez complexe. Il a relevé que l'ancienne activité n'était plus exigible à 100%; néanmoins, une activité à temps partiel dans une activité adaptée pourrait être assumée au moins à 50%. Il a ainsi suggéré la mise en œuvre d'une expertise auprès de la Clinique Z._____, si l'OAI devait désirer une évaluation précise des capacités fonctionnelles.

Dans un avis médical SMR du 27 avril 2009, le Dr B. _____ a estimé qu'il n'y avait pas de raison de mettre sur pied une autre évaluation du même type chez l'assuré que le stage d'orientation au Centre Oroph de Morges.

Le 19 octobre 2009, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il maintenait sa position selon laquelle sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée était de 100% et que des mesures professionnelles n'étaient envisageables qu'à ce taux. Il l'a par conséquent invité à lui indiquer s'il souhaitait reprendre une démarche de réadaptation à 100%. Faute de réponse dans le délai imparti, une décision conforme au projet du 23 mars 2009 et sujette à recours serait rendue.

Le 30 novembre 2009, l'assuré a indiqué qu'il contestait que des mesures professionnelles ne fussent envisageables qu'à 100%, si bien que des mesures professionnelles ne pouvaient lui être imposées à 100%. Il conclut donc à ce qu'une évaluation plus précise de ses capacités fonctionnelles soit mise en œuvre, et qu'il puisse bénéficier de mesures de reclassement à 50%. Cela étant, il confirme sa volonté de reprendre une démarche de réadaptation. Il a joint une attestation de son médecin traitant du 6 novembre 2009, qui considère que sa capacité de travail est de 50% et qu'une activité à temps partiel dans une activité adaptée est envisageable. Il estime également que si l'OAI désire une évaluation précise, une expertise devrait être conduite avec le concours d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes.

Dans une lettre du 30 décembre 2009 au médecin-conseil de l'OAI, le Dr D. _____ a écrit qu'il était difficile d'attester si l'état de santé de l'assuré s'était amélioré ou aggravé. En effet, une partie des symptômes s'est améliorée (sciatalgies), alors qu'une partie (lombalgies) s'est aggravée.

Dans un avis médical SMR du 10 février 2010, le Dr B. _____ a relevé que la contestation portait sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Il a rappelé que le conseil de l'assuré prétendait

qu'elle ne serait que de 50% selon le Dr D._____; or, ce médecin, dans son rapport du 11 mars 2009, mentionne expressément au moins 50%. Le Dr D._____ et le Dr V._____, médecin traitant, n'apportent aucun élément médical nouveau par rapport à 2006 qui pourrait accréditer une aggravation de l'état de santé et une baisse de la capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 12 février 2010, l'OAI a adressé une correspondance prenant position sur les objections de l'assuré.

Par décision du 29 mars 2010, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2005 au 30 novembre 2006.

B. Par acte du 30 avril 2010, T._____, représenté par l'avocate Dominique-Anne Kirchhofer, a recouru contre cette décision en concluant à son annulation en ce sens qu'elle refuse de lui octroyer des mesures d'ordre professionnel; à titre principal, il réclame le droit à des mesures d'ordre professionnel qu'il pourra suivre à un taux d'activité de 50%; subsidiairement, il sollicite la mise en œuvre d'une expertise. Le recourant fait valoir que l'OAI ne saurait soutenir qu'il ne remplirait pas les conditions objectives et subjectives d'une réadaptation, justifiant qu'il soit ainsi mis fin à des mesures de reclassement. Il s'appuie à cet égard sur les efforts réalisés pendant son stage, sur le rapport de la Dresse K._____ du 21 mars 2005 ainsi que sur ses déterminations du 30 novembre 2009. Il soutient en outre que l'OAI n'était pas fondé à mettre un terme à la mesure de reclassement professionnel sans être au bénéfice d'aucun avis médical justifiant qu'il soit procédé à cet arrêt et après n'avoir entrepris aucune mesure tendant à vérifier le certificat médical du Dr V._____ portant sur une incapacité de travail du recourant de 50%. Si l'OAI avait des doutes quant à l'incapacité de travail du recourant attestée par le Dr V._____, il lui appartenait d'investiguer cette question en soumettant de suite le recourant à un examen médical. L'OAI aurait ensuite été en mesure de rendre rapidement une décision motivée expliquant pour quelles raisons il n'était pas acceptable que le recourant poursuive son reclassement à 50% plutôt qu'à 100%. Or, le Dr V._____ n'a été

interpellé que postérieurement à l'arrêt de la mesure. Enfin, l'OAI ne s'est pas déterminé dans la décision dont est recours quant à l'éventualité d'effectuer une expertise aux fins d'évaluer de façon précise les capacités fonctionnelles du recourant. Celui-ci estime donc que l'OAI a fait preuve d'arbitraire en retenant dans la décision attaquée qu'aucun élément nouveau susceptible de modifier sa capacité de travail n'a été apporté.

Le recourant a notamment produit un rapport du Dr Y. _____ du 18 décembre 2009, adressé au médecin traitant et un rapport du 29 janvier 2010 du Dr G. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie. Ces praticiens ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail du recourant.

Dans sa réponse du 17 août 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il relève que la décision litigieuse porte sur le droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps, et non pas sur le refus de mesures professionnelles. Il précise toutefois que le recourant avait bénéficié d'un stage d'orientation professionnelle auprès du Centre Orif de Morges et qu'il avait été mis un terme à ce stage, dans la mesure où la capacité de travail retenue de 100% dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20% était contestée. Il considère par ailleurs que le dossier médical du recourant est complet, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise ne se justifie pas. L'OAI déclare pour le surplus se rallier à l'avis médical SMR du 15 juillet 2010 joint en annexe à sa réponse, dont il ressort en substance que les rapports médicaux du Dr V. _____ du 6 novembre 2009, du Dr Y. _____ du 18 décembre 2009 et du Dr G. _____ du 29 janvier 2010 ne font pas état d'éléments médicaux nouveaux, ce qui rend inutile la mise en œuvre d'une expertise.

Dans ses déterminations complémentaires du 5 octobre 2010, le recourant a intégralement confirmé les conclusions prises dans son recours. Il relève que si la décision litigieuse porte formellement sur l'octroi d'une rente limitée dans le temps, elle implique bien, au vu de sa motivation, que l'OAI a considéré que des mesures professionnelles

n'étaient plus envisageables, et que, partant, il n'y avait plus droit. De surcroît, en tant que l'OAI conteste que le recourant puisse bénéficier de mesures de reclassement professionnel, et qu'il puisse en outre suivre de telles mesures à 50%, le recourant maintient ses conclusions subsidiaires tendant à la mise en œuvre d'une expertise destinée à déterminer s'il est en mesure de suivre des mesures de reclassement professionnel à 50% ou à 100%. Elle permettra à son avis de déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée à sa situation et de déterminer si celle-ci est de 50% ou de 100% comme le soutient l'OAI avec une baisse de rendement de 20%.

Le 27 octobre 2010, l'OAI a renvoyé à la décision dont est recours, ainsi qu'à son écriture du 17 août 2010, qu'il déclare confirmer.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]), à moins que la présente loi n'en dispose autrement. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) devant le tribunal compétent, est donc recevable. Satisfaisant en outre aux règles de forme prescrites à l'art. 61 let. b LPGA, il y a lieu d'entrer en matière.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse sur le fond la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

b) En application de l'art. 57 al. 1 let. f LAI, il appartient aux offices AI d'évaluer l'invalidité des assurés. Pour ce faire, ils doivent procéder à une instruction exhaustive, notamment sur le plan médical. A teneur de l'art. 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 c. 4a; RAMA 1985 n° K 646 p. 235 c. 4).

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 c. 2.3; RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 169 c. 2; RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

c) 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 trancher la question litigieuse. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les références; RAMA 2000 n° KV 124 p. 214).

4. Il est en l'espèce incontesté que le recourant présente une incapacité de travail complète dans son ancienne activité d'émailleur de baignoires (cf. notamment avis médical du SMR du 15 juillet 2010). Se

pose dès lors la question de savoir quelle est la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Hormis un travail dans le domaine de la représentation ou de la vente suggéré par la Dresse J._____ (rapport du 29 août 2005), le dossier ne contient guère d'indications permettant de préciser les secteurs d'activité susceptibles de correspondre aux limitations fonctionnelles du recourant, lesquelles peuvent se résumer pour l'essentiel à une activité évitant le port de charges et autorisant le changement de positions.

Dans son rapport du 29 août 2005, la Dresse J._____ estime que le recourant présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée et souligne qu'il est urgent de l'aider le plus rapidement possible dans ce sens. Sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, la Dresse J._____ réitère le 27 décembre 2006 son souhait de voir l'assuré convoqué le plus rapidement possible par l'OAI en vue d'une évaluation de ses capacités de réadaptation professionnelle. Le 10 avril 2007, elle réaffirme que le recourant présente en théorie une capacité de travail entière dans une activité adaptée, son appréciation devant toutefois être corroborée par une mise en situation dans un centre spécialisé, qu'elle appelle de ses vœux.

Quant au Dr Y._____, il considère dans son rapport du 1^{er} novembre 2005 que le recourant présente dans une activité légère et tenant compte des mesures habituelles d'épargne lombo-vertébrale et d'hygiène posturale une capacité de travail de 50% au moins, voire 100% en fonction de l'évolution ultérieure. Pour autant, son avis n'est pas définitif car il ajoute que ce point doit être soumis aux médecins appelés à s'occuper du recourant dans le futur. Le Dr D._____ a opéré le recourant le 12 avril 2006. Le 19 octobre 2006, il écrit au médecin traitant que le résultat de l'intervention est plutôt mitigé 6 mois après une spondylodèse chez un patient qui présente une discopathie sévère à 2 étages et qui a tout essayé en préopératoire y compris un traitement de réadaptation fonctionnelle. Le 11 mars 2009, il estime que l'assuré pourrait exercer une activité adaptée à 50% au moins.

Le recourant a débuté un stage d'orientation professionnelle le 11 août 2008 à 100%, taux qui a été ramené à 50% dès le 21 août 2008, en raison des douleurs ressenties par l'assuré, avant d'être interrompu prématurément le 24 octobre 2008, l'échéance du stage étant initialement prévue pour le 9 novembre 2008. Dans un avis médical du 18 décembre 2008, le Dr B._____ indique que le Dr V._____ ne fournit aucun élément nouveau, de sorte que la capacité exigible dans une activité adaptée demeure entière.

Certes, le Dr V._____ ne fait pas état d'éléments nouveaux dans son rapport du 28 novembre 2008. Il va jusqu'à écrire qu'il n'y a pas de changements depuis son dernier rapport qui date du 11 octobre 2006. Ce n'est toutefois pas l'existence d'éventuels éléments nouveaux qui est ici en cause, mais la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Assurément, la Dresse J._____, le Dr Y._____ et le Dr D._____ estiment que la capacité de travail du recourant atteint au moins 50% dans une activité adaptée, voire pourrait être considérée comme entière. L'office intimé se prévaut de ces estimations pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il n'en demeure pas moins que ces praticiens se montrent très prudents quant à leur évaluation. En effet, la Dresse J._____ considère que le taux de 100% est théorique et qu'il doit être sanctionné par une mise en situation dans un centre spécialisé, dès lors que le taux retenu procède d'un test fonctionnel réalisé lors d'un bilan dans un service médical, lequel n'a rien à voir avec la réalité du travail. Pour sa part, le Dr Y._____ avance que le taux de 100% peut faire l'objet d'une nouvelle évaluation par les médecins appelés à examiner le recourant dans le futur en fonction de l'évolution de l'état de santé de celui-ci. Quant au Dr D._____, s'il confirme certes, le 11 mars 2009, un taux de 50% au moins dans une activité adaptée, il suggère que "si l'Al désire une évaluation précise des capacités fonctionnelles, celle-ci devrait être effectuée dans le cadre d'une expertise avec l'implication des ergothérapeutes et des physiothérapeutes".

C'est ainsi à tort que l'OAI a retenu que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Ce faisant, l'autorité intimée fait fi du résultat de la mesure de réadaptation mise en œuvre en 2008 et des réserves des praticiens évoqués ci-avant. Le stage a été interrompu en raison d'une exacerbation des lombalgies du recourant. Or, l'existence de douleurs lombaires et des restrictions fonctionnelles que celles-ci impliquent sont connues de l'OAI, dès avant le début du stage (cf. notamment rapport de la Dresse K. _____ du 21 mars 2005). Après avoir commencé le stage à 100%, celui-ci s'est poursuivi à 50% dès le 21 août 2008 jusqu'à ce que l'OAI y mette un terme le 24 octobre 2008, alléguant un défaut de motivation de la part du recourant. Cela étant, si le Dr Y. _____ et le Dr D. _____ mentionnent une capacité de travail d'au moins 50% pouvant cependant atteindre 100%, cela ne signifie pas pour autant que dite capacité est entière. Quoique l'autorité intimée retienne une diminution de rendement de 20%, elle souligne dans sa lettre du 12 février 2010 que cela ne justifie pas des mesures professionnelles à 80% seulement, une présence à temps complet étant expressément requise. Mais il y a plus. Les pièces médicales au dossier ne permettent pas de connaître avec précision l'évolution de l'état de santé du recourant. Dans son rapport du 11 août 2006, le Dr V. _____ estime que l'état de santé du recourant s'améliore. Or, le Dr D. _____ affirme le 19 octobre 2006 que le résultat de l'intervention chirurgicale du 12 avril précédent est plutôt mitigé. Il est plus explicite dans son rapport du 30 décembre 2009, puisqu'il concède qu'il est difficile d'attester si l'état de santé s'est amélioré ou aggravé. Une partie des symptômes s'est en effet améliorée (sciatalgies) alors qu'une autre partie (lombalgies) s'est aggravée. Or, le stage a précisément dû être interrompu en raison d'une exacerbation des lombalgies (cf. avis médical SMR du 29 octobre 2008). Au reste, en 2005 déjà, le Dr Y. _____ avait souligné qu'opéré ou non, le recourant devra changer de métier et qu'il ne pourra le faire dans les meilleures conditions qu'une fois sa colonne stabilisée.

Au regard des réserves émises par les praticiens ayant examiné le recourant, l'OAI se devait de procéder à une instruction plus approfondie de l'état de santé du recourant, de façon à pouvoir évaluer

d'une manière aussi précise que possible sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il apparaît que dans un rapport rédigé moins de trois mois avant la décision litigieuse, l'état de santé du recourant laisse subsister des incertitudes quant à son amélioration ou son aggravation. Il n'y a certes pas d'éléments médicaux nouveaux (cf. avis médical du SMR du 15 juillet 2010) mais les pièces médicales versées au dossier constitué devaient conduire l'OAI à recueillir des renseignements médicaux suffisamment précis pour lui permettre de trancher la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée (cf. avis médical du SMR du 10 février 2010).

Force est en conséquence de constater que l'OAI a manqué au devoir d'instruction qui lui incombe. L'OAI – par l'intermédiaire de son SMR – s'est contenté de se déterminer brièvement sur les rapports médicaux, tout en persistant dans sa position initiale, alors que les éléments au dossier commandaient que le recourant fût soumis à une expertise médicale orthopédique. Il est ainsi patent que l'état de santé du recourant au moment de la décision litigieuse n'était pas suffisamment investigué, pas plus qu'il ne saurait être considéré comme stabilisé.

En s'abstenant d'instruire sur ces aspects, l'OAI n'a pas constaté de manière complète les faits pertinents et n'a pas réuni les éléments permettant de déterminer le degré d'invalidité. Le recours doit donc être admis. La décision querellée sera par conséquent annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après instruction complémentaire sur les points que l'on vient de mentionner.

5. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le recourant obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI; en effet, selon l'art. 52

al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public (art. 54 ss LAI). L'OAI versera en revanche au recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGGA; 55 LPA-VD), qu'il convient, en application de l'art. 7 TFJAS (Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2), de fixer équitablement à 2'500 fr.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 29 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant des dépens arrêtés à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).
- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Dominique-Anne Kirchhofer, avocate (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :