

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 avril 2010

---

Présidence de        Mme    RÖTHENBACHER  
Juges        :        M.    Jomini et M. Bidiville, assesseur  
Greffier        :        M.    Greuter

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par Me Guillaume Perrot,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7, 8 et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI**

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

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le [...] 1955, marié et père de deux enfants adultes, d'origine espagnole, entré en Suisse le [...] 1964 et titulaire d'un permis C, sans formation professionnelle, a déposé le 7 avril 2003 - au motif de séquelles d'une opération d'hernie discale - une demande de prestation pour adulte, sollicitant une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession, une rééducation dans la même profession, un placement et une rente.

**a)** Dans un rapport du 7 mai 2003, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué que l'activité exercée jusqu'à présent n'était plus exigible et que l'assuré présentait une diminution de rendement. A son sens, on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité qui épargne son rachis.

Dans un certificat médical du 9 mai 2003, ce médecin a en outre écrit ce qui suit:

**"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:**

- Lombo-sciatalgies gauches depuis 1999, devenues chroniques.
- Status après hémi-laminectomie L5-S1 gauche en octobre 2000. Possible fibrose post-opératoire.

**Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:**

- Lombalgies connues depuis 1990.
- Migraines avec aura depuis 2002.
- Vertiges paroxystiques bénins depuis 2002.
- Dyshidrose palmo-piantaire en 1991.
- Cure chirurgicale d'un tunnel carpien à droite en 1998.
- Cervicarthrose modérée depuis 1999.
- Status après tonsillectomie.

**B. Incapacité de travail:**

- 100% du 28.06.1999 au 15.07.1999 inclus.
- 100% du 19.07.1999 au 04.08.1999 indus.
- 50% du 22.09.1999 au 10.10.1999 inclus.

- 100% du 03.05.2000 au 14.05.2000.
- 50% du 15.05.2000 au 05.06.2000 inclus.
- 100% du 11.09.2000 au 02.10.2000.
- 50% du 03.10.2000 au 30.04.2001.
- 50% du 23.10.2001 au 13.01.2002.
- 100% du 06.03.2003 au 16.03.2003.
- 50% du 17.03.2003 au indéterminé

Profession: Mécanicien – électricien sur voitures automobiles.

#### **D. Données médicales:**

1. Traitement du: 27.03.1990 au indéterminé.

2. Dernier examen le: 06.05.2003.

3. Anamnèse: Ce patient a souffert de lombalgies depuis 1990, après avoir soulevé un poids de 50 kg. En juin 1999, les lombalgies se sont exacerbées, puis sont apparues des sciatgies à gauche. L'examen neurologique du 20.08.1999 a mis en évidence une atteinte radiculaire irritative et légèrement déficitaire sur le plan sensitivomoteur de topographie L5 gauche. Malgré les différents traitements conservateurs, y compris des injections épidurales, l'évolution n'a pas été favorable.

Vu l'échec du traitement, le patient a été opéré le 23.10.2000: hémilaminectomie L5-S1 gauche pour cure d'hernie discale médiane-paramédiane gauche L5-S1 luxée sous ligamentaire avec importante sténose associée. Dans un premier temps, l'évolution a été favorable, mais suite à reprise d'activité professionnelle à 50%, le patient a présenté une recrudescence de ses lombo-sciatgies. Depuis cette époque, et malgré tous les traitements proposés, le patient est algique et handicapé par ses douleurs.

4. Plaintes subjectives: Persistance de douleurs quelle que soit la position, même la nuit, lors des changements de position et à la marche.

5. Constatations objectives: Persistance d'un syndrome lombo-vertébral statique et fonctionnel séquellaire indéniable, pas de signe radiculaire significatif sauf une sensibilité à la manoeuvre de Lasègue à 60°.

6. Examens médicaux spécialisés: Consultation chez le Dr A. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, et chez le Dr Z. \_\_\_\_\_, neurologue: voir dossier ci-joint.

7. Thérapie: Le traitement actuel consiste en épargne du rachis, prise à la demande d'AINS, d'antalgiques. Essais d'instauration d'un traitement de Neurontin, sans succès.

Pronostic: Vu l'évolution au cours de ces deux dernières années, le pronostic est réservé."

Le 23 octobre 2000, l'assuré a été opéré au Centre Hospitalier [...]. D'un avis de sortie du 2 novembre 2000, on retient ce qui suit:

"Le patient susmentionné a séjourné dans notre établissement du 23.10.00 au 30.10.00, date de son retour à domicile.

DIAGNOSTIC: - Hernie discale médiane paramédiane gauche L5-S1 luxée sous-ligamentaire, avec importante sténose associée

INTERVENTION: le 23.10.00: Hénilaminectomie L5-S1 gauche

ANAMNESE ET PROBLEME ACTUEL: Mécanicien-électricien à 50% de 45 ans, qui présente des lombalgies récidivantes depuis 1990. Il présente depuis le début de cette année des radicalgies en direction de la jambe gauche sur les territoires L5-S1 qui résistent à un traitement conservateur bien conduit. Vous l'avez adressé à la consultation du Dr A. \_\_\_\_\_ aux mois de mai et septembre 2000. Un bilan neuro-radiologique a confirmé la présence d'une compression du sac dural en position médiane et paramédiane bilatérale à prédominance gauche avec subluxation d'une hernie discale L5-S1 gauche comprimant et refoulant la racine S1 gauche et le Dr A. \_\_\_\_\_ a donné l'indication à une correction chirurgicale.

STATUS D'ENTREE: Excellent état général, rythme cardiaque régulier à 80/min., TA 130/80, le status général est dans les limites de la norme. Rectitude lombo-vertébrale avec légère scoliose en S, contracture bilatérale à prédominance gauche, DDS 5 cm, Schober lombaire 10-13, latéoflexion sensible ddc, manoeuvre de Lasègue négative, légère hypoesthésie de topographie L5 et S1 gauche. Force symétrique ddc, réflexes ostéotendineux vifs et symétriques.

TRAITEMENT ET EVOLUTION: L'intervention sus-mentionnée est effectuée selon le protocole opératoire déjà en votre possession. Les suites opératoires ont été simples et afébriles. Mobilisation progressive assistée dès le 1<sup>er</sup> jour post-op.

PRISE EN CHARGE APRES LA SORTIE: Rendez-vous à la consultation du Dr A. \_\_\_\_\_ le 05.12.00. Arrêt de travail 100% du 23.10.00 au 05.12.00 puis selon évolution.

TRAITEMENT DE SORTIE: - Dafalgan 1 g 4 x par jour

- Voltarène 50 mg 3 x par jour

- Zantic nocte 1 x par jour".

Dans un courrier du 26 mars 2001 adressé au médecin traitant, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a informé celui-ci que depuis l'opération, qu'il a réalisée en octobre 2000, les suites ont été progressivement favorables, notamment sur le plan radiculaire. Suite à un contrôle en janvier 2001, il a autorisé l'assuré à reprendre son activité professionnelle à 50% dès le 19 février 2001. Après cette reprise, l'assuré a présenté une recrudescence de lombalgies, irradiant en ceinture avec contractures d'accompagnement. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a cependant maintenu l'incapacité de travail à 50%, jusqu'à fin avril 2001, et a prescrit

une seconde série de physiothérapie ambulatoire ainsi que du Celebrex et du Sirdalud Retard.

Par courrier du 30 mai 2001, le médecin traitant a prié le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, de réexaminer l'assuré au motif d'une "persistance de lombo-sciatalgies après cure chirurgicale d'une hernie discale L5-S1 gauche avec sténose osseuse associés le 23.10.2000". Il a indiqué en outre que, malgré une prise en charge habituelle, l'assuré continuait à souffrir de lombo-sciatalgies gauches, non déficitaires. Il a précisé que l'assuré avait pu reprendre son travail à plein temps depuis le 1<sup>er</sup> mai 2001.

Dans un courrier du 31 août 2001, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré se trouvait dans une position antalgique défavorable, notamment que les lombo-sciatalgies gauches l'handicapaient de façon importante en particulier sur le plan professionnel. Il lui a alors proposé un traitement (test de neuromodulation par insertion de deux électrodes épidurales pour stimulation des cordons postérieurs). Compte tenu des chances de succès (50% pour une diminution de moitié des douleurs), l'assuré était réticent à l'idée de suivre ce traitement.

Par courrier du 26 août 2002, le médecin traitant a demandé au Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, d'examiner l'assuré, au motif de "vertiges, nausées puis céphalées presque quotidiennement". Il a en outre indiqué qu'en dépit des lombo-sciatalgies, l'assuré travaillait à plein temps depuis le 14 janvier 2002 et que la prise de Celebrex 200 mg par jour le soulageait partiellement. Il a également précisé que l'assuré l'avait consulté en février 2002 pour des cervicalgies et des vertiges positionnels paroxystiques bénins, lesquels ont disparu suite à un traitement à base de Betaserc et de physiothérapie.

L'assuré a consulté le Dr Z.\_\_\_\_\_ à plusieurs reprises. Dans un courrier du 21 février 2003, ce médecin a informé le médecin traitant de l'assuré que les troubles visuels et les vertiges présentés par ce dernier avaient pratiquement disparu suite à l'augmentation du traitement à base

de Sibélium. Il a cependant souligné que l'assuré continuait à souffrir de lombo-sciatalgies et qu'il lui avait prescrit un traitement à base de Neurotin. A son sens, l'assuré serait amené à déposer une demande AI.

Le 13 mai 2003, l'employeur de l'assuré a répondu à un questionnaire de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI). Il en ressort que l'assuré avait été engagé le [...] 1978 et travaillait encore pour lui à hauteur de 50% en tant que mécanicien-électricien (travaux lourds évités) pour un salaire annuel, treizième compris, de 65'650 fr.

**b)** Dans un rapport du 21 août 2003, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a certifié que l'assuré présentait une incapacité de travail de 50% depuis avril 2003. A son sens, l'état de santé de l'assuré s'aggravait; aucune mesure médicale ne permettait d'améliorer la capacité de travail; des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et l'assuré présentait une diminution de rendement. Il estimait en outre que tant l'activité habituelle qu'une activité adaptée ne pouvaient être exigées de l'assuré.

Dans un rapport du 26 août 2003 de ce médecin, on peut lire ce qui suit:

**"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:**

- Status après cure de hernie discale et sténose L5-S1 gauche, le 23.10.2000.
- Lombosciatalgies gauches résiduelles sur fibrose post-opératoire et compression de la racine S1 gauche.
- Migraines avec aura nécessitant un traitement préventif.

**D. Données médicales:**

*1. Traitement:*

Du 30.10.2002 au patient toujours en consultation, dernier examen le 23 mai 2003.

*3. Anamnèse:*

Il s'agit donc d'un patient qui a été opéré d'une hernie discale L5-S1 gauche, le 23.10.2000 et dont l'évolution post-opératoire n'a pas été favorable puisqu'il persiste depuis lors un syndrome lombo-vertébral et radiculaire irritatif S1 gauche sur une cicatrice post-opératoire qui a pu être objectivée sur une IRM lombaire de contrôle pratiquée au mois de juillet 2001. Les douleurs sont toujours très fortes, invalidantes mais malgré ceci le patient a toujours essayé de

travailler à 100% jusqu'à récemment où la situation est devenue impossible, le patient étant de plus en plus bloqué. Il a déjà eu de nombreuses infiltrations épidurales ainsi qu'un traitement antalgiques, pour l'instant sans grand effet. Les plaintes subjectives sont constituées par des douleurs lombaires basses permanentes avec une irradiation douloureuse sur la face postérieure du membre inférieur jusqu'au niveau du mollet, douleurs qui sont présentes surtout en position assise prolongée, mais également lors des changements de position et à la marche.

Objectivement à l'examen neurologique, on trouve un important syndrome lombo-vertébral radiculaire et irritatif avec un Lasègue positif à gauche dès 70 degrés. Il existe également une discrète hyporéflexie achilléenne gauche, mais pas de déficits sensitivo-moteurs significatifs.

Par ailleurs le patient m'a également été adressé pour des migraines avec aura, survenant de manière fréquente et qui sont partiellement soulagées par du Sibelium.

### *7. Thérapie/Pronostic*

Pour l'instant le traitement consiste à de l'antalgie sous forme de Neurontin 2400 mg/j, qui pour l'instant n'a pas amené de grand soulagement.

Actuellement, on est dans une situation de douleurs chroniques et le pronostic reste réservé vu l'échec des divers traitements tentés jusqu'à présent (infiltrations, traitement antalgique, physiothérapie), chez un patient pourtant très volontaire.

Cela fait 5 mois que le patient a été mis à l'arrêt de travail à 50% mais la situation est de plus en plus difficile, le rendement du patient étant fortement diminué.

#### *Traitement:*

Du 30.10.2002 au patient toujours en consultation, dernier examen le 23 mai 2003.

### **Annexe au rapport médical**

1.1. L'atteinte de la santé entrave fortement l'activité professionnelle de ce patient puisqu'il travaille comme mécanicien dans un garage. En effet, il est très limité pour toute mobilisation du rachis et ne peut donc pas adopter les positions nécessaires pour effectuer son travail de garagiste. Les douleurs sont de plus en plus importantes au fils de la journée.

1.2. Non.

1.3. Oui, jusqu'à un taux d'en tout cas 75%.

2.1. Non.

2.2. Il est difficile d'envisager une quelconque activité professionnelle chez ce patient puisque les douleurs et le handicap qu'il présente sont liés aussi bien à la position assise qu'à la mobilisation. On pourrait tout au plus envisager une activité de surveillance, sans travaux lourds ni port de charges et ceci avec un horaire coupé et à temps partiel. On peut difficilement envisager plus de 2 à 3 heures par jour."

Selon une note interne du 11 mai 2004 faisant suite à un entretien téléphonique de l'OAI avec l'employeur, ce dernier a indiqué que l'activité de l'assuré avait été adaptée et que celui-ci faisait tout ce qu'il pouvait pour "tenir le coup" et travailler au mieux de ses possibilités. A son sens, d'autres auraient cessé de travailler depuis longtemps. L'employeur a précisé qu'il n'était pas prévu de licencier l'assuré. Toutefois, si la situation devait se péjorer, il n'aurait pas d'autres solutions.

Le 30 mars 2005, l'employeur de l'assuré a répondu à un questionnaire de l'OAI. Il en ressort notamment qu'avant la survenance de l'atteinte l'activité de l'assuré consistait en la réparation et l'entretien de véhicules, qu'il pouvait être amené une à deux fois par jour à soulever des charges de 10 kg maximum, qu'il passait 70% du temps debout et 30% à marcher, que les charges particulières supportées étaient "délais, bruits, gaz d'échappement", que son activité a été adaptée en février 2001 par un allègement du travail et la suppression du transport de lourdes charges et que l'horaire normal de l'entreprise est de 41 heures par semaine à raison de 8,2 heures par jour. L'employeur a également indiqué que, depuis mars 2003, l'assuré travaillait à raison de 4,1 heures par jour pour un salaire annuel, soumis à l'AVS, de 39'400 fr. Ce salaire ne tenait pas compte de la diminution de rendement présentée par l'assuré; un tel salaire s'élèverait à 20'000 fr. par année, depuis mars 2003. Sans atteinte à la santé, le salaire de l'assuré serait de 66'000 fr. par année. L'employeur a également annoncé qu'après examen, il n'y avait pas de possibilités de réadaptation à un autre poste au sein de l'entreprise.

c) Le 1<sup>er</sup> mars 2005, la Dresse R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a réalisé, sur mandat de l'OAI, une expertise médicale. Du rapport d'expertise du 21 avril 2005 qui s'en est suivi - lequel comprend notamment une anamnèse, les plaintes et données subjectives de l'assuré, un status clinique, des diagnostics, une appréciation et un pronostic ainsi que les réponses aux questions de l'OAI -, on extrait ce qui suit:

#### **"A.4. DIAGNOSTICS**

#### **A.4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail:**

- Lombalgies et radiculalgies gauches selon S1 sur status 5 ans après cure de hernie discale L5-S1 gauche se compliquant d'une discrète fibrose cicatricielle et dans un contexte de spondylarthrose M 47.2.
- Céphalées à composante occipitale associées à un discret syndrome cervical sans signes sous-lésionnels ni radiculaires dans le contexte d'une cervicarthrose modérée M 47.8.

#### **Depuis quand sont-ils présents?**

Lombalgies depuis environ 1980. Hernie discale lombaire découverte en 1999, opérée en octobre 2000.

#### **A.4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail?**

- Migraines.
- Status après cure de tunnel carpien à droite, syndrome de tunnel carpien gauche résiduel peu marqué.

#### **Depuis quand sont-ils présents?**

Opération du tunnel carpien à droite en 1998. Symptômes de tunnel carpien ddc depuis une quinzaine d'années. Les céphalées sont présentes surtout depuis 2002.

### **A.5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

Cet assuré de 50 ans qui a travaillé de manière linéaire, de longues années au garage L.\_\_\_\_\_ en tant qu'électricien sur autos, tout en restant sportif avec l'haltérophilie, présente depuis une vingtaine d'années des douleurs lombaires. Dans le courant de l'année 2000, celles-ci se sont compliquées d'une irradiation radiculaire qui a fait mettre en évidence une hernie discale L5-S1 gauche. L'évolution n'a pas été significativement influencée par le traitement conservateur, si bien que l'assuré s'est fait opérer par le Dr A.\_\_\_\_\_ qui a procédé à une laminectomie un peu large au niveau S1 en raison d'une protrusion osseuse importante. A noter une discrète anomalie de transition à cet étage. L'évolution post-opératoire avait permis une reprise partielle. A 100% de reprise, les symptômes se sont réactivés. Depuis lors persiste un trouble douloureux chronifié localisé, à la fois lombaire, à la fois sur le trajet sciatique selon S1 avec un syndrome lombo-vertébral objectif, stable, selon les évaluations régulières du Dr Z.\_\_\_\_\_, des signes radiculaires irritatifs aussi stables ainsi qu'une discrète atteinte radiculaire séquellaire sensitive selon S1.

Les migraines et les céphalées occipitales sont au second plan.

Mon examen clinique confirme la présence de ce syndrome lombo-vertébral, de l'atteinte radiculaire irritative et déficitaire gauche. Il existe également une discrète limitation de la nuque, des douleurs lombaires provoquées par la mobilisation de la hanche gauche qui n'est toutefois pas limitée. Il peut s'agir de douleurs en relation avec un muscle pyramidal légèrement contracturé comme on peut le voir par contracture réflexe ou raccourcissement antalgique provoquant un point de Valleix.

Les mouvements de rotations brusques de la nuque ont provoqué une douleur lombaire, alors que ce patient ne présente pas d'autres symptômes à distance ni d'autres signes de Waddell franchement positifs. Je pense qu'il peut s'agir d'un signe évoquant des accollements neuroméningés en relation avec la fibrose postopératoire.

Les sensations vertigineuses peuvent se voir dans la cervicarthrose. Barré-Liou a décrit cette symptomatologie au siècle passé chez des gens au seuil douloureux un peu abaissé.

J'ai réactualisé le bilan radiologique pour juger l'importance des lésions dégénératives et de leur évolutivité tant au niveau cervical que lombaire, pouvant donner une explication à des poussées congestives, aux douleurs quasi permanentes de ce patient. Les RX lombaires montrent une discrète évolution des lésions spondylarthrosiques lombaires comme on peut le voir après une chirurgie décompressive discale alors que les RX cervicales montrent des lésions modérées compatibles avec l'âge.

Je pense que l'on se trouve dans un cercle vicieux. En effet, ce patient qui se dit travailleur, qui l'a prouvé antérieurement, vit mal son incapacité de travail persistante. Il a honte, n'ose pas sortir de chez lui. Cela va mieux depuis qu'il a déménagé du garage où il fonctionne encore comme concierge, il vaque à des activités de jardinage, et de bricolage. Il a un très bon contact avec son médecin-traitant et son neurologue. Peut-être que cet appoint pourra l'aider à franchir le pas d'une reconversion professionnelle. Je n'ai pas trouvé d'éléments familiaux délétères. Le patient reste assez bien intégré socialement par ailleurs.

**Comme limitations fonctionnelles**, il faut envisager

- Une restriction du port de charges répétitives au-delà de 10-15 kg.
- Une restriction des positions vicieuses en porte-à-faux, accroupies, à genoux en torsion du tronc.
- Une restriction de la marche sur des terrains instables.
- Une restriction de l'emploi des engins à vibrations.
- La possibilité d'alterner les mouvements avec les changements de positions.

En bref, une activité semi-sédentaire légère m'apparaît appropriée.

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

### **B.1. LIMITATIONS EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES**

#### Au plan physique

Cf. limitations fonctionnelles.

#### Au plan psychique et mental

J'ai perçu quelque appréhension d'une reconversion, le patient s'étant tout de même adapté à son activité partielle, qui a permis quelques aménagements en fonction de ses douleurs.

Il n'est pas de mon ressort de juger de son profil adaptatif et du pronostic d'une reconversion sur le plan psychologique. Aucun des documents à disposition ne révèle de suspicion de co-morbidité

d'ordre psychiatrique, et le patient ne m'a pas fourni de signes d'appel dans ce sens.

#### Au plan social

Il est toujours difficile de savoir dans les troubles douloureux chronifiés si l'épine irritative somatique s'est vue amplifiée à l'occasion d'exigences professionnelles accrues. Chez X. \_\_\_\_\_, il s'agissait d'une promotion avec certains soucis et certains stress de rendement dans un système de plus en plus informatisé.

## **B.2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI**

### **B.2.1 Comment agissent ces troubles sur la capacité exercée jusqu'ici?**

Cf. A.5

### **B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail:**

Cf. A.5

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

A mi-temps comme cela était le cas.

### **B.2.4 Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure?**

Cf. l'employeur.

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

Depuis 2000.

## **C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

### **C.1 Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?**

Elles auraient pu l'être depuis l'avis du médecin-traitant du 07.05.2003.

### **C.2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?**

Non, tout a été fait dans ce sens dans la bonne compréhension de l'équipe de travail où il a collaboré de nombreuses années.

### **C.3 D'autres activités sont-elles exigibles de part de l'assuré?**

Oui, cf. limitations fonctionnelles.

### **C.3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (p.ex. heures/jour)?**

Théoriquement en plein. Mais le patient qui s'est habitué à un temps partiel risque d'éprouver quelques difficultés initiales. Par ailleurs, la nécessité de prendre du Neurontin peut provoquer une diminution de rendement, diminution qui ne devrait pas être supérieure à 20%. Notons que d'autres patients contraints de prendre des médicaments tels que les épiléptiques, les dépressifs chroniques ne

mentionnent pas forcément de diminution de rendement s'ils sont habitués à leur médicament. Bien qu'il y ait une sensibilité propre aux médicaments, relevons que le dosage maximal recommandé du Neurontin est de 2400 mg/j pour un poids moyen de 60 kg. X.\_\_\_\_\_ n'en prend pas la dose maximale pour ses 74 kg. Le Neurontin est également prescrit à des enfants épileptiques devant suivre une scolarité.

Enfin, une activité semi-sédentaire légère n'est guère plus sollicitante pour le rachis que des activités de jardinage ou de bricolage mécanique. Elle correspond à peu près à ce qu'exige l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Je pense donc que X.\_\_\_\_\_ a une pleine exigibilité dans une telle activité.

**C.3.3 Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure?**

Je ne peux me prononcer sans description plus précise d'un poste de travail. L'assuré s'est montré collaborant, il a effectué les tests avec concordance. Il ne me paraît pas exagérer ses plaintes, mais donne peu de place aux aptitudes restantes que l'on découvre tout de même lorsqu'on le questionne sur sa vie quotidienne. Cela traduit peut-être une certaine crainte face à ses possibilités de reconversion."

**d)** Par courrier du 6 juin 2005, l'employeur a signifié à l'assuré la résiliation de leur rapport de travail pour le 30 septembre 2005.

Dans un rapport d'examen SMR du 8 juin 2005, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu pour atteinte principale à la santé des "lombalgies et radiculalgies G, status 5 ans après cure de hernie discale L5-S1 G avec discrète fibrose cicatricielle et spondylarthrose", comme pathologies associés du ressort de l'AI une cervicarthrose avec syndrome cervical et des céphalées occipitales et comme facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI des "migraines, symptômes de tunnel carpien ddc, peu marquées". Il a en outre indiqué que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale jusqu'au 16 février 2003, puis de 50% à partir du 17 mars 2003, et que son incapacité de travail était durable depuis le 6 mars 2003. Il a également écrit, se fondant sur l'expertise R.\_\_\_\_\_, qu'en fonction de la pathologie de l'assuré, une incapacité de travail à 50% dans un garage était tout à fait justifiée. En revanche, dans une activité adaptée sa capacité demeurait entière et il y avait lieu d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas de port de charges répétitives de plus de 10 kg, pas de

position en porte-à-faux, accroupie à genoux, en torsion du tronc, pas de marche sur terrain instable, pas d'emploi d'engins vibrants, possibilité d'alterner les mouvements avec des changements de position, activité semi-sédentaire légère. Il a estimé, se fondant sur l'avis du médecin traitant - confirmé par l'expertise R. \_\_\_\_\_ -, que l'assuré était apte à la réadaptation depuis le 7 mai 2003.

Dans un rapport d'entretien du 23 août 2005, réalisé par l'OAI, il est notamment écrit ce qui suit:

"X. \_\_\_\_\_ nous précise que le Dr Z. \_\_\_\_\_ a fait procéder à un scanner en juin 2005. Il a maintenu l'incapacité de travail complète.

**Constat du conseiller:** Mis à part qu'il porte une minerve, X. \_\_\_\_\_ semble beaucoup souffrir. Il se déplace lentement, grimace et soupire parfois en position assise. Au cours de l'entretien, il s'est levé deux ou trois fois pour faire quelques pas. Il a la mine défaite et, en l'état, n'est pas présentable à un employeur."

Dans un rapport final du 13 octobre 2005 de la division administrative de l'OAI, il est écrit que tel que l'assuré s'est présenté le 23 août 2005, portant une minerve, se déplaçant lentement, grimaçant et soupirant, une mesure de reclassement serait vouée à l'échec.

Le 31 octobre 2005, l'OAI a retenu - sur la base d'un salaire mensuel 2002 de 5'493 fr. (TA: 1, niveau de qualification: 4, année 2002; 40 heures) - un revenu annuel d'invalidé de 63'275 fr. 93 (indexations 2003 et 2004; 41,7 heures; taux d'abattement de 10%) et que, sans invalidité, le revenu annuel serait de 66'000 fr. (questionnaire employeur du 30 mars 2005).

**e)** Le 4 octobre 2006, l'OAI a rendu un projet de décision déterminant le degré d'invalidité à 4,12% - compte tenu d'un revenu annuel d'invalidé de 63'275 fr. 93 et d'un revenu annuel sans invalidité de 66'000 fr. -, ce qui aboutirait à un rejet de la demande.

Le 20 octobre 2006, l'assuré a contesté le projet de décision.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2006, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a établi un rapport à l'intention de l'OAI écrivant que, sur le plan médical, l'état de l'assuré ne s'était guère amélioré. Celui-ci présentait toujours un important syndrome lombo-vertébral et radiculaire irritatif, empêchant l'accomplissement de toute tâche qu'elle soit physique ou non. La mobilisation était très limitée, le port de charges était impossible au-delà de 5 kg et la station debout prolongée ou même assise de plus de 10 à 15 minutes était pratiquement impossible, l'assuré devant se déplacer continuellement. Selon le Dr Z.\_\_\_\_\_, si l'on admettait une incapacité de travail à 50%, on devait également admettre une diminution de rendement dans ce cadre largement supérieure à 50% et ceci dans une activité adaptée pour autant qu'il en existe une.

Le 6 novembre 2006, l'assuré a été auditionné par l'OAI. Il a réitéré son opposition au projet de décision, estimant ne pas présenter de capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il s'est en outre prévalu du fait que ce projet ne se basait pas sur toutes les pièces médicales. Il a alors produit la lettre du 1<sup>er</sup> novembre 2006 du Dr Z.\_\_\_\_\_ ainsi qu'une lettre du 3 novembre 2006 du Dr H.\_\_\_\_\_ et un rapport de la clinique [...] du 6 juin 2005. Le Dr H.\_\_\_\_\_, souhaitant une révision du projet de décision, a écrit que l'anamnèse et le status ainsi que les nombreux examens complémentaires confirmaient que l'assuré souffrait toujours d'un syndrome lombo-vertébral et radiculaire irritatif, l'empêchant de mener une vie normale, à son grand désarroi. Le rapport de la clinique [...] concerne une IRM lombaire demandée par le Dr Z.\_\_\_\_\_.

Le 13 novembre 2006, l'OAI a rendu une décision confirmant le projet. Il a retenu que les pièces médicales remises lors de l'audition du 6 novembre 2006 n'apportaient aucun élément nouveau permettant de remettre en question le projet de décision. Il a également soulevé que le degré d'invalidité établi dans le projet a été déterminé sur la base de renseignements médicaux, en particulier sur l'expertise R.\_\_\_\_\_ et le rapport d'examen SMR du 8 juin 2005.

**B.**           **a)** Par recours du 12 décembre 2006, X.\_\_\_\_\_ a conclu principalement à être mis au bénéfice d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 70% au moins et subsidiairement à l'annulation de la décision du 13 novembre 2006 et au renvoi de la cause à l'OAI. Il estime que la décision entreprise est critiquable sur deux points. D'une part, l'admission par l'OAI d'une capacité de travail entière lui est incompréhensible, compte tenu de son état de santé. D'autre part, le degré d'invalidité n'aurait pas dû être déterminé sur la base de données statistiques dans la mesure où il travaillait à temps partiel au moment de la manifestation de la cause de son invalidité. Il a également requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, considérant que l'expertise R.\_\_\_\_\_ était insuffisante à deux égards. Premièrement, cette expertise remontait à bientôt deux ans, de sorte qu'elle ne permettait pas d'offrir une vision actuelle de son état de santé. En outre, il estime que la description de ses affections est insatisfaisante et que les déclarations concernant son incapacité de travail sont confuses, voire contradictoires. Deuxièmement, cette expertise se limite aux atteintes physiques. Or, elle relève à plusieurs reprises qu'il pourrait également présenter des atteintes d'ordre psychique; ce qui n'a pas été investigué.

Par réponse du 28 février 2007, l'OAI déclare n'avoir rien à ajouter à la décision entreprise qu'il confirme et a conclu au rejet du recours.

**b)** Le 8 janvier 2007, le CHUV a établi un rapport au terme duquel il ressort que le recourant a été hospitalisé du 6 au 15 décembre 2006. Les motifs d'admission étaient des lombosciatalgies gauches rebelles, invalidantes et un état dépressif sévère avec idées suicidaires. Les médecins du CHUV ont posé pour diagnostic principal des "lombosciatalgies S1 G rebelles, invalidantes" et comme diagnostics secondaires et comorbidités une "dermatophytose versus mycose du tronc", un état dépressif avec idées suicidaires, des migraines et céphalées associées à un syndrome cervical dans un contexte d'une cervicarthrose modérée, un status post-cure chirurgicale d'un tunnel carpien droit en 1998, un status post-tonsillectomie, des vertiges

paroxystiques bénins depuis 2002 et une dyshidrose palmo-plantaire en 1991. Par ailleurs, ils estiment que les conclusions finales de l'expertise R.\_\_\_\_\_ doivent être remises en cause. En effet, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a retenu qu'une capacité de travail dans une activité adaptée était entière tout en soulignant qu'elle ne pouvait se prononcer sans description plus précise du poste de travail. Par ailleurs, après avoir indiqué qu'il n'était pas de son ressort de juger du profil adaptatif et du pronostic de la reconversion sur le plan psychologique, elle s'est prononcée sur la capacité de travail en l'absence de cette évaluation.

Le 4 mai 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecin au CHUV, écrit que, compte tenu de l'ensemble du tableau, on ne peut pas, sur le plan biologique et dans une optique de médecine thérapeutique - et non pas assécurologique -, demander au recourant de continuer à travailler même dans une activité adaptée. Il souligne en outre que, sur le plan diagnostique, la lettre de sortie du 8 janvier 2007 parle d'une arachnoïdite, qui n'a pas été prise en compte auparavant, en particulier par l'expertise R.\_\_\_\_\_. Les examens antérieurs permettent de constater une fibrose péri-durale post-opératoire fixant le gadolinium. Or, cet élément n'a pas été relevé par le radiologue qui a effectué l'IRM complémentaire sur demande du Dr Z.\_\_\_\_\_ (juin 2005). A son sens, il s'avérait ainsi notamment nécessaire de compléter l'évaluation de cette IRM.

Le 18 mai 2007, le Dr J.\_\_\_\_\_ a écrit que le recourant souffrait d'une lombosciatalgie gauche extrêmement invalidante dans le cadre d'un très probable "Failed Sack Surgery Syndrom" (FBSS). Ce médecin était convaincu que le recourant était incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle. A son sens, aucune solution ne pourrait être trouvée aux douleurs présentés par le recourant, lesquelles demeuraient fortement ancrées dans un état de dépressif sévère.

Dans un rapport du 12 juillet 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_ déclare que sur la base de son observation, le recourant souffrait clairement de lésions structurelles. En outre, son état psychologique était de toute évidence

secondaire à l'installation de cette pathologie et aggravée par la non reconnaissance de la réalité de la lésion. A son sens, une telle situation justifiait un arrêt de travail et une prise en charge empathique de reconnaissance de son problème de santé, associés à une éventuelle intervention chirurgicale à condition que le problème asséculoologique soit réglé et que le recourant puisse voir son avenir de façon un peu moins noire que présentement.

Le 18 août 2007, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a écrit qu'il suivait le recourant depuis le mois de février 2007 pour un syndrome dépressif, existant depuis plus de deux ans et s'aggravant depuis les derniers mois. Ce médecin remarque l'apparition de troubles fonctionnels (baisse de la concentration, trouble du comportement avec repli sur soi et troubles physiques certainement d'origine psychogène) depuis l'arrêt de toute activité professionnelle. Au terme de ce rapport, le psychiatre estime que le recourant présente un syndrome dépressif sévère, s'aggravant ces trois dernières années, consécutif aux douleurs physiques non soulagées. Les troubles fonctionnels en relation avec ce syndrome dépressif empêchent à eux seuls d'envisager une reprise de toute activité professionnelle.

Le 30 août 2007, le Dr W.\_\_\_\_\_ et la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, ont écrit, dans un avis SMR, que le cas avait été discuté avec le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecin au SMR, qui après relecture de l'expertise R.\_\_\_\_\_ et du rapport du Dr S.\_\_\_\_\_, qui fait état d'une récurrence de hernie discale avec un fragment discal isolé à G, a estimé qu'il y avait une aggravation sur le plan rhumatologique depuis 2005, aggravation qui avait elle-même une répercussion sur le psychisme de du recourant et qu'il convenait dès lors de procéder à une nouvelle évaluation.

Le 12 septembre 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit au Tribunal des assurances:

"En réponse à vos lignes adressées à Maître Thonney, ainsi qu'aux discussions que j'ai eues avec mon patient, je vous confirme que les radiographies ont finalement été retrouvées par X.\_\_\_\_\_.

Nonobstant ce fait, qui rendrait caduque la présente (initialement justifiée par l'impossibilité de produire les radiographies) je me permets toutefois le commentaire spontané suivant, puisqu'il était déjà dicté au moment de la réapparition des RX:

J'ai revu ces radiographies avec le Dr N. \_\_\_\_\_, PD&MER au CHUV, radiologue attitré de l'Unité Rachis. En effet je voulais un avis spécialement autorisé sur ces images. Le Dr N. \_\_\_\_\_ est, au CHUV, l'un des 2 radiologues de référence en matière d'imagerie ostéo-articulaire, tant pour l'Unité Rachis que pour le service de Rhumatologie.

Ces radiographies montrent clairement ce qui a déjà été observé auparavant, à savoir, sur les premières, des signes en faveur d'une irritation radiculaire dans le contexte clinique d'une compression d'origine discale, laquelle a justifié l'intervention. Malheureusement, en post-opératoire, X. \_\_\_\_\_ annonce une radiculalgie persistante qui correspondra à un tissu cicatriciel, révélé par les clichés ultérieurs de juillet 2001.

On sait que l'irritation persistante d'une racine nerveuse (irritation radiculaire), va modifier la physio-pathologie du système nerveux central et périphérique et entraîner un mécanisme de "mémoire de la douleur" ou de "neuroplasticité". Le processus consiste en une fixation du message douloureux dans les zones du cerveau correspondant à la lésion corporelle, zones qui, dès lors, vont réagir indépendamment du stimulus de base. C'est le même mécanisme qui conditionne la symptomatologie du membre fantôme chez les patients amputés.

Par la suite, sur les clichés de juin 2005, on retrouve le status post opératoire, mais cette fois-ci sans fixation du matériel cicatriciel, signant donc probablement l'extinction du processus inflammatoire local. Je relève qu'à ce stade, l'irritation radiculaire peut persister selon les mécanismes ci-dessus.

En outre, sur ces clichés de 2005, on retrouve les lésions dégénératives avec des affaissements discaux et des modifications de l'architecture du rachis, qui prennent la dénomination de spondylo-discarthrose. On constate également des altérations du corps vertébral de type MODIC II, (signes inflammatoires de la médullaire osseuse) signant une probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse, et, en plus - et pour couronner le tout - deux fragments discaux, herniaires, qui combrent latéralement l'espace résiduel laissé par le comblement tissulaire cicatriciel.

L'ensemble de ces lésions est anamnesticquement, cliniquement, histologiquement et radiologiquement compatible avec la symptomatologie évoquée par le patient dès le début de son problème de sciatique. Les douleurs correspondent d'une part à des douleurs de désafférentation, sous forme de dysesthésies, d'autre part, à des douleurs mécaniques de type blocage évoquant la micro-instabilité documentée par les signes inflammatoires de la médullaire osseuse.

Enfin, actuellement, il subsiste des signes d'irritation radiculaire, sous la forme de manoeuvres de Lasègue et de Bowstring concordante avec cette pathologie ainsi qu'un flip-test positif. Enfin, une boiterie d'appui à la marche lors du passage du poids sur la jambe gauche et le respect systématique des mesures de protection

lominaire sont des arguments supplémentaires pour la réalité objective et objectivable des souffrances de ce patient."

Le 11 avril 2008, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a écrit qu'il suivait le recourant depuis plusieurs années pour une symptomatologie dépressive.

**c)** En cours de procédure, une expertise pluridisciplinaire a été confiée au CEMED. Elle a été réalisée les 3 et 4 septembre 2008 par les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport d'expertise, établi le 9 décembre 2008, comprend un rappel des pièces du dossier, des données subjectives, une anamnèse, des données personnelles, familiales et socioprofessionnelles, des données objectives, des examens et données complémentaires, une synthèse et discussion ainsi que les réponses aux questions de la Cour de céans. De ce rapport, on extrait ce qui suit:

*"Synthèse et conclusions:*

Sur le plan neurologique et somatique, on se trouve en face d'un assuré présentant comme plainte limitative essentielle sur le plan professionnel des lombosciatalgies gauches persistantes malgré une cure de hernie discale L5-S1 pratiquée en 2000. L'examen clinique révèle un syndrome vertébral chronifié modéré, pas de signes d'irritation radiculaire, mais des troubles sensitifs de topographie un peu mal précisable paraissant correspondre à L5-S1 gauche. L'ENMG ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs. La relecture des documents radiologiques ne laisse aucun doute quant à l'existence préalable d'une hernie discale L5-S1 gauche avec lors de l'IRM lominaire de juin 05 la présence de tissu fibrocicatriciel au niveau L5-S1 se compliquant de la présence probable de deux petits fragments herniaires au même niveau.

Compte tenu des éléments susmentionnés, et au vu de l'importance de la discopathie L5-S1, on doit admettre que X.\_\_\_\_\_ présente des lombalgies se compliquant de sciatalgies en relation avec une fibrose cicatricielle et une possible récurrence/persistance de herniation discale expliquant au moins en partie les plaintes formulées par le patient, même s'il semble exister certains facteurs de majoration des symptômes.

Sur le plan thérapeutique, il n'y a actuellement pas d'indication formelle à une réintervention chirurgicale. Il semble que les autres mesures thérapeutiques (AINS, antalgiques, physiothérapie, infiltrations, stimulation épi médullaire) aient été de peu d'apport. On ne voit donc pas ce que l'on pourrait proposer comme traitement additionnel dans une telle situation.

Sur le plan de la capacité de travail, les troubles susmentionnés imposent une incapacité de travail complète et définitive dans l'activité d'électricien sur automobile. Dans une activité adaptée,

c'est-à-dire une activité ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port régulier de charges de 15 kg ou plus, autorisant des changements relativement fréquents de position et nécessitant pas des déplacements prolongés, la capacité de travail de X. \_\_\_\_\_ est vraisemblablement de 50%.

En ce qui concerne les cervicalgies et les céphalées, les cervicalgies sont vraisemblablement d'origine mixte, statiques, dégénératives et tensionnelles alors que les céphalées, bien que comportant des troubles visuels prodromiques, paraissent plutôt évoquer des céphalées tensionnelles que migraineuses. Cette composante de la symptomatologie n'entraîne pas d'incapacité de travail significative dans l'activité exercée préalablement, ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible.

Les paresthésies sont liées à la discrète atteinte du nerf médian gauche au niveau du canal carpien déjà connu et n'entraînent pas non plus d'incapacité de travail.

S'agissant des vertiges récidivants, ces derniers sont d'appréciation difficile. La notion de vertiges survenant aux changements de position fait effectivement évoquer une cupulolithiase comme l'a mentionné le Dr Z. \_\_\_\_\_ mais le status actuel ne permet pas d'affirmer ce diagnostic. Par ailleurs, pour ce qui est des phénomènes d'instabilité, le plus probable est qu'il s'agisse de phénomènes d'origine anxio-tensionnelle en l'absence d'éléments clairement indicateurs d'une pathologie significative vestibulaire, tant périphérique que centrale et cérébelleuse. A nouveau, cette composante de la symptomatologie n'entraîne pas d'incapacité de travail significative dans l'activité exercée préalablement ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible.

Sur le plan psychique, l'anamnèse et l'observation montrent un homme qui est certes compensé sur le plan thymique, mais chez lequel on ressent une très forte charge émotionnelle et un sérieux qui ne fait aucun doute. Lorsqu'il nous a parlé de ses scénarios suicidaires préparés, ces informations n'avaient pour nous aucune connotation manipulatoire ou de pression quelconque, mais elles sont à prendre au sérieux. L'assuré nous a paru authentique et cohérent, il a pu mentionner tout aussi bien des éléments fonctionnels que des dysfonctionnements. Il n'y a pas eu de suspicion d'exagération, d'accentuation ou de majoration.

Il est dès lors très probable que cet homme, avec la diminution de son potentiel physique, a été également progressivement limité dans ses capacités d'adaptation psychique et mentale. Nous l'avons perçu comme quelqu'un de démuné. Il a fait preuve d'une grande linéarité dans son engagement professionnel et il paraît également tout à fait crédible lorsqu'il nous transmet sa volonté de travailler. Il nous semble à l'opposé de quelqu'un qui essaie de tirer profit d'une atteinte, de se plaindre ou de chercher des bénéfices secondaires.

Nous retenons sur le plan purement psychiatrique une souffrance associée. Elle se résume en la présence d'un:

- trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne, actuellement en partie compensé (F 33.1, CIM-10).

Le fait qu'il s'agit d'une souffrance psychique dépendante de l'atteinte physique et douloureuse conduit sur le plan asséculo-logique au fait que l'incapacité de travail ne peut en

principe être supérieure à ce qui sera déterminé sur le plan somatique. Si l'atteinte corporelle n'existait pas, l'assuré ne serait pas souffrant sur le plan psychique. Ceci correspond par ailleurs à l'appréciation de lui-même.

Ce constat actuel n'empêche pas que l'assuré est en risque de décompensations dépressives aiguës dans le futur, ceci soit sous forme d'une accentuation du trouble dépressif récurrent, soit sous forme d'un trouble d'adaptation avec réaction dépressive intense.

La constatation de compensation psychique vient du fait que l'assuré est bien suivi sur le plan psychiatrique et qu'il bénéficie d'une médication appropriée.

Le monitoring médicamenteux montre que X. \_\_\_\_\_ est observant.

## **7. Réponses au questionnaire du Tribunal Cantonal**

1. Quel est l'état de santé de l'assuré - diagnostics?

Cf. ci-dessus.

2. Cet état a-t-il subi une aggravation, depuis quand?

Les troubles existent probablement depuis 2000 et l'état de santé sur le plan somatique s'est progressivement aggravé depuis cette date.

3. a) Quels sont les diagnostics qui ont une influence sur la capacité de travail?

o Lombosciatalgies gauches persistantes depuis 1990, malgré une cure de hernie discale L5-S1 effectuée en octobre 2000.

o Fibrose postopératoire et fragments herniaires médians et paramédians gauches L5-S1.

b) Quels sont les diagnostics sans influence sur la capacité de travail?

o Céphalées à caractère vraisemblablement tensionnel.

o Cervicalgies sur troubles statiques et dégénératifs et probablement tensionnelles.

o Vertiges d'origine indéterminée

o Syndrome du canal carpien gauche.

o Trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne, actuellement en partie compensée (F 33.1, CIM-10).

o Status après cure chirurgicale d'un syndrome du canal carpien droit (1998).

o Surcharge pondérale.

4. Quelles sont les limitations que rencontre l'assuré en raison des troubles constatés?

- Sur le plan neurologique et ostéo-articulaire

X. \_\_\_\_\_ présente une impossibilité à porter régulièrement des charges de 15 kg ou plus. Il présente également une impossibilité à rester de façon prolongée dans une position donnée du rachis. Il présente également une limitation aux déplacements importants. Nécessité de changer relativement fréquemment de positions et

impossibilité à travailler de façon prolongée tronc fléchi en avant ou avec des mouvements répétitifs en rotation du tronc.

- Sur le plan psychique et mental

- Sur le plan social

Tristesse de fond, suicidalité latente, anhédonie, aboulie, diminution élan vital, anxiété

5. La capacité de travail est-elle diminuée depuis quand et dans quelle mesure?

5.1 Dans l'activité habituelle?

Sur le plan neurologique et ostéo-articulaire, l'activité exercée préalablement n'est plus exigible.

Sur le plan psychique, l'exigibilité est identique à celle du somatique.

5.1.1 Y a-t-il une diminution de rendement dans l'activité habituelle?

Capacité de travail nulle.

5.1.2 Dans quelle mesure?

---

5.1.3 Depuis quand?

Il est difficile de répondre avec précision à cette question. Les problèmes ont commencé en 2000, il y a eu quelques améliorations temporaires, mais globalement la situation s'est progressivement aggravée depuis lors. Dès le 23 octobre 2001, la capacité de travail n'a plus dépassé le 50%. L'incapacité totale durable existe dans le dossier depuis mai 2005, ce qui semble pertinent sur le plan médical.

5.2 Dans une activité adaptée et exigible - la décrire?

Sur le plan neurologique et ostéo-articulaire, d'autres activités sont exigibles pour autant qu'elles ne comportent pas le port régulier de charges de 15 kg ou plus, de déplacements importants et un engagement physique lourd. Une telle activité devrait également éviter un travail prolongé tronc fléchi en avant et autoriser des changements relativement fréquents de positions.

Sur le plan psychique, toutes les activités possibles sur le plan physique sont aussi exigibles sur le plan psychiatrique.

5.2.1 Décrire l'activité adaptée et les limitations fonctionnelles.

Cf. ci-dessus.

5.2.2 Indiquer la diminution de rendement éventuelle.

Sur le plan neurologique et ostéo-articulaire, pour autant que l'activité soit exercée à mi-temps, il n'y a pas de diminution significative du rendement. Si l'on doit envisager une activité à plein temps, il existerait alors une diminution du rendement de 50%.

Sur le plan psychique, pas de diminution dans le cadre somatiquement déterminé.

5.2.3 A quel taux pourrait-elle être exercée?

Sur le plan neurologique et ostéo-articulaire, l'activité adaptée peut être exercée à mi-temps.

Sur le plan psychique, pas de limitations dans le cadre somatiquement déterminé.

5.3 Donner une évolution chiffrée de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis 2003?

Cf. périodes décrites sous chiffre 5.1.3 pour l'activité habituelle. Une activité adaptée aurait probablement dû être proposée depuis 2001, la capacité aurait été dans une telle activité de 50%.

6. Ces limitations sont-elles dues uniquement à des causes somatiques?

Oui.

7. Existe-t-il aussi une incapacité sur le plan psychique - diagnostics selon le CIM-10?

Non, si on prend l'aspect psychique isolément.

8. Est-ce que des éléments culturels ou psycho-sociaux participent à cette incapacité de travail?

Non.

9. Depuis quand existe-t-il du point de vue médical une incapacité de travail de 20% au moins?

Pas d'incapacité de travail sur le plan psychique, sur le plan somatique depuis 2000.

10. Est-ce que des mesures de réadaptations sont envisageables?

Théoriquement oui, mais compte tenu de l'âge, de l'absence de formation et des limitations décrites, nous doutons d'un résultat possible. Dans le cas présent, nous suggérons plutôt une aide au placement dans une activité adaptée à 50%.

11. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Il est difficile de répondre à cette question sans une description précise du poste de travail. La question est de savoir si les limitations décrites peuvent être observées dans ce poste.

A noter cependant que X. \_\_\_\_\_ a été licencié et que la lecture du dossier laisse penser que le poste n'était pas plus adaptable que ce qui avait déjà été proposé par le patron.

12. Autres questions ou remarques?

Aucune."

D'un avis médical SMR du 13 janvier 2009, on extrait ce qui

suit:

"L'expertise du CEMED conclut à des lombosclatalgies gauches persistantes depuis 1990, malgré une cure de hernie discale L5-S1 effectuée en octobre 2000, et à une fibrose postopératoire et fragments herniaires médians et paramédians gauches L5-S1. Les autres diagnostics énumérés n'ont pas d'influence sur la capacité de travail. Ceci est particulièrement vrai pour le trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, actuellement en partie compensée (sic).

Je remarque que ces diagnostics ne diffèrent pas de ceux retenus par la Dresse R. \_\_\_\_\_ dans son expertise de 2005, qui citait en plus des céphalées associées à un discret syndrome cervical.

Je remarque encore que l'état de santé de l'assuré est stable depuis 2005. Il n'y a pas de nouvelles plaintes. Le status somatique est superposable.

J'observe aussi que les limitations fonctionnelles (page 26 de l'expertise CEMED) sont rigoureusement les mêmes.

Nonobstant, les experts concluent à une incapacité de travail totale comme électricien sur automobiles, et à une exigibilité de 50% dans une activité adaptée.

Je constate que les experts n'expliquent pas pourquoi leur appréciation de la capacité de travail diffère de celle de la Dresse R. \_\_\_\_\_ alors que les constatations objectives sont globalement identiques. Cette omission est d'autant plus regrettable que le mandat d'expertise rédigé par le juge Héléne Maire le demandait expressément.

Dans ces conditions, nous ne voyons pas pourquoi les conclusions de l'expertise du CEMED emporteraient notre adhésion. En définitive, c'est au Tribunal qu'il appartient de se prononcer."

Par courrier du 21 janvier 2009, l'OAI - se référant à l'avis médical SMR - a écrit que l'état de santé de l'assuré étant stable depuis 2005 et le status somatique superposable à celui retenu par la Dresse R. \_\_\_\_\_ dans son expertise du 21 avril 2005. Il a maintenu sa position et estimé que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée à son état de santé.

**d)** Dans un rapport complémentaire du 16 juin 2009, le CEMED a écrit ce qui suit en réponse à un questionnaire déposé par le conseil du recourant:

*"1. Il ressort du rapport d'expertise que si l'atteinte corporelle n'existait pas, l'assuré ne serait pas souffrant sur le plan psychique (page 24 de l'expertise). X. \_\_\_\_\_ ne conteste pas ce fait. Toutefois, étant donné que l'exigibilité d'une activité sur le plan psychique est identique à celle du somatique, pourquoi n'a-t-on pas considéré le trouble dépressif dont souffre l'assuré comme un diagnostic ayant une influence, même partielle, sur sa capacité de travail? En effet, même si X. \_\_\_\_\_ pouvait exercer une activité adaptée au taux de 50%, ses problèmes psychiques seraient toujours présents. Quelle serait alors l'influence desdits problèmes dans sa capacité de travail résiduelle?"*

La souffrance psychique de l'assuré, sous forme du diagnostic mentionné, a une influence sur la capacité de travail à hauteur de 50% dans une activité adaptée déterminée sur le plan somatique. Les taux d'incapacité ne s'additionnant pas, il n'y a pas d'impact supplémentaire psychique à stipuler.

Rappelons qu'une grande partie de sa réaction dépressive était liée aux facteurs suivants: déception de son employeur, déception de l'expertise rhumatologique chez le Dr R.\_\_\_\_\_, déception de la décision AI, sentiments d'impuissance par rapport à l'atteinte physique, déception globale de son cours de vie. L'assuré ne conteste pas, que sans atteinte corporelle, il ne serait pas souffrant sur le plan psychique. En cas de reprise d'activité adaptée, ses problèmes psychiques ont une forte chance de diminuer (diminution des ruminations, valorisation augmentée, reconnaissance familiale et sociale, etc.).

*2. En cas de reprise d'une activité adaptée, les problèmes psychiques dont l'assuré souffre n'auraient-ils pas pour effet de diminuer son rendement?*

Au contraire, en cas de reprise d'activité (adaptée), les problèmes psychiques ont toutes les chances d'être améliorés.

Comme sur le plan physique, nous n'avons pas retenu une diminution du rendement sur le plan psychique (dans le cadre d'un 50%).

*3. En cas de reprise d'une activité adaptée, l'assuré devrait-il continuer à être traité par les mêmes médicaments? En cas de réponse affirmative, ces médicaments auraient-ils une influence dans les capacités de réaction ou de concentration de l'assuré?*

En cas de reprise d'une activité adaptée, selon toute vraisemblance et expérience clinique, la médication psychotrope devrait pouvoir être diminuée. Elle n'a de toute façon pas d'impact négatif prépondérant sur le fonctionnement de l'assuré.

*4. L'état psychique actuel de l'assuré permet-il concrètement une réinsertion dans le monde du travail?*

Oui, comme décrit, ce n'est pas l'état psychique qui est l'obstacle majeur pour une réinsertion. Nous avons toujours souligné le côté subordonné des troubles psychiques à ceux sur le plan physique.

*5. L'assuré souffre de vertiges récidivants. Dans l'expertise, il ressort que cette composante de la symptomatologie n'entraîne pas d'incapacité de travail significative dans l'activité exercée préalablement ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible (page 24). On considère toutefois que les vertiges font partie des diagnostics sans influence sur la capacité de travail (page 26). Or, même s'il n'est pas significatif, ce problème existe. Ne devrait-il pas être considéré comme faisant partie des diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail?*

X.\_\_\_\_\_ se plaint, parmi les nombreuses plaintes formulées, de vertiges survenant surtout lorsqu'il relève la tête, vertiges occasionnant des sensations de malaise et une chute. Cette description des troubles est très aspécifique, compatible avec une cupulolithiase, des troubles de l'adaptation posturale sur le plan du système neurovégétatif, des phénomènes psychogènes. Classiquement, on décrit la possibilité d'une compression des artères vertébrales par de l'arthrose mais ce diagnostic est la plupart du temps infondé. A relever que dans le cas de X.\_\_\_\_\_, les examens radiologiques cervicaux révèlent des troubles statiques vertébraux modérés et une arthrose postérieure pluriétagée mais d'un degré encore modéré. L'examen neurologique ne révèle pas d'atteinte auditivo-vestibulo-cérébelleuse avec tout particulièrement

une manoeuvre de Dix-Hallpike rendue ininterprétable en raison de la provocation de fortes douleurs cervicales obligeant à interrompre la manoeuvre.

Compte tenu des éléments susmentionnés, on doit admettre que la réalité des vertiges reste très incertaine et qu'en conséquence, au vu de la normalité du status pratiqué dans ce sens lors de l'expertise, la présence d'une atteinte vestibulo-cérébelleuse significative n'a pas été documentée. En conséquence, ce diagnostic ne peut être retenu comme étant une cause d'incapacité de travail. On peut toujours argumenter qu'un vertige transitoire ne peut être objectivé durant un examen unique néanmoins lorsqu'il existe une atteinte auditivo-vestibulo-cérébelleuse significative, cette dernière est objectivable par des anomalies même discrètes au status ou suggérée par une anamnèse plus typique que celle donnée par X.\_\_\_\_\_. Enfin, dans le cas de X.\_\_\_\_\_, les sensations vertigineuses surviennent ponctuellement et ne sauraient être la cause d'une incapacité de travail même partielle dans l'activité exercée préalablement, un éventuel vertige paroxystique positionnel bénin sur cupulolithiase pouvant être aisément traité par les manoeuvres habituelles et ne représentant pas une cause d'incapacité de travail.

*6. Des vertiges d'origine indéterminée ne porteraient-ils pas atteinte à la capacité de travail, même dans le cas d'une activité adaptée?*

Pour les éléments donnés en réponse à la question 5, les vertiges présentés par X.\_\_\_\_\_ ne portent pas atteinte à la capacité de travail à moins qu'il s'agisse d'une activité se déroulant dans un environnement dangereux pour le sujet en cas de chute.

*7. Dans le cadre d'une activité adaptée à 50%, ne devrait-on pas considérer que les vertiges pourraient diminuer, même de façon minime, le rendement?*

Pour les éléments donnés en réponse aux questions 5 et 6, les sensations vertigineuses dont se plaint X.\_\_\_\_\_ ne représentent pas une cause de perte de rendement, tout particulièrement dans une activité adaptée à 50%."

**e)** Dans ses déterminations du 19 novembre 2009, le recourant soutient que le rapport d'expertise du CEMED est contradictoire. En effet, selon le CEMED, l'exercice d'une activité adaptée est exigible de sa part. Or, l'exercice d'une telle activité rend, au sens du recourant, des mesures professionnelles de réadaptation indispensables; ce qui est en contradiction avec l'appréciation du CEMED qui estime que compte tenu de son âge, de l'absence de formation et de ses limitations, des mesures de réadaptation ne sont pas envisageables.

Le recourant soutient en outre que c'est à tort que le CEMED a estimé que ses problèmes psychiques et ses vertiges ne seraient pas invalidants. S'agissant de son trouble dépressif, il souligne qu'une grande

partie de sa réaction dépressive est liée à une déception globale de son cours de vie ainsi que de son incapacité à aider son épouse. Il conteste l'appréciation de sa situation, dans la mesure où il considère douteux de simplement distinguer les problèmes physiques et psychiques en estimant que ces derniers disparaîtront dès le début d'une nouvelle activité. A son sens, son trouble dépressif – ainsi qu'éventuellement, la prise de médicaments psychotropes – a un impact négatif sur sa capacité de travail. En ce qui concerne ses vertiges, il souligne qu'ils ont été relevés par ses médecins traitants qui n'ont su y remédier. Ajouter à ses autres affections, ces vertiges portent selon lui atteinte à sa capacité de gain. Il maintient ses conclusions.

Par déterminations du 8 décembre 2009, l'OAI maintient ses conclusions.

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

**1. a)** 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 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile. Il est recevable en la forme.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01] et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant du refus d'une rente entière d'invalidité.

**2.** Le recourant conteste l'appréciation de l'intimé, selon laquelle il présenterait une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

**a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 *in fine* LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain du recourant 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Conformément à 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 un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Selon la jurisprudence constante (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb, et les arrêts cités), en l'absence d'un revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé (soit lorsque

l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle), le revenu d'invalidé (second terme de la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative) peut être évalué sur la base des salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) réalisée par l'Office fédéral des statistiques (OFS), singulièrement sur les salaires mensuels bruts (groupe de tableaux A), en partant de la valeur centrale, en l'occurrence la valeur médiane (TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009, consid. 3.1.1). Le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc; Pratique VSI 2002 p. 70 s., consid. 4b).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TFA, I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; Pratique VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

En cas de contradictions entre les rapports médicaux, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères

jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

Cela étant, lorsqu'un juge a recours à une expertise médicale judiciaire, il ne s'écarte en principe pas sans motifs impérieux des conclusions de cette expertise, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné; peut constituer une raison de s'en écarter le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante (ATF 125 V 351, consid. 3b/aa, et les références). En matière d'appréciation des preuves, la jurisprudence attache donc une force probante accrue aux expertises judiciaires.

**3.** En l'espèce, deux expertises ont été établies. La première, celle de la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a été requise par l'OAI et exécutée en 2005; elle conclut à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. La seconde, celle du CEMED, a été requise par la Cour de céans et exécutée en 2008; elle conclut à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Le SMR dans son avis du 13 janvier 2009 accorde une valeur probante prépondérante à l'expertise de la Dresse R.\_\_\_\_\_, écrivant notamment que le status somatique retenu dans l'expertise du CEMED était superposable à celui exposé par la Dresse R.\_\_\_\_\_. Cette

constatation est erronée. Le SMR lui-même en effet a retenu en août 2007 une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan rhumatologique en se fondant notamment sur le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ constatant une récurrence de hernie discale. La Dresse R. \_\_\_\_\_ ne disposait pas de cet élément, contrairement aux experts du CEMED. Les diagnostics des deux expertises ne sont donc pas les mêmes et il convient de retenir ceux de la seconde puisqu'elle est plus récente. Il est également reproché aux experts du CEMED de ne pas avoir motivé le taux d'activité qu'ils retiennent, soit 50%. La Dresse R. \_\_\_\_\_ n'a pas non plus motivé pourquoi elle admettait une capacité de travail entière. Il n'y a donc pas lieu de préférer la première expertise pour ce motif.

Le recourant reproche à l'expertise du CEMED de ne pas avoir tenu compte de ses vertiges dans l'appréciation de la capacité de travail. La Cour considère que les experts se sont exprimés à cet égard de manière tout à fait convaincante et qu'il n'y a aucune raison de s'écarter de leurs conclusions. Elle ne discerne pas non plus de contradiction dans le fait que les experts admettent une capacité de travail dans une activité adaptée alors qu'ils disent douter de l'efficacité de mesures de réadaptation. C'est en effet oublier que les experts ont indiqué que de telles mesures étaient théoriquement envisageables. En outre, les experts ont clairement expliqué que les troubles psychiques présentés par le recourant sont liés aux problèmes somatiques.

Force est dès lors de constater que l'expertise du CEMED répond aux réquisits posés par la jurisprudence et qu'il n'y a aucune raison de s'en écarter.

La Cour retient donc que le recourant dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

**4.** Il convient de fixer le degré d'invalidité du recourant. Celui-ci a été en incapacité de travail à 50% en tout cas dès le 6 mars 2003. Son droit à la rente a donc débuté en mars 2004 et c'est cette date qui est déterminante pour le calcul du degré d'invalidité.

D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu avec invalidité doit être arrêté à la lumière des statistiques salariales ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75, consid. 3b/bb; 124 V 321; TFA I 864/2005 du 26 octobre 2006, consid. 2.5; I 298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6; I 794/2001 du 11 septembre 2003, consid. 5.2). Afin de pouvoir effectuer la comparaison des revenus, l'OAI doit se référer à la statistique de salaires bruts standardisés, en se fondant sur la valeur centrale (ou médiane) de la catégorie de la classification en question (tableaux du groupe A; ATF 124 V 321).

Selon l'employeur du recourant, celui-ci aurait perçu, sans invalidité et treizième salaire compris, en 2003 65'650 fr. et 66'000 fr. en 2005. Il n'y a pas lieu d'instruire plus avant cette question puisque le résultat est identique que l'on retienne l'un ou l'autre chiffre comme on le verra ci-dessous.

En ce qui concerne le revenu d'invalidité, l'intimé a considéré à juste titre que le salaire de référence était celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), niveau de qualification 4. Toutefois, en 2002, ce salaire n'était pas de 5'493 fr., comme l'a retenu l'intimé puisque ce chiffre correspondait au niveau de qualification 3.

Cela étant, selon l'ESS 2004, le revenu déterminant est de 4'588 fr. pour une semaine de travail de 40 heures. Compte tenu de la durée hebdomadaire usuelle de travail dans les entreprises de 41,6 heures (La Vie économique, 10-2009, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'771 fr. 52, soit un salaire annuel de 57'258 fr. 24 à temps plein et de 28'629 fr. 12 à 50%. L'intimé a admis un taux d'abattement de 10%, ce qui n'est pas contesté. Le revenu d'invalidité est ainsi de 25'766 fr. 21.

Si l'on tient compte du revenu de valide le plus défavorable au recourant, soit 65'650 fr., la perte de gain s'élève à 39'883 fr. 79. Le degré d'invalidité est ainsi de 60,75 % (il serait de 60,96 % avec un revenu de valide de 66'000 fr.). Un tel taux ouvre le droit à trois-quarts de rente. Le recours doit donc être admis en ce sens, le recourant ayant droit à un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2004.

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). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Obtenant partiellement gain de cause, aucun frais de justice ne sera mis à la charge du recourant (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Le recourant a droit de la part de l'OAI à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. (art. 55 LPA-VD; 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 12 décembre 2006 par X.\_\_\_\_\_ est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 13 novembre 2006 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce que le recourant X.\_\_\_\_\_ a droit à trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2004.

**III.** Le dossier est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il fasse procéder au calcul de la rente.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant X. \_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

**V.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président:

Le greffier:

**Du**

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

- Me Guillaume Perrot (pour X. \_\_\_\_\_),
- 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: