

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mars 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Jomini et Mme Röthenbacher
Greffière : Mme Berberat

* * * * *

Cause pendante entre :

Q._____, à Villeneuve, recourant, représenté par Winterthur -ARAG
Protection juridique, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) Q._____, né en 1962, a travaillé auprès de l'entreprise [...] à [...] en qualité de maçon du 6 juillet 1998 au 7 octobre 2003, date à laquelle il a présenté une incapacité de travail à 100 %. Son cas a été pris en charge par l'assurance perte de gain T._____ Assurances jusqu'en octobre 2005.

Le prénommé a formulé le 31 octobre 2003 une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en raison d'un mal de dos avec perte de force aux jambes, de douleurs à la nuque et d'une faiblesse aux bras. Dans un rapport médical du 9 janvier 2004, le Dr L._____, médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de hernie discale L5-S1 gauche, de syndrome radiculaire S1 gauche irritatif depuis 2003 et de lombalgies sur insuffisance segmentaire depuis 1999. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 20 octobre 2003. Dans un rapport médical du 20 juin 2004, le Dr B._____, spécialiste en anesthésie à [...], a retenu le diagnostic de lombalgies G chroniques et de hernie discale L5-S1 G depuis 1999-2000. Il a attesté une incapacité totale de travail dès le 24 novembre 2003. Il a estimé que la capacité de travail du patient dans son activité de maçon était probablement nulle quelle que soit la prise en charge ultérieure. Il a cependant retenu une capacité de travail à 50 % dans une activité privilégiant les positions alternées et évitant le port de charges de plus de 10 kg.

Dans un rapport médical du 11 mai 2005 faisant suite à un examen médical du 13 avril 2005 de l'assuré, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de dorso-lombalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L5-S1 luxée vers le haut à droite et tendomyogélose en cascade des deux membres inférieurs, d'arthrose gléno-humérale débutante, de

discrète arthropathie acromio-claviculaire gauche et de cervicalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis. Il a indiqué que l'assuré souffrait d'un probable syndrome du tunnel carpien à gauche, mais qui n'avait pas d'incidence sur sa capacité de travail. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % dans l'activité de maçon dès le 7 octobre 2003. Dans une activité adaptée qui tienne compte des limitations fonctionnelles au niveau du rachis et du membre supérieur gauche, le Dr M._____ a retenu une capacité de travail à 100 % tout en relevant que l'assuré devait être opéré dans les 48 heures, élément nécessitant une probable réévaluation du cas.

Q._____ a subi le 15 avril 2005 une hémilaminectomie L5-S1 gauche et une discectomie pour cure de hernie discale, ainsi qu'une stabilisation dynamique avec implant PDN solo. Dans un rapport médical du 11 octobre 2005, les Drs B._____ et Z._____, spécialiste en neurochirurgie, ont indiqué que la capacité résiduelle de travail était nulle dans l'activité habituelle et qu'elle pouvait être supérieure dans une activité adaptée, mais qu'ils n'étaient pas en mesure de la quantifier. Ils ont précisé qu'un examen par le médecin-conseil de l'AI était indispensable.

Dans un rapport médical du 10 avril 2006 faisant suite à un complément d'examen rhumatologique du 1er février 2006 de l'assuré, le Dr M._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de cervico-dorsalgies et lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L5-S1 en avril 2005, d'arthrose gléno-humérale débutante, de discrète arthropathie acromio-claviculaire gauche et de syndrome rotulien bilatéral. Il a en outre signalé une suspicion clinique de syndrome du tunnel carpien bilatéral, mais qui n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail de l'intéressé. Il a confirmé une incapacité de travail à 100 % dans l'activité de maçon dès le 7 octobre 2003. Il a retenu une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires présentées par l'assuré et ce, dès le 7 octobre 2003, tout en admettant une période d'arrêt de travail estimée à six mois, nécessitée par

l'opération effectuée le 15 avril 2005. Le Dr M._____ a précisé que la mobilité lombaire était très diminuée et a noté des signes de non-organicité selon Waddell (discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils, douleurs lombaires à la pression axiale céphalique et à la rotation du tronc les ceintures bloquées, attitude démonstrative de l'assuré signalant des douleurs lombaires à la mobilisation des épaules, de la colonne vertébrale et des hanches), raison pour laquelle il a émis la crainte que les mesures professionnelles n'aboutissent pas.

L'assuré a finalement suivi un stage d'observation au COPAI à Genève du 2 au 28 janvier 2007. Dans un rapport de synthèse du 12 février 2007, le COPAI a relevé que des activités simples, pratiques et répétitives étaient à la portée de l'assuré, mais que les rendements mesurés n'étaient pas exploitables dans le circuit économique normal. Dans un rapport du 8 février 2007, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne et médecin consultant auprès du COPAI a considéré que la situation n'évoluait pas favorablement et progressait vers un syndrome douloureux chronique sans solution thérapeutique.

Par avis médical du 19 mars 2007, le SMR a indiqué que l'évolution vers un syndrome douloureux chronique mentionnée par le Dr D._____, était prévisible au vu des signes de non-organicité relevés dans le cadre des examens rhumatologiques effectués par le SMR et compte tenu de l'attitude démonstrative de l'assuré. Sur le plan médical, le SMR n'a pas constaté d'aggravation ou de nouvelle atteinte pouvant expliquer les rendements constatés au COPAI. Le SMR a dès lors considéré que des facteurs extra-médicaux intervenaient pour expliquer une telle attitude de l'assuré, tout en retenant que l'atteinte à la santé présentée par l'assuré devait lui permettre d'exercer une activité adaptée à 100 %.

b) Par décision du 7 avril 2008, confirmant un projet de décision du 26 février 2008, l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a refusé d'allouer une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel à Q._____. Se fondant sur les conclusions du SMR, il a considéré que dans une activité ne nécessitant pas de soulèvement

régulier de charges supérieures à 5 kg, pas de port régulier de charges supérieures à 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail nécessitant une abduction du bras au-dessus de 80° et permettant d'alterner la position assise et debout, l'assuré était en mesure de travailler à 100 % dès octobre 2003, en dehors d'une période de six mois d'arrêt de travail nécessité par l'intervention chirurgicale du 15 avril 2005. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'588 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.6 heures) et d'un abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 51'532 fr. 40. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 63'115 fr. en 2004, mettait en évidence une perte de gain de 11'582 fr. 60, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 18 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Enfin, l'OAI n'a pas octroyé de mesures d'ordre professionnel, l'assuré n'étant pas motivé à entreprendre un reclassement.

B. Par acte du 7 mai 2008, Q._____ a recouru contre cette décision et a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 20 octobre 2004, ainsi que de rentes complémentaires pour son épouse et ses enfants et subsidiairement à la mise en œuvre d'une évaluation pluridisciplinaire. Il a précisé avoir subi une nouvelle intervention chirurgicale en avril 2006 qui n'a pas amélioré son état de santé. Se référant au rapport du COPAI, il a estimé ne pas être en mesure d'exercer la moindre activité lucrative sur le marché du travail. Par ailleurs, au vu des limitations fonctionnelles et de son impossibilité de tenir un rendement compatible avec les exigences du monde du travail, l'abattement de 10 % était insuffisant et les activités retenues ne pouvaient être admises. Il a déposé une IRM lombaire du 13 novembre 2006, un protocole opératoire du 4 avril 2006, un rapport d'hospitalisation du 14 janvier 2008 et une attestation médicale du 19 mars 2008 du Dr L._____.

Dans sa réponse du 23 juillet 2008, l'intimé s'est référé à un avis médical du 18 juillet 2008 établi par le SMR, relevant que les pièces médicales produites par l'assuré à l'appui de son recours n'apportaient aucun élément en faveur d'une aggravation de son état de santé. Enfin, pour déterminer la capacité de travail, l'intimé a considéré qu'il y avait lieu de se fonder sur les constatations médicales objectives et sur une évaluation subjective effectuée à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle.

Dans un courrier du 1er septembre 2008, le recourant a souhaité obtenir une prolongation de délai afin de soumettre à son médecin traitant l'avis du SMR du 18 juillet 2008. Finalement, le Dr L. _____ n'a pas rendu de rapport préférant solliciter l'avis du Prof. V. _____, spécialiste en neurochirurgie dont le rapport trop succinct n'a pas été déposé par le recourant. Ce praticien retenant le diagnostic de syndrome douloureux chronique, le recourant a souhaité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique à ses frais.

Dans une lettre du 26 janvier 2009, l'intimé a indiqué qu'aucun des médecins ayant examiné le recourant n'avait relevé ou suspecté le moindre trouble psychiatrique. Il en allait de même pour le COPAI dans le cadre du stage d'observation professionnelle. L'intimé a en outre précisé dans un courrier du 26 février 2009 que le rapport du 21 janvier 2009 établi par le Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie et transmis par le recourant, retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, représentant une péjoration de l'état de santé de l'intéressé depuis au moins six mois. L'intimé a cependant constaté que cette aggravation était postérieure à la décision litigieuse du 7 avril 2008, raison pour laquelle il n'était pas favorable à une suspension de la procédure en vue de la mise en œuvre d'une expertise auprès de la consultation d'antalgie du [...].

Le recourant n'a pas répondu à ce courrier et n'a, à ce jour, fourni aucun rapport supplémentaire.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 7 mai 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 7 avril 2008.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI,

consécutives à la 4e révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. Le recourant se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle il prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

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 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile

pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 également 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

4. a) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail compte tenu des atteintes à la santé qu'il présente. L'intéressé soutient en effet, en s'appuyant sur les rapports du Dr L. _____ et du COPAI que sa capacité de travail est nulle dans toute activité, alors que l'intimé considère pour sa part, en se basant sur les rapports du SMR, que la capacité de travail de

l'assuré est entière dans une activité adaptée. Il n'y a pas lieu de se déterminer sur l'éventuel octroi de mesures d'ordre professionnel, l'assuré n'ayant pas pris de conclusion dans ce sens.

b) Au niveau des membres supérieurs, le Dr L._____ a posé les diagnostics de hernie discale L5-S1 gauche, de syndrome radiculaire S1 gauche irritatif depuis 2003 et de lombalgies sur insuffisance segmentaire depuis 1999. S'il a exclu la reprise de l'ancienne activité de maçon, il n'a cependant pas retenu de limitations fonctionnelles, le patient étant suivi par le Dr C._____, spécialiste en neurochirurgie au [...] (rapport médical du 9 janvier 2004). Le Dr C._____ n'a, en réalité, jamais rempli les questionnaires transmis par l'OAI. C'est le Dr B._____, spécialiste en anesthésie au [...], qui s'est chargé de répondre aux demandes de l'OAI. Ce praticien a ainsi fait état de lombosciatalgies (douleurs localisées au niveau de la région lombaire et du trajet du nerf sciatique) et a privilégié les positions alternées tout en excluant le port de charges de plus de 10 kg (rapport médical du 20 juin 2004). Le Dr M._____ a, quant à lui, retenu que l'assuré se plaignait essentiellement de lombosciatalgies bilatérales à prédominance à gauche, ainsi que de douleurs de l'épaule gauche, de dorsalgies et de cervicalgies (rapport SMR du 11 mai 2005). Il a ainsi estimé nécessaire de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout. Il a en outre exclu le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Ce praticien a par ailleurs relevé que l'assuré présentait une arthrose gléno-humérale débutante et une discrète arthropathie acromio-claviculaire gauche, raison pour laquelle il a exclu le soulèvement régulier de charges excédant 5 kg et le travail nécessitant une élévation du bras au-dessus de 80°. Le Dr M._____ a confirmé les diagnostics et les limitations fonctionnelles précités après la cure de hernie discale L5-S1 effectuée le 14 avril 2005, tout en précisant qu'une abduction du bras au-dessus de 80° était également exclue (rapport du SMR du 10 avril 2006). Au niveau des membres inférieurs, le Dr M._____ a mentionné un syndrome rotulien bilatéral sans évoquer de possibles limitations fonctionnelles, alors que le Dr B._____ n'en a jamais fait état.

Sur le plan médico-théorique, l'ensemble des praticiens a ainsi exclu la reprise de l'activité de maçon et a reconnu que le recourant présentait des douleurs au niveau des membres supérieurs (cervico-dorsalgies et lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L5-S1 en avril 2005 et arthrose gléno-humérale débutante) et aux membres inférieurs (syndrome rotulien bilatéral).

5. a) La principale divergence entre le SMR et les médecins traitants de l'intéressé, ainsi que le COPAI concerne dès lors l'évaluation de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée compte tenu des limitations fonctionnelles. Sur ce point, l'OAI s'est fondé sur le rapport du 10 avril 2006 du Dr M. _____ du SMR qui a procédé à l'examen médical de l'assuré le 1er février 2006. Ce praticien a rédigé son rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes du recourant, procédé à un examen clinique et tenu compte des derniers éléments du dossier. Ce praticien a conclu :

"sur la base des observations rhumatologiques qui ont été faites lors de l'examen du SMR du 1.2.2006, la capacité de travail est nulle dans l'activité de maçon. Par contre, dans une activité adaptée tenant compte strictement des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires susmentionnées, la capacité de travail est de 100 %. Cependant, au vu de la démonstrativité de l'assuré et de la présence de signes de non-organicité selon Waddell, on peut craindre que les mesures professionnelles soient mises à l'échec".

Le Dr M. _____ a ainsi considéré dans son rapport du 10 avril 2006 que ni l'examen clinique, ni les radiographies effectuées ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes présentés par l'assuré et que l'examen précité était marqué par la présence de plusieurs signes de non-organicité de la douleur selon Waddell (discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils, douleurs lombaires à la pression axiale céphalique et à la rotation du tronc les ceintures bloquées, attitude

démonstrative de l'assuré signalant des douleurs lombaires à la mobilisation des épaules, de la colonne vertébrale et des hanches).

b) Le recourant nie la valeur probante de l'avis médical précité au motif que dans son rapport du 12 février 2007, le COPAI a retenu que les rendements mesurés n'étaient pas exploitables dans le circuit économique normal, constatant en outre que sur le plan médical, la situation n'évoluait pas favorablement et qu'elle progressait vers un syndrome douloureux chronique sans solution thérapeutique. En effet, l'OAI avait demandé au COPAI de déterminer quelles étaient les types d'activités permettant à l'assuré très peu scolarisé, de se réinsérer dans le circuit économique, quels étaient les éléments médicaux pouvant expliquer une éventuelle différence entre la capacité de travail ou le rendement constaté durant le stage avec l'avis du SMR et quelle était la motivation de l'assuré pour entreprendre un reclassement. Dans un rapport de synthèse du 12 février 2007, établi à l'issue du stage, les responsables du COPAI ont retenu qu'il n'y avait pas, sur le marché économique normal, d'activité suffisamment adaptée qui puisse tenir compte des exigences liées aux limitations physiques, ainsi que des faibles niveaux de scolarisation et d'intégration linguistique de l'assuré. Ils ont précisé que le rendement n'était pas dans la norme, car l'assuré se trouvait dans une sorte de détresse psychologique et qu'il n'avait pas les ressources pour rebondir, étant continuellement centré sur ses difficultés qui le paralysaient. Au demeurant, son attitude (l'image de souffrance qu'il montrait constamment) laissait penser que l'intéressé n'était pas dans une démarche de reclassement et qu'il n'avait rien fait ou proposé pour aller dans ce sens. Ce rapport se basait également sur les conclusions du Dr D._____, médecin consultant au COPAI faisant état d'un rendement insuffisant pour que l'on puisse envisager une reprise d'activités professionnelles, même légères et adaptées. Les travaux autres que manuels simples n'étaient malheureusement pas accessibles à l'assuré qui ne disposait d'aucune capacité d'apprentissage.

c) En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment

motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008, consid. 4.1). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient, en effet, aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (TFA I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (TF 9C_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3). Le juge ne peut ainsi pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir, ceci pour éviter qu'il soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2).

d) Par conséquent, la Cour de céans ne saurait fonder son jugement sur le travail que le recourant s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tel qu'il ressort des rapports médicaux ayant valeur probante. En effet, sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, on doit convenir qu'il existe un certain nombre d'activités manuelles légères et simples, permettant l'élévation et l'abduction du membre supérieur gauche uniquement jusqu'à 80°, le port de charge jusqu'à 5 kg et le changement de position deux fois par heure. Il sied encore de rappeler que, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c;

113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées).

Convaincants, l'on doit dès lors admettre que les rapports du Dr M._____ remplissent toutes les exigences posées par la jurisprudence quant à la fiabilité et à la valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a). En effet, le Dr B._____, qui n'est pas un spécialiste en rhumatologie, n'a pas expliqué pour quelle raison il retenait une capacité résiduelle de travail de 50 %, alors que les limitations fonctionnelles qu'il a décrites sont moins importantes que celles retenues par le Dr M._____. Ce praticien a en effet clairement précisé, pour chaque pathologie retenue, les limitations fonctionnelles y relatives, que l'on peut qualifier de plutôt légères (à titre de comparaison (TF du 16 décembre 2008, 9C_279/2008). En tout état de cause, les Drs B._____ et D._____ n'ont pas fait état d'autres pathologies que celles relevées par le Dr M._____, qui auraient justifié à elles seules une incapacité de travail. Enfin, l'avis du Dr D._____ selon lequel le rendement de l'assuré est insuffisant, doit être écarté, dans la mesure où il s'est référé à l'appréciation du COPAI, élément qui n'est pas déterminant.

e) S'agissant des douleurs alléguées par le recourant, il appartient aux médecins de confirmer ou d'infirmier ses plaintes au vu de leurs observations médicales et de leur expérience. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient en effet suffire à justifier une invalidité (entière ou partielle) au sens de la loi, raison pour laquelle, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit encore être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353

consid. 2.2.2; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). Or, en l'occurrence, le Dr M._____ a précisément considéré que le syndrome douloureux chronique du recourant touchant l'appareil locomoteur ne s'expliquait par aucune atteinte objective. S'agissant de la composante psychologique, le Dr L._____, qui est le médecin traitant de l'assuré, à savoir le praticien dont on peut attendre qu'il connaisse l'assuré mieux que tout autre médecin, n'a posé aucun diagnostic sur le plan psychique, ni fait mention de tels troubles. Pour sa part, le Dr M._____ - quand bien même il n'est pas psychiatre - n'a pas indiqué, sur la base des déclarations de l'assuré, de troubles psychiques. Il ne saurait, par ailleurs, être tenu compte de l'avis médical du 21 janvier 2009 du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans la mesure où il se réfère à des éléments de faits postérieurs au 7 avril 2008, date de la décision attaquée (TFA du 15 juillet 2005, U 397/04, consid. 4.2; ATF 121 V 362 consid. 1b, 116 V 248, consid. 1a). On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas une éventuelle modification des faits déterminants postérieurs à la décision litigieuse (ATF 121 V 366, consid. 1b et les références).

Dans ces conditions, force est de constater il n'existe aucune appréciation médicale motivée et aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr M._____, si bien qu'il convient de retenir que le rendement du recourant n'est pas diminué dans une activité adaptée et qu'il dispose d'une capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une telle activité.

6. Le recourant conteste ensuite le taux d'invalidité retenu de 18 %, singulièrement sur les montants des revenus avec et sans invalidité déterminants pour la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA.

a) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la

référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TFA I 654/04 du 21 juillet 2005, consid 5, ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Dans ce cas, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent entre 10 % et 25 % au maximum.

b) Le recourant critique le gain réalisable dans une activité adaptée, tel qu'il a été fixé par l'intimé sur la base des données économiques statistiques, soit 51'532 fr. 40 par année et qui conduit, en comparaison du revenu de 63'115 fr. par année qu'il aurait obtenu chez son ancien employeur, montant qu'il ne conteste pas, à un degré d'invalidité de 18 %.

Les données économiques statistiques auxquelles s'est référé l'intimé tiennent compte d'un large éventail d'activités simples et répétitives existant sur le marché du travail et dont un bon nombre est adapté aux handicaps de l'assuré pour qu'il puisse mettre à profit sa capacité de travail exigible. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant, seul le niveau de qualification 4 correspondant aux activités simples et répétitives entre ici en considération, à savoir 4'588 fr. (valeur en 2004), part au 13ème salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire hypothétique représente, compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41.6; Vie économique 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), un revenu annuel de 57'258.24 fr. (4'771.52 X 12).

A ce salaire, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction. L'intimé a retenu à cet égard un abattement de 10 % en raison du « handicap » du recourant. La Cour de céans n'a aucun motif pertinent de s'écarter de cette appréciation. La déduction de 10 %, qui apparaît adéquate, tient en effet compte de l'ensemble des facteurs déterminants dans le cas d'espèce, soit en particulier de l'activité légère seule possible

Compte tenu d'un abattement de 10 %, le revenu annuel d'invalidé évalué sur la base des statistiques salariales est ainsi de 51'532 fr. 40 (valeur 2004). Il résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité que le recourant présente une perte de gain de 11'582 fr. 60 (63'115 fr - 51'532 fr. 40), correspondant à un degré d'invalidité de 18 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

7. Ainsi au regard des principes légaux et jurisprudentiels rappelés plus haut, le dossier s'avère complet pour statuer sur la demande de rente, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise médicale requise par

le recourant. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

8. 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 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 250 francs, sont mis à la charge de Q._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Winterthur - ARAG Protection juridique (pour Q._____),
- 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 :