

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mars 2015

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : MM. Métral et Bonard, assesseur
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

R._____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

E._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8, 37 al. 4 et 44 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé le 1^{er} juillet 2008 une demande de prestation AI sous forme de mesure en vue d'une réadaptation professionnelle auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Titulaire d'un CFC d'horloger, il a travaillé chez [...] de janvier 2005 à février 2006 puis dès mars 2006 auprès de l'entreprise [...] pour un salaire mensuel brut de 6'630 francs en 2007 (soit 6'500 fr. de salaire et 130 fr. de participation aux frais de traitement).

Il est en incapacité de travail totale depuis le 12 décembre 2007, en raison d'une hernie discale et de douleurs chroniques suite à une chute dans les escaliers.

Dans un rapport du 8 janvier 2008 à la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, le Dr G._____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué que le patient présentait un syndrome lombo-vertébral très important. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisée le même jour a révélé des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec une protusion médiane et discrète paramédiane en L4-L5 avec un minime raccourcissement de la racine L5 droite. L'examen décrivait également la présence, en L5-S1, d'une hernie discale médiane et paramédiane gauche arrivant au contact de la racine S1 de ce côté mais sans raccourcissement ou amputation sur la séquence myélographique. Dans son appréciation du cas, le Dr G._____ a exposé les éléments suivants :

« M. R._____ présente une lombo-sciatalgie gauche sur une hernie discale L5-S1 qui est assez petite, trop menue pour permettre de suspecter un syndrome de la queue de cheval. L'examen neurologique révèle un syndrome lombo-vertébral marqué ainsi qu'un syndrome radiculaire très irritatif du côté gauche avec une hypoesthésie correspondant plutôt au dermatome S1, alors que le réflexe achilléen gauche est tout à fait préservé, ce qui est assez surprenant si l'on envisage une radiculopathie S1. En tous les cas, il n'y a pas de syndrome de la queue de cheval. Bizarrement, la hernie discale est plus marquée en L4-L5 qu'en L5-S1. Au niveau L4-L5, la

hernie exerce une contrainte sur la racine L5 mais à droite, soit du côté où le patient est asymptomatique. Il n'en demeure pas moins que le patient est extrêmement invalidé par ces douleurs mais ne tient pas forcément à être d'emblée opéré. Quoi qu'il en soit, M. R. _____ a rendez-vous le 09.01.2008 dans le service de Neurochirurgie du F. _____ [F. _____] après l'IRM et une décision sera alors prise ».

Priant le service de neurochirurgie du F. _____ de recevoir l'assuré à une consultation, dans un rapport du 15 avril 2008, la Dresse L. _____ a exposé ce qui suit :

« Il s'agit d'un jeune patient, horloger, en bonne santé habituelle, dont l'histoire actuelle débute le 12 décembre lorsque, en soulevant une lourde charge à son travail, il ressent une douleur lombaire aiguë, inaugurale, avec blocage. La clinique est alors compatible avec un lumbago aigu, non déficitaire, motivant la mise en arrêt de travail, associé à un traitement antalgique avec myorelaxants, AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien] et physiothérapie.

Sous ce traitement, l'évolution a été dans un premier temps favorable, permettant la reprise du travail le 7 janvier. Deux heures après le maintien d'une position assise, il constate alors l'apparition de paresthésies dans les orteils à gauche, avec sentiment de décharges électriques du membre inférieur gauche et diminution de la force du pied. Il se rend alors aux urgences du F. _____, où un CT lombaire montre une hernie discale L5-S1 paramédiane gauche.

Vu par le chirurgien en vue d'une intervention, on complète le bilan par une IRM à la Clinique [...], l'IRM du F. _____ étant ce jour-là hors service. Cet examen confirme la présence d'une hernie discale L4-L5 médiane comprimant l'émergence de la racine L5 droite. En L5-S1, présence d'une hernie discale médiane et paramédiane gauche au contact de la racine S1, mais sans compression.

Dès lors, le patient a bénéficié d'une brève corticothérapie dégressive, associée à un traitement antalgique sous forme d'AINS, Tramadol, Sirdalud et physiothérapie intensive. Il n'a pas pu reprendre son activité professionnelle, étant dans l'impossibilité de maintenir la même position au-delà de 30 minutes. Toute station assise prolongée entraîne l'apparition de fourmillements dans le pied gauche. Il dit ne pas pouvoir marcher plus de 15 minutes. Le 10 mars, il a bénéficié d'une infiltration épidurale à la Clinique de [...] au niveau L5-S1 gauche, malheureusement sans bénéfice antalgique net. Objectivement, on constate la persistance de troubles sensitifs sur le trajet S1, tous les réflexes ostéo-tendineux étant présents, de même que la motricité. Il doit prendre quotidiennement 2 cp [comprimé] de Brufen Retard 800 mg, accompagnés de Sirdalud à la demande.

En conclusion, quatre mois après le début de la symptomatologie, on se trouve devant un jeune patient ne pouvant pas reprendre son travail en raison des douleurs dans un contexte de sciatalgies sans déficit moteur net. Cependant, il me semble indispensable de

reconsidérer la situation d'un point de vue chirurgical, le traitement conservateur maximal n'ayant pas fait ses preuves ».

Faisant suite à la demande de la Dresse L._____, le Dr P._____, chef de clinique adjoint au service de neurochirurgie du F._____ a reçu l'assuré en consultation le 28 avril 2008. Dans son rapport du 29 avril 2008 à la Dresse L._____, le Dr P._____ a fait part de l'appréciation suivante :

« M. R._____ présente donc des lombalgies basses persistantes avec de rares épisodes d'irradiation douloureuse dans le MIG [membre inférieur gauche] et chez qui l'IRM lombaire du mois de janvier 2008 ne montre pas de clair conflit radiculaire mais des discopathies en L4-L5 et L5-S1 expliquant le syndrome lombovertébral important chez ce patient. Il n'y a pas à l'examen clinique du jour un syndrome irritatif clair et devant le tableau clinique et radiologique (bien que l'IRM date du mois de janvier 2008), il n'y a toujours pas à mon sens d'indication à une intervention neurochirurgicale. Je reste à disposition pour revoir le patient en cas de réapparition éventuelle d'une claire sciatique dans quel cas il faudrait refaire une nouvelle IRM lombaire après quoi je resterai à disposition pour une nouvelle évaluation ».

Dans un rapport du 28 novembre 2008 du Service médical régional (ci-après : le SMR), le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué qu'aucune reprise de son activité habituelle n'était possible en raison de la position essentiellement assise que suppose sa profession. L'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, tandis qu'il bénéficiait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Le Dr D._____ a posé les limitations fonctionnelles suivantes : « alternance des positions assise et debout; pas de port de charge lourde; pas de porte-à-faux ».

Le 5 février 2009, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge des coûts relatifs à une formation de conseiller de vente puis de coordinateur commercial pour la période du 16 février 2009 au 28 février 2010.

Dans un avis médical du 29 mai 2009 du SMR, le Dr Z._____, spécialiste en anesthésiologie et médecine du travail, a retenu que la capacité de travail de l'assuré était de 100% dans une activité adaptée.

S'agissant des cours proposés dans le cadre de sa formation auprès du B. _____ (ci-après : le B. _____), il a précisé que l'assuré était apte à les suivre pour autant qu'il ait la possibilité de se lever et déambuler au moins deux fois par heure.

Un stage pratique pour compléter sa formation au B. _____ a été programmé au U. _____ (ci-après : l'U. _____) à [...] du 31 août au 29 novembre 2009 en attendant la reprise de sa formation de coordinateur auprès du B. _____.

Le 10 septembre 2009, la mesure de reclassement auprès du Centre U. _____ a été interrompue en raison d'une incapacité totale de travail de l'assuré dès cette date et pour une durée indéterminée, attestée par son médecin traitant.

L'assuré a été soumis à une IRM lombaire le 24 septembre 2009 réalisée par le Dr M. _____, spécialiste en radiologie. Dans son rapport du 25 septembre 2009 adressé à la Dresse L. _____, le médecin a constaté, par rapport au précédent examen datant du 26 mai 2008, une augmentation de volume de la hernie L5-S1 médiane, paramédiane et foraminale gauche. Cette hernie entraine en conflit avec l'émergence de la racine S1 gauche apparemment oedématiée par rapport au côté controlatéral. Il a noté l'apparition d'une discopathie L3-L4 avec protusion herniaire paramédiane droite, sans conflit radiculaire, mais n'a pas relevé de modification de la petite hernie L4-L5 médiane paramédiane droite.

Dans un rapport du 12 octobre 2009 à la Dresse L. _____, le Dr P. _____ a indiqué que compte tenu du résultat de cette IRM, une cure chirurgicale de la hernie discale pouvait être proposée au patient vu que la sciatique était sa plainte principale.

Selon son rapport du 30 octobre 2009 à l'OAI, la Dresse L. _____ a exposé que l'activité habituelle n'était plus exigible et que l'assuré présentait une incapacité totale de travail depuis décembre 2007. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'impossibilité de garder la

même position debout ou assis plus de 15 minutes en raison des douleurs et de l'insensibilité au niveau du pied. Selon elle, la seule mesure médicale encore envisageable était une intervention chirurgicale. Elle relevait également qu'au moment du rapport, le patient se déplaçait à l'aide d'une canne.

Dans un avis médical du 23 novembre 2009 du SMR, le Dr D. _____ a constaté que la situation médicale de l'assuré n'était pas stabilisée. Il a retenu une capacité de travail nulle dans toute activité depuis septembre 2009.

Selon un rapport du 4 décembre 2009 du Dr P. _____ à la Dresse L. _____, la radiculopathie S1 gauche était en amélioration grâce à une perte pondérale. Dans ces conditions, la cure chirurgicale de la hernie discale n'était plus d'actualité et il préconisait la poursuite du traitement conservateur.

La Dresse L. _____ s'est adressée dans un rapport du 19 avril 2010 au Dr X. _____, spécialiste en anesthésiologie. Elle a exposé que le patient souffrait de manière visible, se mobilisait à l'aide d'une canne et présentait une boiterie à la marche. Le statut clinique mettait en évidence un important syndrome lombo-vertébral avec hypoesthésie sur le trajet S1 sans déficit moteur net et une conservation des réflexes achilléen et rotulien.

Le 14 juin 2010, le Dr H. _____ et la Dresse K. _____, respectivement médecin adjoint et médecin cheffe de clinique au service de rhumatologie des J. _____ (ci-après : les J. _____), ont examiné l'assuré à la demande de son médecin traitant. Dans leur rapport du 22 juin 2010 à la Dresse L. _____, ils ont exposé que le patient présentait avant tout une lombosciatalgie gauche chronique avec une possible petite composante de radiculopathie S1 gauche pour laquelle il n'y avait pas d'indication à une infiltration ou à une prise en charge en chirurgie. Pour la lombosciatalgie, ils préconisaient une mobilisation très progressive

comprenant une hygiène posturale, une proprioception et progressivement une prise en charge de type gainage.

Dans un rapport du 7 juillet 2010 à l'OAI, la Dresse L. _____ a indiqué qu'il était objectivement impossible pour l'assuré de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit. La situation devait être régulièrement réévaluée et en cas d'amélioration des douleurs, une reprise d'activité était fortement souhaitable.

Au vu de ces éléments, l'OAI a mandaté son SMR pour un examen clinique rhumatologique de l'assuré qui a eu lieu le 24 novembre 2010. Dans son rapport du 22 décembre 2010, le Dr S. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail des lombalgies chroniques, sciatalgies par intermittence (M54.5), caractérisées par des troubles dégénératifs avec une discopathie étagée, une hernie discale paramédiane gauche intra-foraminale L5-S1 et un syndrome radiculaire irritatif anamnestique. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une surcharge pondérale avec obésité de classe 2, un déconditionnement musculaire global et focal ainsi qu'une amplification des plaintes avec comportement d'invalidé. Dans son appréciation du cas, le médecin du SMR a exposé les éléments suivants :

« Nous sommes en présence d'un jeune assuré, horloger-rhabilleur, âgé de 26 ans, déposant une demande de prestations AI en date du 10.07.2008 en relation avec des incapacités de travail évoluant depuis décembre 2007. Dans un premier temps, la demande de prestations était en vue de l'obtention de moyens de réorientation professionnelle puis, à la suite de l'échec de ceux-ci, la demande se précise en vue de l'obtention d'une rente.

L'assuré évoque la persistance d'une symptomatologie douloureuse constante, centrée sur le rachis lombaire évoluant depuis le 12.12.2007 à la suite d'un faux mouvement en charge. Associées à cette symptomatologie lombaire, l'assuré évoque des douleurs irradiées au niveau du MIG [membre inférieur gauche] (sciatalgie par intermittence). Les plaintes actuelles sont décrites comme constantes, leur intensité douloureuse est entre 5 et 6 en position de décubitus dorsal, exacerbées entre 8 et 9 sur 10 ou lors de la station assiste au-delà de quelques minutes ou lors de la marche au-delà d'une demi-heure à trois quarts d'heure. Les différents traitements réalisés jusqu'à ce jour se sont tous révélés inefficaces.

Les différentes investigations radiologiques pratiquées à ce jour mettent en évidence des troubles dégénératifs sous la forme de discopathie étagée de L3 à S1 avec présence d'une protrusion discale paramédiane D [droite] en L4-L5 sans mise en évidence de processus compressif, associés à une hernie discale paramédiane G [gauche] à composante intra-foraminale en L5-S1 au contact de la racine S1 mais sans mise en évidence de phénomène compressif (absence de mise en évidence d'oedème radiculaire).

L'anamnèse est en faveur d'un syndrome radiculaire irritatif par intermittence avec persistance de dysesthésies, fourmillements, décharges électriques et faiblesse au niveau du membre inférieur gauche.

L'examen clinique au SMR met en évidence un syndrome lombovertébral avec une distance doigts-sol à 25 cm, une distance doigts-orteils à 20 cm sans mise en évidence de contractures musculaires mais une importante douleur à la mobilisation du rachis lombaire en flexion-extension ou en torsion. Aucune autre limitation dans les amplitudes articulaires n'a été constatée. L'examen neurologique met en évidence des troubles dysesthésiques touchant l'ensemble du MIG, accentués dans le territoire S1 G sans mise en évidence d'erreur au piqué-touché, de trouble de la pallesthésie ou de trouble du sens positionnel. A signaler par ailleurs une trophicité musculaire conservée et l'absence de déficit des réflexes.

Le reste de l'examen met en évidence une importante surcharge pondérale, un déconditionnement musculaire global et focal associé à des rétractions musculaires au niveau ischio-jambier. L'assuré présente par ailleurs des signes de non organicité, 5 sur 5 selon Waddell et 2 sur 2 selon Kummel en faveur d'un processus de type non organique.

En résumé, cet assuré de 26 ans présente des lombalgies chroniques évoluant depuis décembre 2007 en relation avec des discopathies étagées vraisemblablement exacerbées par la surcharge pondérale. L'assuré présente à plusieurs reprises une radiculopathie irritative S1 en relation avec la mise en évidence d'une hernie discale paramédiane et intra-foraminale L5-S1 gauche.

L'ensemble de la symptomatologie douloureuse présentée par l'assuré et l'absence d'évolution malgré les différents traitements appliqués à ce jour ne peut s'expliquer uniquement par l'atteinte ostéoarticulaire objective mise en évidence par les examens complémentaires à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour.

La cause précise des symptômes et leur persistance ne peut être établie. La présence de troubles dégénératifs n'explique à mon avis pas entièrement l'intensité ni la persistance des douleurs. On rappellera également que les douleurs sont un phénomène subjectif, non mesurable, variable d'un individu à l'autre, non corrélable avec des données, lésions radiologiques, et pas uniquement secondaires à des lésions anatomiques structurelles.

Les facteurs pronostic favorisant l'invalidité sont davantage d'ordre professionnel, socio économique, médico-légal, psychologique et liés à l'handicap ressenti (comportement maladif ou invalide).

L'évaluation des contraintes physiques au travail reste subjective, il n'y a à l'heure actuelle à ma connaissance aucun instrument valide permettant l'évaluation objective précise des contraintes physiques au travail.

Les lombalgies présentées par l'expertisé ne sont pas en soi une maladie mais davantage un symptôme qui peut relever de causes variées. Une des causes comme déjà mentionné est la présence de troubles dégénératifs, lesquels n'expliquent cependant pas entièrement l'intensité ni la persistance des symptômes.

La présence de troubles dégénératifs, aggravés par la surcharge pondérale, induisent des limitations fonctionnelles dans des activités à forte charge psychique. L'activité habituelle de l'assuré peut être considérée comme une activité à faible charge physique mais n'étant pas entièrement adaptable aux limitations fonctionnelles, une diminution de rendement de 30% peut être retenue.

Toute activité qui respecterait de façon stricte des limitations fonctionnelles est possible à un taux de 100% sur le plan médico-théorique. Une telle capacité de travail est raisonnablement exigible depuis le début de la longue maladie, le 12.12.2007 ».

Le Dr S._____ a également retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

« Pas de port de charge supérieures à 7,5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 12,5 kg. Pas de position statique prolongée en position assise au-delà de 3/4 d'heure à une heure sans possibilité de varier les positions au minimum une fois par heure de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance. Eviter les positions en genuflexion ou accroupies à répétition. Pas de position statique debout immobile de type piétinement, diminution du périmètre de marche à environ 30 à 45 minutes. Pas d'activité sur terrain instable, pas d'exposition à des machines-outils réalisant des vibrations de 5 hertz ou plus ».

Selon le Dr S._____, l'assuré présentait tout au plus une diminution de rendement de 30% dans son activité habituelle au vu des atteintes objectives à la santé présentées. Une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était exigible à 100% depuis le 12 décembre 2007. En conclusion, il retenait une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

Le 2 février 2011, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'une nouvelle orientation professionnelle pour déterminer ses possibilités de réinsertion.

L'assuré a été convoqué à l'OAI pour un entretien le 28 mars 2011. Selon le rapport final du même jour, l'assuré n'était pas d'accord avec l'exigibilité retenue par le SMR et estimait être tout au plus apte à travailler à 20%.

Par projet de décision du 5 mai 2011, l'OAI a refusé l'octroi de prestations d'invalidité, au motif que l'assuré présentait un degré d'invalidité inférieur à 40%.

Dans un rapport du 25 mai 2011, le Dr P. _____ a précisé que des situations de station debout ou assise prolongées chez ce jeune patient comportaient le risque de déboucher sur une certaine aggravation de la symptomatologie douloureuse. Dans ces conditions, une reconversion professionnelle par rapport à son métier d'horloger devrait être considérée dans les alternatives. Le Dr P. _____, qui ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, a indiqué qu'il n'y avait pas d'évolution par rapport à la situation de novembre 2009.

Le 2 juin 2011, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI.

A l'appui de sa contestation, le 29 juin 2011, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 28 juin 2011 du Dr N. _____, spécialiste en rhumatologie, adressé à la Dresse L. _____, lequel a posé les diagnostics de syndrome lombovertébral chronique non spécifique, de syndrome radiculaire irritatif S1 gauche et d'hypermobilité articulaire généralisée. Selon ce médecin, le patient ne pouvait, n'a pas pu et ne pourra pas travailler avant un certain temps. Il s'agissait d'une pathologie à prendre en compte au long cours. Dans la discussion du cas, il a exposé ce qui suit :

« La pathologie radiculaire, visible sur l'IRM, sous forme d'une racine oedématiée expliquant la symptomatologie à gauche, dans un contexte de déconditionnement physique majeur (passage pondéral de 94 kg début 2008, jusqu'à actuellement à 123 kg dysbalances musculaires, etc) se confond avec les symptômes d'instabilité en termes de trajets douloureux, expliquant donc les soi-disant incohérences décrites par le rapport SMR. L'examen appendiculaire présente également des rétractions musculaires qui expliquent largement les limitations décrites dans le rapport SMR, et qualifiées de non congruentes (parce qu'antalgiques ?) ou de résistance volontaire, ignorant la réalité d'une kinésiophobie manifeste.

Sur le plan radiologique, l'un des éléments qui n'a été décrit nulle part réside dans l'aspect hétérogène de la musculature paralombaire basse, à peu près au niveau de L4-L5 et L5-S1, traduisant la détérioration fonctionnelle du multifidus et du longissimus, qui sont par ailleurs, normaux au niveau des segments supérieurs. Cette description est bien corrélée avec les pathologies radiculaires, comme le démontre la littérature spécialisée.

En ce qui concerne les signes de Waddell, décrits par le SMR, je n'en ai retrouvé qu'un seul, à savoir la pression céphalique axiale déclenchant une lombalgie. La palpation et la percussion de même que la pseudo-rotation ainsi que la discordance entre le Lasègue assis et le Lasègue couché, ne ressortent pas de mon examen. De toute façon, qu'elle qu'en soit l'interprétation qu'on puisse en faire, les signes de Waddell, comme les auteurs l'ont rappelé à plusieurs reprises, n'ont comme seule valeur que celle de montrer qu'il existe une éventuelle participation psychologique dans la genèse de l'expression douloureuse du patient et qu'ils ne sont en aucun cas la preuve d'une quelconque absence de substrat organique au problème (ce terme a d'ailleurs été largement critiqué par les auteurs eux-mêmes, en raison de son usage assécurologique, ils parlent dans les écrits les plus récents de signes comportementaux) voire d'une simulation.

Au total, si je reprends les diagnostics du SMR, je note d'abord qu'il manque dans la rubrique « avec répercussion durable sur la capacité de travail » sous « Lombalgies... » puis « ...Troubles dégénératifs avec discopathie étagée (au singulier dans le texte)... », la mention de l'atteinte protusive discale L4-L5 droite, laquelle est significative et s'aggrave, comme le montrent d'ailleurs les différents rapports disponibles, en particulier l'IRM de 9.2009, qui montre en plus d'une HIZ (High Intensity Zone), qui signe un rupture annulaire de L4-L5. Ce n'est pas seulement une question de sémantique, car la formulation employée minimise l'atteinte structurelle effective, qui explique la symptomatologie de micro-instabilité anamnesticque et clinique.

Par ailleurs, je me pose la question de savoir comment on peut considérer un déconditionnement musculaire global et focal comme sans répercussion sur la capacité de travail dans une activité physique, de même que l'on peut considérer qu'une surcharge pondérale avec obésité de classe II ne peut avoir de répercussion sur cette même capacité de travail compte tenu des limitations entraînées par la masse volumétrique musculo-lipidique.

Dès lors, la construction intellectuelle dans la conclusion et l'appréciation du cas qui permet à l'auteur de ce rapport d'affirmer que la cause précise des symptômes et leur persistance ne peut être établie, n'est pas acceptable. Le même rapport signale que la surcharge pondérale est la cause des discopathies, ceci alors que cette surcharge n'existait pas auparavant et qu'elle s'est nettement aggravée parallèlement à l'aggravation de la symptomatologie. Par la suite, il conviendra de prouver par des arguments scientifiques ce qui est dit à la page 9, à savoir que les « facteurs pronostiques favorisant l'invalidité » sont davantage d'ordre professionnel, socio-économique, médico-légal, psychologique et lié à l'handicap ressenti (comportement maladif ou invalide). Ceci mériterait d'être discuté sur un plan rationnel et scientifique et non pas comme l'expression de la conviction personnelle de son auteur.

Enfin, en ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il n'y a aucune logique découlant d'une évaluation objective (bien que celle-ci existe et qu'elle est démontrée dans la littérature scientifique récente) et scientifiquement argumentée qui permette d'affirmer que les charges maximales sont de 1,5 kg ou éventuellement 12,5 kg, que les positions statiques peuvent être tolérées $\frac{3}{4}$ d'heure à 1 heure, qu'il ne doit pas y avoir de position en porte-à-faux, de position statique debout, d'une diminution du périmètre de marche à 30 à 45 minutes, etc. En outre, affirmer que le patient doit pouvoir une fois par heure et de préférence à sa guise changer de position, relève de l'utopie dans une économie de marché même équilibré. Ces chiffres découlent de la subjectivité de leur auteur et conduisent à l'arbitraire.

Un peu plus bas, toujours dans les limitations fonctionnelles, l'auteur de ce rapport signale de nouveau : « une incapacité de travail totale dans son activité d'horloger-rhabilleur ne peut être retenue sur le plan médico-théorique ». Il n'existe, sur le plan juridique, pas d'appréciation médico-théorique dans la LAI. L'appréciation médico-théorique est strictement réservée à la LAA, c'est en tous cas ce que les juristes de l'époque où je fonctionnais dans la défunte Commission AI (jusqu'en 1995) m'avaient appris. D'autre part, compte tenu de l'importance du syndrome lombovertébral et des douleurs radiculaires attestées par différents spécialistes consultés auparavant, y compris universitaires, que ce soit à Genève ou à Lausanne, on ne peut admettre que ce patient pourrait travailler comme horloger-rhabilleur avec une pathologie vertébrale et neurochirurgicale aussi active. Par contre, ce qui est admissible, c'est que cette incapacité de travail soit temporaire, de longue durée puisque l'on sait qu'il faut environ 1 à 2 ans avec un traitement bien conduit (ce qui n'a pas été le cas lorsque l'on reprend l'anamnèse) pour récupérer.

J'en arrive donc à l'approche thérapeutique. Selon ce que m'a dit Monsieur R. _____, en dehors des traitements médicamenteux dont on sait qu'ils ne sont que palliatifs, il n'a pas eu de traitement de rééducation au long cours selon des méthodes de physiothérapie moderne, visant à une autogestion du patient à travers la correction des dysbalances musculaires, le gainage du tronc, la récupération de la proprioception et le renforcement analytique sur machines de force. Il semblerait que, pour des raisons financières (aux dires du patient), il n'ait pas pu bénéficier d'une prise en charge globale

comme l'offre, par exemple, la clinique « La Lignière ». En effet, une telle prise en charge devrait se révéler efficace après environ 3 mois sous forme d'une amorce d'amélioration, qui devient significative après un délai moyen d'un an, selon une méta-analyse récente (2010) par des collègues de l'Hôpital universitaire de Zurich. Bien entendu, la poursuite en autogestion du traitement par le patient est indispensable pour atteindre ce but.

Je vous propose donc de remettre en route un traitement actif, avec une hydrokinésithérapie à tester, en sachant également que la perte des stimulus proprioceptifs en milieu liquide diminue la protection articulaire automatique, mais que par contre, la chaleur et la décharge en sol peuvent conduire à une certaine sédation. L'hydrokinésithérapie, si tolérée, devrait permettre au patient d'en tirer un bénéfice au moins algique, l'essentiel étant la kinésithérapie visant à récupérer le gainage du tronc, à corriger les hypoextensibilités musculaires, en particulier au niveau des tendomyoses fessières et des rétractions du pyramidal, des raccourcissements des érecteurs du tronc, d'une surcharge au niveau des psoas et des droits antérieurs, ceci en prenant avant les séances de physiothérapie une antalgie suffisante pour lui permettre de résister aux douleurs accompagnant initialement ce type d'approche.

J'insiste sur le fait qu'il s'agit d'une pathologie à prendre en compte au long cours et que, compte tenu des constatations anamnestiques, cliniques et radiologiques, ce patient ne peut travailler ou n'a pas pu travailler et ne pourra pas travailler avant un certain temps, lequel ne pourrait être éventuellement déterminé qu'à travers une évaluation de la capacité fonctionnelle (ECF) en début de traitement, ainsi qu'un examen du même type après 3 à 6 mois permettant de mesurer les progrès accomplis à condition que le traitement soit correct et, peut-être (car ce sont les limites de la méthode) d'en déduire une hypothèse pronostique ».

Dans un avis du 25 juillet 2011 du SMR, le Dr T._____, spécialiste en médecine du travail, a exposé que les éléments contestés par le Dr N._____ avaient été discutés dans l'expertise fouillée et probante du Dr S._____. Selon le Dr T._____, le Dr N._____ n'apportait aucun élément médical nouveau.

Selon une communication interne du 2 septembre 2011 figurant au dossier de l'OAI, en 2008, le revenu sans invalidité de l'assuré aurait été de 88'400 fr. (selon le rapport de l'employeur), tandis que son revenu avec invalidité, en cas de réussite des mesures, aurait été de 72'792 francs. Indexés à 2011, ces deux revenus se monteraient respectivement à 92'188 fr. 45 et 75'911 fr. 55. Le préjudice économique équivaldrait dès lors à 16'276 fr. 90, soit 17,65%. En revanche, sans

mesures, l'assuré présenterait un préjudice économique de 30%, correspondant au taux d'incapacité dans son activité habituelle.

Par sommation du 2 septembre 2011, l'OAI a fixé un délai au 2 octobre 2011 à l'assuré pour lui indiquer s'il entendait poursuivre son reclassement. Dans la négative, l'OAI statuerait en l'état du dossier et en partant de l'hypothèse de la réussite des mesures de réorientation professionnelle proposées.

Le 29 septembre 2011, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, Me Gilles-Antoine Hofstetter, s'est opposé à cette sommation. Il a fait part de son intention de participer à un reclassement mais qu'il lui était impossible de s'y soumettre en raison de son état de santé actuel. Il a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire sur le plan administratif.

Par projet de décision du 12 octobre 2011, l'OAI a rejeté la demande d'assistance judiciaire sur le plan administratif.

Par projet de décision du 12 octobre 2011, l'OAI a refusé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Il a statué en considérant que la formation proposée était réussie, bien que l'assuré ne s'y soit pas soumis. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 92'188 fr. 45 et d'un revenu avec invalidité de 75'911 fr. 55, la perte de gain s'élevait à 16'276 fr. 90, correspondant à un degré d'invalidité de 17,65%.

Le 21 octobre 2011, l'assuré s'est opposé aux deux décisions de l'OAI. Sur la question de la rente d'invalidité, l'assuré s'est essentiellement fondé sur le rapport du 28 juin 2011 du Dr N. _____ pour attester son incapacité totale de travail.

Par deux décisions séparées du 22 novembre 2011, l'OAI a confirmé ses projets de décision et a refusé l'octroi de l'assistance judiciaire ainsi que le droit à une rente d'invalidité.

B. Par actes du 14 décembre 2011, R._____ recourt contre ces deux décisions auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans son recours contre la décision de refus de rente d'invalidité, il conclut principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière dès le 1^{er} décembre 2008 et subsidiairement au renvoi de la cause pour nouvelle instruction. En substance, il soutient qu'il présente une incapacité totale de travail, se référant aux rapports de son médecin traitant et du Dr N._____. Il requiert en outre la mise en œuvre, comme mesure d'instruction, d'une expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique et orthopédique).

S'agissant du recours contre la décision refusant l'octroi de l'assistance judiciaire au niveau administratif, il conclut à sa réforme dans le sens de l'octroi de l'assistance judiciaire à compter du 29 septembre 2011.

Par ordonnance du 6 février 2012, la juge instructeur prononce la jonction des causes relatives au refus de l'assistance judiciaire devant l'autorité administrative et au refus de rente. Dans leurs courriers des 8 et 21 février 2012, les parties ne formulent aucune objection.

Dans sa réponse du 29 mars 2012, l'intimé propose le rejet des recours et la confirmation de ses décisions. S'agissant du refus de l'assistance judiciaire sur le plan administratif, il confirme sa décision au vu de l'absence de nouveaux arguments. Concernant le refus de rente, l'intimé estime que l'examen du Dr S._____ du SMR a mis en évidence des signes de non organicité qui justifient l'évaluation de la capacité de travail à 70% dans l'activité habituelle. En outre, selon l'intimé, l'avis du Dr N._____ ne permet pas de mettre en doute l'appréciation du SMR pour les raisons exposées dans l'avis du 25 juillet 2011 du SMR.

Le recourant réplique le 14 mai 2012. Il confirme les conclusions de son recours contre le refus de l'assistance judiciaire dans la

procédure administrative. Sur la question de la rente, il fait valoir que le Dr N. _____ est le seul médecin à avoir une spécialisation en rhumatologie. Il maintient également sa requête d'expertise pluridisciplinaire judiciaire ainsi que les conclusions de son recours.

Le 16 mai 2012, le recourant produit un rapport médical du 15 mai 2012 du Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Selon ce médecin, les lésions ont un caractère invalidant et l'incapacité de travail secondaire sur ces problèmes organiques sera de longue durée au vu de l'échec de toutes les thérapies entreprises à ce jour. L'importance des douleurs devenues chroniques aura certainement un impact psychologique également.

L'intimé duplique le 11 juin 2012. Il estime que les arguments du recourant et le rapport du Dr Q. _____ n'apportent aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause le bien fondé de la décision. Tous les éléments attestés par le Dr Q. _____ ont fait l'objet de l'examen SMR pratiqué le 24 novembre 2011 par le Dr S. _____. En outre, selon l'intimé, il n'y a pas lieu de retenir l'avis du Dr Q. _____ sur l'éventuel impact futur des douleurs chroniques.

Dans ses déterminations du 24 juillet 2012, le recourant confirme ses conclusions ainsi que sa requête d'expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique et orthopédique, à laquelle il faudrait ajouter un volet psychiatrique au vu des remarques du Dr Q. _____.

Le 15 août 2013, la juge instructeur ordonne la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, neurologique, rhumatologique, orthopédique et psychiatrique, auprès du A. _____ (ci-après : le A. _____).

Les 4 et 12 décembre 2013, le recourant est examiné au A. _____ par les Drs I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, C. _____, spécialiste en neurologie, V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, et O._____, spécialiste en rhumatologie. Pour les besoins de l'expertise, une IRM lombaire ainsi qu'une radiographie de la colonne lombaire sont effectuées le 23 décembre 2013 (cf. rapport des 24 décembre 2013 au Dr V._____, de la Dresse W._____, spécialiste en radiologie). Dans leur rapport d'expertise du 11 avril 2014, les médecins du A._____ exposent notamment ce qui suit :

« **SYNTHÈSE ET DISCUSSION**

[...]

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan neurologique, les plaintes formulées par Monsieur R._____ sont en tout point superposables à celles qu'il mentionne depuis fin 2007, soit des lombosciatalgies gauches de topographie postérieure associées à un manque de force du membre inférieur gauche et à un manque de sensibilité au niveau de la face externe du pied gauche. La symptomatologie est très significativement augmentée par la station assise et debout prolongée et par le port de charges, même modestes.

A l'examen neurologique, on note un sujet collaborant, mais démonstratif dans ses plaintes. L'examen du rachis dorsolombaire révèle une apparente limitation de la mobilité du rachis lombaire, tout particulièrement en flexion antérieure maximale, toutefois sans contracture des muscles paravertébraux. La marche spontanée se fait soit avec une canne soit avec une boiterie du membre inférieur gauche, alors que la station sur la pointe des pieds et sur les talons est normalement possible. A l'examen des membres inférieurs, on observe une manœuvre de Lasègue apparemment bloquée à 45° à gauche, une discrète asymétrie de périmètre des mollets vraisemblablement non significative, une bonne préservation des réflexes tendineux, des phénomènes de lâchages étagés au niveau du membre inférieur gauche au testing de la force musculaire et enfin une hypoesthésie tactile et douloureuse intéressant la face externe de la jambe et du pied gauches.

L'examen clinique a été complété par un nouvel ENMG [électroneuromyogramme] (un premier EMG [électromyogramme] a été effectué dans le cadre de l'expertise pratiquée en novembre 2008), qui ne révèle toujours pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significative dans le membre inférieur gauche avec des tracés aux mouvements à basse fréquence mais normalement riches, compte tenu de la qualité de l'effort obtenu cliniquement.

Nous avons revu les IRM lombaires à disposition. Ces examens mettent en évidence des altérations dégénératives discales pluri-étagées L3-S1 avec au niveau L4-L5 une petite hernie discale médiane et paramédiane droite et au niveau L5-S1 une protrusion/hernie discale médiolatérale gauche susceptible de comprimer la racine S1 gauche lors du dernier examen pratiqué en septembre 2009.

En conclusion, tout comme lors de l'expertise de 2008, il ressort de l'anamnèse, de l'examen et de l'étude des dossiers radiologiques

une discordance nette entre l'importance des plaintes formulées par le patient et la discrétion des anomalies cliniques et radiologiques objectivables, faisant penser qu'il existe indubitablement des facteurs de majoration des troubles. La description des douleurs donnée par Monsieur R. _____ correspond néanmoins à une irritation radiculaire S1 gauche qui peut trouver son explication dans la protrusion/hernie discale médiane et latérale gauche mise en évidence aux diverses IRM lombaires. Néanmoins, les conséquences de cette petite protrusion/hernie discale paraissent difficilement expliquer l'importance des douleurs et leur répercussion sur la capacité de travail de Monsieur R. _____.

Sur le plan thérapeutique, tout a été tenté hormis une intervention neurochirurgicale, laquelle paraît contre-indiquée par le contexte global et l'absence d'atteinte radiculaire clairement documentable. Il n'y a donc pas d'autres propositions de traitement que l'on puisse formuler.

Sur le plan de la capacité de travail, en l'absence d'une atteinte neurologique clairement documentable lors de l'expertise de 2008, mais surtout au terme de la présente appréciation, il n'y a toujours pas d'incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, on ne revient pas sur les lombosciatalgies gauches décrites ci-dessus. L'atteinte du rachis ne permet pas d'expliquer l'ensemble des plaintes et des handicaps que cela entraînerait selon l'expertisé. Les discopathies sont somme toute banales. On peut admettre en raison de celles-ci des limitations pour le port de charges et les mouvements sollicitant fortement le dos. Mais dans une activité d'horloger-rhabilleur, en tolérant quelques moments de pause pour changer de position, la capacité de travail est entière avec une légère diminution de rendement de l'ordre de 10% pour les pauses.

On relève encore une obésité, qui s'est aggravée au cours des années, élément plutôt défavorable pour le rachis. Cela n'entraîne toutefois pas de diminution de la capacité de travail dans le cas présent. Il y a également une tension artérielle à la limite supérieure de la norme et des naevi.

Ces éléments n'influencent pas la capacité de travail qui est complète en temps.

Sur le plan orthopédique, le jour de l'expertise, Monsieur R. _____ se présente essentiellement avec un syndrome douloureux lombaire massif. Une canne est utilisée à gauche en raison de lâchages du membre inférieur gauche.

Les appréciations données par les divers spécialistes concernés ici se recouvrent partiellement.

Le chirurgien orthopédiste choisit dans ce cas de se concentrer uniquement sur l'évaluation squelettique.

Les différents examens réalisés au cours du temps (voir la séquence des IRM) permettent d'indiquer qu'il n'y a pas de modification importante dans ce cas au niveau squelettique. Le syndrome

lombaire douloureux décrit ci-dessus n'a donc pas son origine au niveau vertébral osseux. Dans la même optique il n'y a pas d'indication évidente à un traitement chirurgical sur le squelette rachidien.

La capacité de travail peut être considérée comme complète en temps et rendement.

Sur le plan psychique, Monsieur R. _____ n'a aucun antécédent psychiatrique. Il a eu un suivi psychiatrique durant un an à raison d'une séance par mois jusqu'au mois de septembre de cette année, pour gestion d'une médication antidépressive à visée antalgique.

Il n'a aucune plainte psychiatrique, hormis un sommeil perturbé par les douleurs et des problèmes de concentration lorsqu'il prend des antalgiques opiacés.

Aucun trait de personnalité pathologique n'a été décelé dans l'anamnèse et à l'examen psychiatrique.

Il reste actif dans le quotidien en tenant compte de ses limitations physiques et n'est pas replié socialement.

L'examen psychiatrique est dans les limites de la norme.

En conclusion, l'expertisé ne souffre d'aucun trouble mental. Il n'existe aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique, la capacité de travail est complète dans toute activité sans diminution de rendement ».

S'agissant des limitations fonctionnelles, les médecins du A. _____ retiennent qu'en raison des discopathies, le port de charges répétitif de plus de 10 kg est contre-indiqué de même que le port de charges de plus de 15 kg. L'activité devrait permettre l'alternance des positions et éviter les stations statiques prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux ou les mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc. Par ailleurs, ils n'observent aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique. Selon les médecins du A. _____, la capacité de travail du recourant est complète avec une diminution de rendement de 10% dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 100%.

L'intimé se détermine sur l'expertise le 26 mai 2014. Il maintient sa décision, renforcé dans son idée que la seule baisse de rendement de 10% dans l'activité habituelle ne permet pas de légitimer une rente ni même de prétendre à des mesures de réadaptation.

Le 28 mai 2014, le recourant requiert la production de l'imagerie médicale effectuée pour l'expertise, laquelle lui a été remise par la Cour de céans le 11 juin 2014.

Le 26 août 2014, le recourant se détermine sur l'expertise et maintient ses conclusions. Selon lui, cette dernière ne peut être prise en considération essentiellement au motif qu'un tiers expert est intervenu en relecture sans que les parties ne soient informées de son nom et également dans la mesure où elle contient des imprécisions et des considérations à connotations subjectives.

A l'appui de ses déterminations, le recourant produit un nouveau rapport du Dr Q. _____ du 14 juillet 2014 qui conteste les conclusions de l'expertise en précisant que les douleurs dont il souffre ont un caractère invalidant et en laissant entendre que l'expertise a une formulation qui ferait douter de l'authenticité des plaintes du recourant. Il évoque en outre la prise d'un important nombre de médicaments que les experts auraient négligé de prendre en considération. Il indique que compte tenu de cela une rente de 100% est indiquée.

Le 23 septembre 2014, l'OAI répond aux différents points soulevés dans les précédentes écritures du recourant tout en maintenant la position prise dans sa décision.

Le 30 septembre 2014 les parties sont informées que la cause est gardée à juger.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI

dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La décision par laquelle l'assureur accorde ou refuse l'assistance judiciaire pour la procédure administrative en matière d'assurance sociale en vertu de l'art. 37 al. 4 LPGA est une décision d'ordonnancement de la procédure au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA (ATF 131 V 153 consid. 1). Elle peut directement être attaquée par la voie du recours devant le tribunal cantonal des assurances (art. 56 al. 1 LPGA).

Le recours contre une telle décision incidente est formé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, conformément à l'art. 74 al. 4 let. a LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, car le refus de l'assistance judiciaire est de nature à causer un « préjudice irréparable » au sens de cette disposition (cf. en droit fédéral, le régime analogue de l'art. 93 al. 1 let. a LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110] et, à ce propos : Corboz/Wurzbürger/Ferrari/Frésard/Aubry Girardin, Commentaire de la LTF, 2009, n° 17 ad art. 93 et les références citées).

En l'espèce, les recours ont été formés en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'ils sont recevables.

b) La LPA-VD 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 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le recourant conteste d'une part le refus d'assistance judiciaire au niveau administratif et le refus de rente d'invalidité d'autre part. Ce sont ainsi deux décisions, jointes dans une même cause par ordonnance du 6 février 2012, qui sont contestées par le recourant. La question litigieuse – double par conséquent – est celle de savoir si le recourant a droit à la couverture de ses frais d'avocat au niveau de la procédure administrative et si, compte tenu de son état de santé, il a droit à une rente d'invalidité entière comme il y prétend dans son recours.

3. a) S'agissant de la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance judiciaire est accordée lorsque les circonstances l'exigent, sur la base de l'art. 37 al. 4 LPGA qui a ainsi introduit une base légale à l'assistance judiciaire dans la procédure administrative (ATF 131 V 153 consid. 3.1 notamment).

Conformément à cette disposition, les conditions de l'octroi de l'assistance judiciaire en procédure administrative doivent être examinées de manière plus sévère qu'en procédure judiciaire. Selon l'art. 61 let. f LPGA, en effet, l'octroi de l'assistance judiciaire est donné lorsque les circonstances le justifient alors qu'en procédure administrative il faut que les circonstances l'exigent (TF I 676/04 du 30 mars 2006 consid. 6.2).

L'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il y a lieu de recourir aux services d'un tel mandataire parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son

assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références).

A cet égard, il y a lieu de tenir compte du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. Si la procédure en cause présente des risques importants pour la situation juridique de l'intéressé, l'assistance gratuite d'un défenseur est en principe accordée. Sans cela, elle ne le sera que si, à la difficulté relative de l'affaire, s'ajoutent des problèmes de fait ou de droit auxquels le requérant ne pourrait faire face seul (ATF 130 I 182 consid. 2.2 et les références; 125 V 32 consid. 4; TF I 676/04 précité consid. 6.2). Il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure

(ATF 132 V 200 précité consid. 4.1 et les références; TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.2). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.1; TFA I 557/04 consid. 2.2 et I 319/2005 consid. 4.2.1).

b) Dans le cas d'espèce, l'intimé a considéré, pour refuser l'assistance judiciaire, que la situation de fait ne posait aucun problème particulier et qu'aucune complexité particulière n'apparaissait s'agissant des questions de droit, dans la mesure où le litige au fond portait sur le droit éventuel à une rente compte tenu de l'appréciation de la situation médicale de l'assuré.

Outre le fait que le recourant est francophone, dispose d'une formation sanctionnée par un CFC et que dès lors il est vraisemblablement capable de défendre ses intérêts dans sa langue maternelle à l'échelon

administratif, il convient de relever à l'instar de l'intimé que cette affaire ne revêt pas, à ce stade, un caractère exceptionnellement complexe tant s'agissant des faits que des questions de droit à résoudre.

L'examen du courrier d'opposition du 21 octobre 2011 du mandataire du recourant, sous forme de lettre au demeurant succincte, ne fait que conforter la Cour dans cette appréciation. A cet égard, ce dernier s'est limité à procéder à une comparaison des différents rapports médicaux figurant au dossier, mettant en exergue celui d'un des médecins s'étant exprimé à la demande du médecin traitant et évoquant sans grande motivation le fait que les rapports du SMR ne pouvaient emporter conviction. D'autre part, la situation médicale du recourant ne peut objectivement être qualifiée de complexe, à mesure que, bien que suivi par un psychiatre, il souffre essentiellement de symptômes localisés à la région lombaire. Quoiqu'il en soit, l'assurance invalidité se doit d'examiner et de prendre en charge l'ensemble des atteintes à la santé et leurs conséquences globales sur la capacité de travail et de gain.

Enfin d'un point de vue procédural, on ne peut voir au stade de l'instruction administrative une difficulté particulière, faute de formalisme particulier à respecter.

c) Dès lors, au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'assistance d'un avocat n'était pas nécessaire au recourant pour défendre ses intérêts devant l'autorité intimée. Il s'ensuit que sur ce point le recours est mal fondé et la décision du 22 novembre 2011 refusant l'octroi de l'assistance judiciaire au niveau administratif doit être confirmée.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves, ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se

fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Le Tribunal fédéral a posé certains principes relatifs à l'appréciation des rapports médicaux et d'expertises. Il a notamment relevé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3, 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine et les références; ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Enfin, sauf motifs impérieux, le juge ne s'écarte pas des conclusions d'une expertise médicale judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5. En l'espèce, le recourant conteste le refus de l'OAI de lui octroyer une rente d'invalidité. Il ne peut admettre l'évaluation de la capacité de travail réalisée en particulier par le Dr S._____ dans son rapport d'expertise rhumatologique du 22 décembre 2010, sur lequel s'est essentiellement fondé l'intimé pour refuser la rente. Selon le recourant, les

rapports médicaux sur lesquels se fonde l'intimé ne disposent pas de la valeur probante nécessaire pour mettre en échec ceux du médecin traitant et du Dr N._____. mandaté par la Dresse L._____. Compte tenu des diverses contradictions ressortant des avis SMR, et ainsi que l'a requis le recourant, une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès du A._____.

a) Le recourant critique la valeur probante de cette expertise dans ses déterminations du 26 août 2014. Il relève d'abord qu'un expert tiers dont le nom n'a pas été communiqué aux parties est intervenu pour relire le rapport. Contrairement à ses allégations, cet élément n'est pas de nature à remettre en question l'expertise, tant il est vrai que le rôle de ce dernier expert n'a d'incidence ni sur l'examen, ni sur les conclusions du rapport dans la mesure où il n'est chargé que d'estimer la clarté et la cohérence du texte. S'agissant ensuite des imprécisions relevées, en particulier de l'incidence du nombre de chutes (une ou deux) relatées en page 3 du rapport d'expertise, force est de constater que cette indication ressort directement de la demande de prestation du 1^{er} juillet 2008 complétée par le recourant lui-même. Enfin, les autres imprécisions relevées par Me Hofstetter, reprises directement du rapport du Dr Q._____ du 14 juillet 2014, ne sauraient faire douter de la valeur de l'expertise, dans la mesure où elles ne reposent pour l'essentiel que sur les seules affirmations du recourant.

b) Au contraire, le rapport d'expertise a été rédigé sur la base d'un dossier médical complet et d'exams adéquats, complétés d'un rapport d'imagerie récent effectué sous forme d'IRM au mois de décembre 2013. Les plaintes du recourant, ainsi que l'anamnèse ont été soigneusement prises en considération et consignées dans le corps du texte. Les éléments médicaux essentiels (problèmes lombaires) ont fait l'objet d'une évaluation sous l'angle rhumatologique, orthopédique et neurologique, dont les experts spécialistes parviennent à la même conclusion d'absence d'incapacité de travail, compte tenu des lésions objectivées lors de l'examen. L'aspect psychique, certes accessoire mais qui consistait néanmoins en un point litigieux, a également fait l'objet

d'une évaluation dont les conclusions sont sans équivoque s'agissant de la capacité de travail qui reste à cet égard entière. En regard de ce qui précède, le rapport d'expertise remplit tous les réquisits de la jurisprudence.

Le rapport médical du Dr Q. _____ du 14 juillet 2014 ne permet pas de remettre en cause l'expertise judiciaire. Outre le fait que ce médecin s'attache à relever des raisons essentiellement somatiques aux douleurs exprimées, sortant ainsi de son domaine de spécialisation, il n'explique pas les raisons médicales objectives qui lui permettent de conclure que les plaintes douloureuses du patient compromettraient de manière définitive toute possibilité de travailler dans son ancienne activité. Quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée, il ne se prononce pas à ce sujet. D'autre part, les conclusions contenues dans le rapport d'IRM du 24 décembre 2013 de la Dresse W. _____ ne permettent pas d'admettre celles auxquelles parvient le Dr Q. _____. En effet, cette dernière relève qu'il n'existe aucun changement significatif par rapport au comparatif de 2012 et note même une amélioration des protusions hernières par rapport à 2009. La seule aggravation depuis 2012 consiste en des signes inflammatoires, d'ailleurs susceptibles d'être réduits par une infiltration locale, qui ont également été pris en considération par les experts judiciaires. Cependant, ces derniers n'ayant constaté aucune modification au niveau osseux, on ne peut en l'état, admettre à l'instar du psychiatre traitant une détérioration notable et permanente de l'état de santé du recourant. Enfin, le fait que le patient ne se remémore pas précisément son histoire médicale ou qu'il relate des plaintes discordant avec l'examen clinique ou l'étude du dossier médical relève d'observations objectives qui ne sauraient être reprochées aux experts. Compte tenu de ces éléments, le rapport médical du 14 juillet 2014 du Dr Q. _____ ne permet pas de remettre en question la valeur probante et les conclusions de l'expertise.

On ne saurait d'autre part considérer comme ayant valeur probante prépondérante sur le rapport d'expertise judiciaire celui du 28 juin 2011 du Dr N. _____ établi à la demande du médecin traitant. En

effet, si les constatations auxquelles il parvient sont somme toute similaires à celles des experts judiciaires, s'agissant des troubles rachidiens constatés et du déconditionnement musculaire réversible par différents exercices physiques, ce n'est que l'appréciation de la capacité de travail tenant compte de l'évolution de cet état de santé dans le temps qui diffère. Or, une estimation différente de la capacité de travail pour un même état de santé, de surcroît émanant d'un médecin mandaté par l'assuré, dans le cas particulier par son médecin traitant, ne suffit pas à remettre en question les conclusions claires formulées par les experts judiciaires. A cela s'ajoute le fait que ce médecin a garni son avis de commentaires généraux non médicaux qui sortent de sa compétence de praticien ou d'expert médical (cf. par exemple rapport du 28 juin 2011 p. 4 § 2 et 3).

Enfin, force est de noter que l'avis des experts rejoint celui des médecins du SMR, s'agissant d'une capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle. Certes, l'évaluation du taux de cette dernière n'est pas strictement identique mais la différence de 20% ne permet quoi qu'il n'en soit pas plus d'admettre un droit à des prestations d'invalidité. S'agissant des constatations cliniques et interprétations radiologiques, ces dernières sont superposables ce qui conforte la Cour de céans dans le fait que les conclusions de l'expertise judiciaires sont pleinement valables et revêtent une valeur probante déterminante.

Quant aux limitations fonctionnelles, à savoir alterner les positions assise et debout et exclure le port de charge lourde et les positions en porte-à-faux, elles ne diffèrent pas d'un médecin à l'autre. Les experts pour leur part les ont également prises en considération pour évaluer la capacité résiduelle du recourant tant dans son ancienne activité que dans une activité totalement adaptée à son état de santé.

c) Etant donné ce qui précède, la Cour retiendra comme probantes les conclusions des experts judiciaires, de sorte qu'il conviendra de reconnaître au recourant une pleine capacité de travail sous déduction d'une diminution de rendement compte tenu des changements de

positions qui s'imposent au recourant pour respecter ses limitations fonctionnelles dans son activité habituelle. Ainsi c'est un taux de 90% de capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé.

En définitive, le calcul du degré d'invalidité opéré par l'OAI dans la décision attaquée doit être confirmé. En effet, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 92'188 fr. 45 et d'un revenu avec invalidité, à savoir dans une activité adaptée à 100%, de 75'911 fr. 55, la perte de gain s'élève à 16'276 fr. 90 (92'188 fr. 45 - 75'911 fr. 55), ce qui correspond à un degré d'invalidité de 17,65% (16'276 fr. 90 x 100 / 92'188 fr. 45). Etant inférieur à 40%, le taux d'invalidité du recourant ne donne pas droit à la rente. Au demeurant, si l'on comparait le revenu sans invalidité au revenu auquel il pourrait prétendre dans son activité habituelle compte tenu d'une diminution de rendement de 10%, la perte de gain se monterait à 9'218 fr. 85 (92'188 fr. 45 - 82'969 fr. 60 (92'188 fr. 45 - 10%)) et le taux d'invalidité s'élèverait à 10% (9'218 fr. 85 x 100 / 92'188 fr. 45). Dès lors, le droit à la rente ne serait également pas ouvert dans cette hypothèse.

Il s'en suit que le recours est mal fondé et la décision attaquée refusant l'octroi d'une rente d'invalidité au recourant doit être confirmée.

6. a) En conséquence, les recours doivent être rejetés et les deux décisions attaquées confirmées.

b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur

l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Gilles-Antoine Hofstetter a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. Après examen détaillé, le temps consacré à certaines opérations listées paraît toutefois trop important vu la complexité de la cause et la connaissance du dossier acquise en procédure administrative. D'autres opérations ne peuvent pas être prises en considération, dans la mesure où l'assistance judiciaire a été accordée depuis le 12 décembre 2011. Ainsi, les opérations qui précèdent excepté les opérations liées à la rédaction du recours doivent être retranchées de la liste. Afin de rapporter les heures dans une mesure raisonnable s'agissant des opérations utiles et nécessaires en l'espèce, le temps total consacré doit être réduit à 24 heures. C'est ainsi un montant de 4'320 fr. (24 heures x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus TVA à 8% d'un montant de 345 fr. 60. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est un montant forfaitaire de 100 fr., TVA à 8% en sus (8 fr.), qui doit être reconnu à ce titre dès lors qu'aucune liste détaillée des débours n'a été produite (art. 3 al 3 RAJ). L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 4'773 fr. 60, TVA et débours compris.

c) La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI), sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

d) Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Les deux recours interjetés le 14 décembre 2011 par R. _____ contre les décisions du 22 novembre 2011 rendues par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, joints par ordonnance du 6 février 2012, sont rejetés.

- II.** Les décisions attaquées sont confirmées.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Hofstetter, conseil du recourant, est arrêtée à 4'773 fr. 60 (quatre mille sept cent septante-trois francs et soixante centimes) débours et TVA compris.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de conseil d'office supportés provisoirement par l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :