

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 décembre 2009

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Bidiville et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : M. Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

M. _____, à Yverdon-les-Bains, recourant, assisté de Me Paul-Arthur
Treyvaud, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. a) M. _____ (ci-après : l'assuré), né le 5 mars 1950, a travaillé en tant que manœuvre dans la construction depuis 1982. Atteint dans sa santé le 3 novembre 2000, il n'a repris aucune activité depuis lors. Le 2 novembre 2001, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). Sur ce document, il a indiqué que l'atteinte dont il entendait se prévaloir consistait en un "problème de nerfs" de la 5^e à la 7^e vertèbre.

b) Le 15 décembre 2000, le Dr G. _____, spécialiste FMH en neurologie, a adressé au Dr J. _____, généraliste consulté auparavant par l'assuré, un avis médical dans lequel il pose notamment ce qui suit :

"Il s'agit d'un manœuvre dans la construction, qui voit apparaître semble-t-il subitement, au début novembre, une douleur cervico-rétroscapulaire irradiant jusque dans la main gauche avec un engourdissement du territoire médian de la main gauche, une impression de baisse de force et d'efficacité du bras. Le patient ne s'exprime pas très bien en français si bien que l'anamnèse ne peut pas être très fine notamment sur le type de mouvements qui seraient parétiques. Quoi qu'il en soit, sous un traitement anti-inflammatoire et de physiothérapie, la douleur s'améliore très nettement, un syndrome cervical vraisemblable dont il souffrait au départ s'améliore également si bien que le patient peut de nouveau faire une rotation de la tête sans douleur. L'évolution des troubles de la force et de la sensibilité ne peut pas être faite avec certitude. [...]

La présentation clinique du déficit sur le plan moteur est un peu atypique mais correspond bien à des muscles d'innervation principale C7 de même que l'atteinte de la sensibilité au niveau de la main. Il s'agit donc vraisemblablement d'un syndrome radiculaire C7 gauche déficitaire sur les plans moteurs et sensitifs mais pas sur le plan réflexe (réflexe tricipital).

L'évolution symptomatique semble positive, c'est-à-dire que les douleurs ont fortement diminué.

Il reste néanmoins une parésie touchant les muscles contrôlant l'épaule (pectoral, grand dorsal, probablement en partie grand dentelé) me paraissant contre-indiquer la reprise d'un travail comme celui qu'effectue ce patient, c'est-à-dire d'utiliser des pelles et des pioches. En effet, en raison de cette difficulté, la possibilité d'une part d'une fatigabilité musculaire anormale, d'autre part de lésion de l'épaule n'est pas mince si bien que je pense qu'il faut surseoir pour l'instant à la reprise de travail jusqu'au début de l'année prochaine.

Du moment que l'on n'a pas d'arguments en faveur d'une origine autre que radiculaire compressive banale (ostéophylaire ou discale) et que la situation s'améliore clairement sur le plan symptomatique, il n'y a pas d'indication à pousser les investigations neuro-radiologiques parce qu'elles n'aboutiraient à aucune décision thérapeutique.

Pour l'instant, il faut garder une attitude attentiste, surveiller l'évolution des déficits en question et réviser cette attitude s'il y a aggravation de la parésie. [...]"

L'assuré a été soumis à une IRM cervicale en date du 27 février 2001 au centre hospitalier D._____. Dans un rapport du 2 mars 2001, le Dr T._____ a constaté l'existence de "discopathies C5-C6-C6-C7 avec image de rétrécissement des trous de conjugaison C5-C6 droit C6-C7 gauche et conflit nettement évident sur la sortie de la racine C7 gauche".

Le 6 mars 2001, le Dr G._____ a en substance écrit au Dr J._____ que l'assuré se plaignait de la persistance de ses troubles et que l'IRM pratiquée avait démontré une ostéophyse compressive des niveaux C6 et C7, sans lésion médullaire même si le canal était un peu large à l'endroit en question. Il en concluait que les problèmes de l'assuré étaient liés à une compression dure ostéophyttaire et non pas discale et suggérait une intervention neurochirurgicale.

L'assuré a été adressé par le Dr J._____ au département de neurochirurgie des établissements hospitaliers H._____. Dans un rapport du 26 mars 2001, le Dr Z._____, chef de clinique adjoint, a confirmé l'existence d'un conflit radiculaire C7 droit dans le trou de conjugaison C6-C7 gauche, suspectant toutefois également un début de syndrome du canal carpien. Il préconisait ainsi un traitement sur le canal carpien avant d'envisager, le cas échéant, une intervention chirurgicale. Ce même médecin et son équipe ont par la suite reçu l'assuré à plusieurs reprises, se montrant hésitants quant aux bénéfices d'une telle intervention et lui préférant des examens complémentaires. Finalement, dans un rapport du 27 août 2001 adressé au Dr J._____, le Dr Z._____ a posé l'appréciation suivante :

"Bien que M. M. _____ présente des signes cliniques objectifs dépassant le cadre d'un tunnel carpien et pouvant être la conséquence d'une ancienne compression radiculaire C7 G [ndr. : gauche] sur une discopathie visible à ce niveau, nous ne mettons d'une part pas en évidence de signe clinique d'irradiation radiculaire actuellement, le patient n'a pas de douleur mais uniquement des paresthésies et l'imagerie n'est pas franchement parlante. Pour ces 3 raisons et après en avoir discuté avec le Prof. K. _____, nous ne pensons pas qu'un geste chirurgical lui sera bénéfique, d'autant plus que la situation clinique qu'il présente actuellement me paraît plus liée à un syndrome du tunnel carpien, même si l'EMG [ndr. : électromyographie] n'était pas très parlante et que l'infiltration de corticoïdes n'a pas donné de résultat, ce qui à notre avis n'exclut pas totalement le diagnostic."

Le 27 septembre 2001, le Dr G. _____ a écrit au Dr J. _____, lui confirmant son diagnostic d'"atteinte radiculaire à majorité C7, irritante pour le patient, et handicapante car ne lui permettant plus de faire des efforts prolongés". Et ce médecin de conclure qu'au vu de la longue durée d'évolution et du fait que l'assuré était incapable de reprendre le travail, il y avait lieu d'envisager une intervention chirurgicale de libération des racines C6 et C7 gauches, faute de quoi l'on se dirigerait vers une invalidité certaine.

Dans un courrier du 22 novembre 2001 à l'attention du Dr J. _____, le Dr Z. _____ a indiqué qu'il allait convoquer l'assuré pour une myélographie cervicale couplée à un CT-Scan post myélographie afin de déterminer la ou les racines impliquées dans la symptomatologie.

Le 6 décembre 2001, le Dr J. _____ a adressé à l'OAI un rapport médical dans lequel il a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail d'atteinte radiculaire gauche à majorité C7. Il précisait que cette affection existait depuis le 3 novembre 2000 et concluait à une incapacité totale de travail dès cette date et pour une durée indéterminée. Dans ce rapport, il relevait en outre que l'assuré était encore en investigation en neurochirurgie et qu'une décision opératoire devait être prise à bref délai, raison pour laquelle il proposait d'attendre deux à trois mois avant de se prononcer au plan médical. L'état de santé stationnaire de l'assuré pouvait ainsi encore être amélioré par des

mesures médicales. Enfin, dans une annexe à ce rapport, datée du 7 décembre 2001, le Dr J. _____ indiquait encore que, sous réserve de l'intervention chirurgicale envisagée, l'activité professionnelle exercée jusqu'alors par l'assuré n'était selon lui plus exigible mais que l'on pourrait exiger de ce dernier qu'il exerce une autre activité.

L'assuré a été soumis à des examens complémentaires (myélographie couplée à un CT-Scan cervical) dans le courant du mois de décembre 2001, puis a subi, en février 2002, une intervention chirurgicale sous la forme d'une spondylodèse C5-C6 et C6-C7 selon Smith-Robinson.

Le 27 février 2002, les médecins du département de neurochirurgie des établissements hospitaliers H. _____ ont établi un rapport de sortie. Ils y exposent notamment ce qui suit :

"[...] Diagnostic principal :

- Syndrome radiculaire irritatif et déficitaire C6 et C7 G sur spondylarthrose et protrusion discale C6-C7.

Diagnostic(s) secondaire(s) & comorbidités :

- Hypertension artérielle traitée.
- Diabète non insulino-requérant.
- Status post chirurgie ligamentaire de la cheville G.

[...] L'évolution postopératoire de M. M. _____ se fait de façon favorable. En effet, dès le 1^{er} jour postopératoire, la mobilisation peut être commencée avec une minerve thermoformée. Le patient signale une disparition des douleurs avec cependant une persistance de dysesthésies au niveau des 3 premiers rayons de la main G. Il n'y a pas de nouveau déficit neurologique. Le contrôle radiologique après le premier lever et à la sortie du patient montre un bon alignement des corps vertébraux avec des greffons bien en place. Ceci permet donc un retour à domicile le 26.02.02. [...]

Incapacité de travail :

A 100 % jusqu'au prochain contrôle."

Le 15 avril 2002, le Dr Z. _____ a établi un rapport dans lequel il constate que l'évolution postopératoire est marquée par la persistance de paresthésies dans les trois premiers doigts de la main gauche et qu'il est possible, bien qu'il soit prématuré de se prononcer sur

l'évolution définitive, que cette symptomatologie persiste à long terme, comme il l'avait signalé à l'assuré avant l'intervention.

Au mois de juin 2002, l'assuré a entamé un sevrage de la minerve qui lui avait été posée, de même que des séances de physiothérapie.

Dans un rapport médical du 27 juin 2002 établi à l'attention du Dr J._____, le Dr Z._____ et son équipe ont notamment relevé ce qui suit :

"[...] Les douleurs irradiant dans le bras G ont disparu, mais il persiste toutefois des paresthésies dans les 3 premiers doigts de la main G. Autrement, il se plaint parfois de cervicalgies ainsi que d'un épisode, il y a 1 semaine, d'une gêne en avalant accompagnée d'une voie comme enrhumée. [...] L'évolution de M. M._____ est favorable en ce qui concerne les brachialgies, mais il se plaint toutefois de la persistance de fourmillements et de légères cervicalgies. D'un point de vue neurochirurgical, nous n'avons pas de contre-indication à une reprise du travail, mais nous considérons le travail sur un chantier trop lourd pour une personne ayant bénéficié une spondylodèse cervicale sur 2 niveaux. En ce qui concerne le problème de la voie, nous n'avons pas non plus d'explication neurochirurgicale et nous vous proposons en cas de persistance de ces troubles d'organiser un contrôle en ORL."

Interpellé par l'OAI, le Dr Q._____, du département de neurochirurgie des établissements hospitaliers H._____, a établi un rapport médical le 7 août 2002, dans lequel il a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail d'hernies discales de la colonne vertébrale (cervicale) à deux niveaux (C5/6, C6/6). Retenant une incapacité de travail de 100 % du 22 février 2002 au 27 juin 2002, il précisait en outre que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, que la capacité de travail ne pouvait plus être améliorée par des mesures médicales, que des mesures professionnelles étaient indiquées et enfin qu'un examen complémentaire était encore nécessaire. Dans une annexe à ce rapport médical, le Dr Q._____ mentionnait que l'activité professionnelle exercée jusqu'alors n'était plus exigible mais que l'on pouvait attendre de l'assuré qu'il exerce une autre activité, sans diminution de rendement.

Par courrier du 10 septembre 2002, le Dr J._____ a transmis à l'OAI une copie du rapport du 27 juin 2002 du Dr Z._____ et invité cette dernière à envisager rapidement une reconversion professionnelle, l'assuré étant selon lui impatient de reprendre une activité.

Le 4 décembre 2002, le Dr G._____ a à son tour déposé un rapport médical à l'attention de l'OAI. Il y a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de syndrome radiculaire C7 gauche. Il indiquait également qu'un examen médical complémentaire était nécessaire, précisant qu'il lui paraissait nécessaire, avant de déclarer l'assuré inapte à la reprise de travail, que ce dernier soit pris en charge dans une institution de rééducation. Enfin, il relevait qu'il était normal qu'une certaine douleur cervicale persiste mais que les parésies, troubles sensitifs et brachialgies devaient disparaître, et que dans le cas contraire, une expertise rhumatologique et neurologique devait être proposée. Dans l'annexe à ce rapport, le Dr G._____ a noté que l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible, ne se déterminant pas sur une éventuelle diminution de rendement. Il préconisait en outre une rééducation en milieu spécialisé, susceptible selon lui d'améliorer la capacité de travail. Au demeurant, il estimait qu'une autre activité était également exigible sans diminution de rendement, évoquant en revanche une limitation quant au port de charges.

c) L'OAI a décidé de soumettre l'assuré à un stage d'observation auprès du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) d'Yverdon-les-Bains. Ce stage s'est déroulé du 27 octobre au 21 novembre 2003. Au terme de celui-ci, les observateurs du COPAI ont déposé un rapport, daté du 5 décembre 2003, dans lequel ces derniers formulent les conclusions suivantes :

"[...] 5. CONCLUSION

Au terme de l'examen, notre équipe d'observation est d'avis que la capacité résiduelle de travail de l'assuré est trop faible pour pouvoir être exploitée en milieu économique. En effet, M. M._____ était, par le passé, un travailleur manuel qui a toujours fonctionné en tant que manœuvre de la construction et il ne peut désormais plus assumer de tels travaux. En outre, ses lacunes intellectuelles et

pratiques le contraignent à se tourner vers des activités simples et répétitives. Or, le stage a révélé que ce type d'activités ne lui est accessible qu'à court terme et qu'au-delà d'un mois de travail régulier, son endurance et sa résistance à l'effort s'affaiblissent trop nettement, rendant ses prestations insuffisantes dans une optique de production industrielle.

6. OPNION DE L'ASSURE

Lors de la séance de bilan du 4 décembre 2003, en présence de M. [...] de l'OAI VD et des soussignés, la discussion et les conclusions du rapport du COPAI sont expliquées à l'assuré. Il nous dit que sa santé lui fait défaut, en outre il nous montre une liste importante de médicaments qu'il consomme quotidiennement, qu'il connaît des problèmes d'équilibre et qu'en définitive, il ne se voit pas travailler dans ces conditions. [...]"

d) L'OAI, constatant l'absence d'arguments médicaux susceptibles d'expliquer les conclusions du rapport d'observation professionnelle, a décidé de mandater le Dr B._____, rhumatologue, afin qu'il procède à une expertise.

Dans un courrier du 30 janvier 2004 adressé à l'expert, par lequel il lui a transmis des documents médicaux, le Dr J._____ a notamment relevé qu'il regrettait que l'on n'ait pas encore proposé une reconversion professionnelle à l'assuré, celui-ci restant selon lui toujours très positif.

Le Dr B._____ a déposé son rapport d'expertise le 19 mars 2004. Il y expose notamment ce qui suit :

"[...] DIAGNOSTICS

- Cervico-radiculalgies déficitaires sensitivo-motrices C7 gauche
- Troubles dégénératifs et statiques cervicaux modérés
- Trouble somatoforme douloureux persistant
- Obésité
- Hypertension artérielle
- Diabète de type II
- Status après discectomie C5-C6 et C6-C7 et spondylodèse de ces deux niveaux selon Smith-Robinson le 22 février 2002

APPRECIATION DU CAS

M. M._____ est un patient de 54 ans, présentant sans facteur déclenchant particulier, des cervicalgies compliquées d'une irradiation douloureuse intéressant l'omoplate et l'épaule gauche, se prolongeant au membre supérieur du même côté jusqu'aux trois premiers doigts, symptômes accompagnés d'hypo-paresthésies et

d'une altération de la force. Ces symptômes, à l'origine d'un arrêt de travail à 100% depuis le 3 novembre 2000, persistent malgré un long traitement conservateur alliant de la physiothérapie et des antalgiques le conduisant à être présenté au Dr G. _____ en décembre 2000, ce dernier concluant après EMG et examen clinique à un syndrome radiculaire C7 gauche déficitaire, syndrome toutefois atypique dans un contexte de signe de dénervation retrouvé à l'EMG impliquant le grand pectoral et le triceps. Une IRM cervicale pratiquée le 27 février 2001 permet de visualiser un trouble dégénératif concordant sous la forme d'une uncarthrose comprimant la racine C7 gauche. Compte-tenu de la persistance des symptômes, alors que le Dr Z. _____, qui a déjà examiné le patient dès mars 2001, ait lui aussi retenu l'indication opératoire compte tenu des syndromes neurologiques atypiques, M. M. _____ bénéficiera d'une discectomie C5-C6 et C6-C7 accompagnant une spondylodèse de ces mêmes niveaux par Smith-Robinson, le 22 février 2002. Malgré cette intervention chirurgicale, la symptomatologie, bien que fluctuante mais intéressant les mêmes territoires, est restée stationnaire jusqu'au jour de l'expertise. L'examen clinique actuel révèle une discrète altération de la mobilité cervicale principalement en inclinaison latérale, des douleurs éparses à la palpation de la musculature para-cervicale gauche, se prolongeant au muscle trapèze et à l'omoplate du même côté avec des contractures musculaires concordantes ainsi qu'une hypoesthésie C gauche reproductible et un déficit moteur estimé à M4 pour même trajet radiculaire. Les examens radiologiques de ce jour montrent les stigmates d'une stabilisation de C5 à C7 selon Smith-Robinson sans trouble dégénératif manifeste à l'exclusion d'une raideur secondaire à la fusion segmentaire de C5 à C7. On reste par ailleurs frappé par les symptômes neurologiques atypiques rejoignant en cela les conclusions répétées du Dr G. _____ et Z. _____ qui ont examiné à plusieurs reprises l'assuré par le passé. On note une altération globale de la force de son membre supérieur gauche estimée à M4 intégrant aussi le muscle pectoral, associé à des lâchages intermittents lors des manoeuvres de mobilisations, dépassant largement le cadre d'une neuropathie C1 gauche, ceci sans amyotrophie notoire constatée, avec un diamètre tant des bras que de l'avant-bras superposable à l'autre côté. On retrouve aussi des signes d'hyposensibilités englobant pratiquement tout le membre supérieur gauche au-delà d'un respect radiculaire C7 gauche pathologique tel qu'il lui avait été démontré à deux reprises par EMG en 2000 et 2001 auprès du Dr G. _____.

Ni l'anamnèse ni l'examen clinique ne permettent donc d'expliquer la globalité des troubles dont souffre l'assuré, leurs intensités, leurs localisations, et leurs retentissements sur son fonctionnement actuel. La non-concordance de certains éléments à l'examen clinique et l'évocation à l'anamnèse d'une fatigue chronique, l'assuré se réveillant plus fatigué qu'il ne s'est couché le soir précédent, une labilité émotionnelle, une nervosité et une irritabilité, reste évocateur d'un trouble somatoforme douloureux persistant.

Du point de vue rhumatologique théorique seul, la capacité de travail de M. M. _____ dans son activité professionnelle antérieure d'ouvrier dans la construction est de 50%.

Dans une activité légère, épargnant les ports de charges au-delà de 15kg, les mouvements répétitifs de la nuque et les mouvements répétitifs du membre supérieurs gauche, principalement les travaux minutieux avec la main de ce même côté, sa capacité de travail est entière.

Un stage effectué au COPAI s'est révélé infructueux tandis que le patient attend une libération de ses symptômes avant de pouvoir retravailler un jour. Dans ce contexte, en tenant compte de son âge, de son manque de qualification professionnelle et de son absence de connaissance de la langue française, et se rajoutant un trouble somatoforme douloureux persistant, toutes mesures de reconversion professionnelle se révéleront vouées à l'échec.

Du point de vue thérapeutique, ni la prise en charge conservatrice au long cours alliant de la physiothérapie et des antalgiques, ni la chirurgie de décompression et stabilisation de C5 à C7 n'ont permis d'améliorer les symptômes. Nous ne connaissons malheureusement à l'heure actuelle aucun traitement susceptible de pouvoir traiter un trouble somatoforme douloureux persistant de façon durable. L'assuré pourrait bénéficier d'une médication anti-dépressive, reconnu pour augmenter le seuil de la douleur et améliorer la qualité du sommeil. L'assuré devrait faire attention à son poids, facteur favorisant les comorbidités vasculaires et l'usure précoce des articulations portantes.

REPONSES AUX QUESTIONS

- Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée jusqu'à ce jour.

50% comme manoeuvre dans la construction

- À quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25 % au moins ?

Dès le 3 novembre 2000

- Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

L'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle quelconque depuis cette date, il a bénéficié d'un stage au COPAI d'un mois, entre octobre et novembre 2003.

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

Non. Nous ne connaissons actuellement aucun traitement susceptible de pouvoir traiter un trouble somatoforme douloureux persistant de façon durable. Il pourrait bénéficier d'un traitement antidépresseur connu pour augmenter le seuil de tolérance à la douleur et améliorer la qualité du sommeil. Dans le cadre de ses paresthésies des mains et des doigts, il pourrait bénéficier d'une médication de type Rivotril ou Tegre à augmenter progressivement en fonction de la tolérance et des effets secondaires.

- La capacité de travail, peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel ?

Non.

- Un reclassement professionnel est-il judicieux ?

Non. Compte de son trouble somatoforme douloureux persistant, de son âge, de son manque de qualification professionnelle et de sa méconnaissance du français, et ayant déjà bénéficié d'un stage au COPAI sans suite, l'assuré attendant une libération de ses symptômes pour retravailler, principalement comme manoeuvre, toutes mesures de reconversion professionnelle seront vraisemblablement vouées à l'échec.

- Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé ?

Travaux lourds, ports de charges de plus de 15kg, Mouvements répétitifs de la colonne cervicale, mouvements répétitifs du membre supérieur gauche, principalement les travaux minutieux impliquant la main et les doigts du côté gauche.

- La capacité de travail, peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires ?

Non.

- Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté ?

100% dans un travail adapté respectant ses limitations fonctionnelles."

Au vu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par le Dr B._____, il a été décidé de soumettre l'assuré à un examen psychiatrique auprès du Service Médical Régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Le Dr V._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à cet examen en date du 23 juillet 2004. Dans son rapport du 26 novembre 2004, ce médecin indique en particulier ce qui suit :

"[...] Vie quotidienne

L'assuré se lève à 0730, il prend son café, puis se rend au magasin pour acheter du pain. Il voit des connaissances qui ne travaillent pas. L'assuré dit avoir un moral fluctuant, en fonction de ses douleurs. Son épouse ne travaille plus depuis six à sept ans. L'assuré l'aide pour faire les courses, mais ne fait aucun travail ménager. Il se décrit comme irritable, se mettant facilement en colère. Il essaie tant que faire se peut, d'éviter les stress. Il regarde des programmes en serbo-croate à la TV, mais peu, car il est facilement irrité par ce qu'il voit. L'assuré ne fume pas et boit rarement de l'alcool en raison de ses médicaments.

Status psychiatrique

L'assuré est un homme de 54 ans, faisant son âge, de constitution forte. Lucide et orienté, il ne présente pas de troubles du cours de la pensée ou d'autres signes de la lignée psychotique. A l'entretien, qui se passe en présence d'un interprète agréé, l'assuré répond sans difficulté aux questions qui lui sont posées. Ses capacités de jugement et de raisonnement correspondent à une intelligence dans les limites de la norme. A l'examen, sa thymie n'est pas dépressive ou anxieuse. L'assuré décrit une certaine tristesse, en rapport avec le décès récent de deux de ses frères, qui relève d'un deuil normal. Nous n'avons pas noté de troubles de l'attention et de la concentration. L'assuré présente des insomnies, en rapport avec ses douleurs. Il est irritable et s'emporte contre son entourage. On ne relève pas d'anhédonie ou d'aboulie. L'assuré ne présente pas de retrait social. Sa personnalité est sans particularités.

DIAGNOSTIC

- avec répercussion sur la capacité de travail:

Aucun sur le plan psychiatrique.

APPRECIATION DU CAS

L'assuré a montré, malgré sa faible connaissance de la langue française de bonnes capacités d'adaptation en Suisse, travaillant durant 18 ans comme manoeuvre à la [...]. L'assuré est victime de plusieurs accidents mineurs dans le cadre de son activité professionnelle, qui n'entraînent pas d'arrêts de travail de longue durée. En novembre 2000, l'assuré commence à présenter des douleurs cervicales, irradiant dans le MSG [ndr. : membre supérieur gauche], qui ont fait l'objet d'une expertise rhumatologique par le Dr B._____, en date du 16 mars 2004.

L'expert ayant mentionné le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux, dont l'usage est strictement réservé aux psychiatres, l'assuré est examiné au SMR afin d'estimer sa capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique.

A l'examen, l'assuré ne présente pas de troubles dépressif ou anxieux justifiant en soi une incapacité de travail. Sa personnalité est sans particularités. Nous sommes en présence d'un status douloureux, fondé sur une pathologie somatique avérée. Nous n'avons pas mis en évidence de signes parlant en faveur d'un trouble somatoforme douloureux, dont le diagnostic doit être écarté. L'intégration sociale de l'assuré est conservée.

En l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible de l'assuré est uniquement tributaire de son état sur le plan somatique.

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

cf. expertise rhumatologique par le Dr B._____.

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

cf. expertise rhumatologique par le Dr B._____.

Concernant la capacité de travail exigible, elle n'est pas réduite sur le plan psychiatrique. Il n'y a pas de contre indication à des mesures professionnelles.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle : cf. expertise rhumatologique par le Dr B._____.

Dans une activité adaptée : cf. expertise rhumatologique par le Dr B._____."

Dans un rapport d'examen du 6 décembre 2004, la Dresse W._____ du SMR, se référant notamment au rapport médical du 6 décembre 2001 du Dr J._____, retient une incapacité de travail totale du 3 novembre 2000 au 27 juin 2002, puis de 50 % dès le 28 juin 2002. S'agissant de la capacité de travail exigible, elle considère qu'elle est de 50 % dans l'ancienne activité mais que dans une activité adaptée, elle demeure entière ; elle renvoie sur ce point au rapport d'expertise du Dr B._____ ainsi qu'au rapport d'examen psychiatrique du Dr V._____. Elle relève en outre que l'ancienne activité aurait pu être reprise en août 2002, comme le confirme le Dr J._____ dans son courrier du 10 septembre 2002. Enfin, la Dresse W._____ conclut que sur le plan médical, il n'y a aucun argument qui pourrait expliquer les conclusions du stage effectué au COPAI et qu'il fallait admettre qu'il existait des facteurs extra-médicaux qui pouvaient expliquer le manque de motivation de l'assuré, qui selon ses propres dires ne se voyait plus travailler.

e) Dans un questionnaire-type adressé à l'OAI le 17 janvier 2002, l'entreprise [...], employeur de l'assuré, a indiqué que ce dernier aurait théoriquement réalisé, en 2002, un salaire horaire de 25 fr. 35 à raison de 8.5 heures de travail par jour, cinq jours par semaine. Il résulte également de ce questionnaire que l'assuré percevait un 13^e salaire.

f) Le 8 juin 2006, l'OAI a adressé à l'assuré une décision lui octroyant une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2001 au 31 août 2002 et lui refusant le droit à des mesures professionnelles.

M. _____ a formé opposition contre cette décision le 26 juin 2006. Cette opposition a été complétée le 5 octobre 2006 par une écriture du conseil du prénommé.

Le 16 avril 2008, l'OAI a adressé à l'assuré une décision sur opposition octroyant à ce dernier une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2001 au 30 septembre 2002, soit pour une durée supplémentaire d'un mois par rapport à la décision du 8 juin 2006, et confirmant pour le surplus cette précédente décision.

Dans sa décision sur opposition, l'OAI a en substance considéré que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail et de gain du 3 novembre 2000 au 27 juin 2002 et qu'ensuite, il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Se fondant sur un revenu annuel sans invalidité de 52'730 fr. ainsi que sur un revenu annuel d'invalide de 51'307 fr. 26, l'OAI obtenait un taux d'invalidité de 2.69 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Il ressort d'une fiche de calcul interne à l'OAI établie le 9 décembre 2005 que le revenu de 51'307 fr. 262 susmentionné est fondé sur le salaire statistique moyen à 100 % en 2002 pour les activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) tel que résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), diminué de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles présentées par l'assuré de même que de son âge.

B. M. _____ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances par acte du 19 mai 2008, au pied duquel il a formulé les conclusions suivantes, avec suite de frais et dépens :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 16 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, soit réformée en ce sens que le taux d'invalidité du recourant est fixé à 100 %.

Subsidiairement

III. Le dossier est renvoyé à l'autorité intimée pour nouvelle expertise."

A l'appui de son recours, le recourant allègue en substance que le rapport d'examen psychiatrique du Dr V. _____ est dénué de toute force probante dès lors qu'il recèle des contradictions internes, ce praticien retenant d'un côté une absence de troubles dépressifs ou anxieux justifiant une incapacité de travail tout en admettant, de l'autre, l'existence d'un status douloureux, fondé sur une pathologie somatique avérée. Il relève en outre que l'existence des troubles en question est largement décrite dans le rapport du COPAI, dont les conclusions sont tout à fait claires, et que même le Dr B. _____, qui conclut pourtant à une capacité entière de travail, admet l'existence de ces troubles sans pouvoir les expliquer. Dans cette mesure, le rapport de ce dernier praticien ne revêtirait également aucune valeur probante.

Dans sa réponse du 5 septembre 2008, l'OAI renvoie à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, selon laquelle les données médicales l'emportent sur les constatations faites lors de stages d'observation professionnelle.

Le recourant a renoncé à répliquer.

E n d r o i t :

1. Interjeté 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]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes

pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière. 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. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse selon toute vraisemblance supérieure à 30'000 fr. s'agissant de l'octroi d'une rente d'invalidité.

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

En l'espèce, le recourant ne s'en prend à la décision querellée qu'en tant qu'elle retient un taux d'invalidité n'ouvrant pas de droit à une rente au-delà du 30 septembre 2002. Il ne formule en revanche aucun grief en relation avec le refus d'octroi par l'OAI de mesures professionnelles. Dans ces conditions, le tribunal se bornera à examiner la question du droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. a) La demande de rente AI litigieuse a été déposée le 2 novembre 2001. Quant à la décision entreprise, elle a été rendue le 16 avril 2008. Enfin, le recours tend implicitement à l'octroi d'une rente dès le 1^{er} octobre 2002.

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 1^{er} 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 16 avril 2008.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2004, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4^e révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, une invalidité d'au moins 40 % ouvre le droit à un quart de rente, celle de 50 % au moins à une demi-rente, et celle de 66 2/3 % au moins à une rente entière. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa version postérieure au 1^{er} janvier 2004 (qui n'a pas été modifié lors de la 5^e révision, si ce n'est qu'il est devenu l'art. 28 al. 2 LAI), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

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 ; cf. art. 4 al. 1 aLAI). 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.

Aux termes de l'art. 16 LPGA (cf. art. 28 al. 2 aLAI), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Enfin, selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

c) 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 256, consid. 4 ; TF, 10 mars 2009, 9C_519/2008, consid. 2.1).

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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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).

Le juge peut en particulier accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). Ainsi, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent pour leur part 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^e 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).

Quant aux informations des organes d'observation professionnelle, ils ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. De telles informations, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe, supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TF, 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.2).

Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193 ; ATF 119 V 9 et les arrêts cités ; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^e éd., Berne 2003, n° 30 p. 331 ; Alfred Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Bâle et Francfort-sur-le-Main 1993, pp. 422-423).

4. a) En l'espèce, l'OAI, se fondant sur les rapports des Drs B._____ et V._____, a retenu que le recourant avait présenté une incapacité totale de travail et de gain du 3 novembre 2000 au 27 juin 2002, mais qu'il avait ensuite, notamment grâce à l'intervention chirurgicale subie en février 2002, recouvré une pleine capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant conteste cette amélioration de son état de santé, alléguant se trouver toujours en incapacité totale de travail. Il ne remet en revanche pas en cause l'appréciation de l'OAI en tant qu'elle concerne la période reconnue d'incapacité totale de gain. Cela dit, s'agissant de la période contestée, le recourant appuie son argumentation sur le rapport établi par les observateurs du COPAI et reproche en substance aux Drs B._____ et V._____ d'admettre l'existence d'un status douloureux mais de ne pas l'expliquer et de conclure, de manière contradictoire, à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Aussi, les rapports de ces deux praticiens ne rempliraient-ils pas les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un rapport médical.

Le recourant ne saurait être suivi dans son raisonnement.

Sur le plan somatique, tous les médecins qui ont examiné le recourant ensuite de l'opération chirurgicale qu'il a subie en février 2002, savoir les Drs Z._____ (le premier, dans son rapport du 27 juin 2002), Q._____, G._____ et B._____, ont unanimement reconnu à ce dernier une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le rapport du 19 mars 2004 du Dr B._____, en particulier, procède d'un examen exhaustif du cas qui lui était soumis. S'agissant une fois encore des aspects strictement somatiques, la situation médicale y est clairement décrite, l'évaluation de la capacité de travail en fonction des diagnostics somatiques retenus a été examinée de manière complète. Les conclusions de l'expert sont motivées et convaincantes. L'appréciation de ce dernier est par ailleurs, on l'a dit, corroborée par les avis de l'ensemble des autres praticiens consultés. Le fait qu'il explique une partie des plaintes du

recourant par des facteurs d'ordre psychologique, attribuant à tort (on le verra) cette symptomatologie douloureuse à un trouble somatoforme, n'est pas de nature à remettre en question le bien-fondé de ses conclusions quant à la capacité de travail résiduelle, qu'il ne fonde que sur des critères strictement rhumatologiques, comme il le précise d'ailleurs expressément. Pour ce qui est des considérations de l'expert selon lesquelles toutes mesures de reconversion professionnelles sont vouées à l'échec, elles ne sont pas déterminantes dans la mesure où elles sont dictées soit par l'existence du trouble somatoforme, lequel n'entre pas en compte dans une appréciation sous l'angle strictement somatique, soit par des éléments d'ordre extra-médical, qui sont sans influence sur la question litigieuse de la capacité théorique de travail.

Le Dr B. _____ ayant évoqué un diagnostic de trouble somatoforme, l'OAI a fait procéder, à juste titre, à un examen psychiatrique du recourant. En effet, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, la reconnaissance de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux suppose, comme c'est le cas pour tout autre trouble psychique, un diagnostic émanant d'un expert psychiatre - et non d'un rhumatologue tel que le médecin précité - et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3 et consid. 6).

Dans son rapport d'examen psychiatrique du 26 novembre 2004, le Dr V. _____, se basant sur une anamnèse complète, analyse, certes de manière succincte mais néanmoins convaincante, l'état de santé psychique du recourant. Au terme de son examen, il exclut l'existence d'une affection psychique susceptible d'influencer la capacité de travail, écartant notamment les diagnostics de trouble dépressif ou anxieux et de trouble somatoforme douloureux. Il conclut que les douleurs dont souffre le recourant sont fondées sur une pathologie somatique avérée. Cette conclusion ne peut être interprétée en ce sens que l'ensemble des douleurs s'explique par la pathologie somatique avérée, mais uniquement qu'elles y trouvent leur origine ; en d'autres termes, le Dr V. _____

n'exclut pas qu'une partie des troubles puisse résulter de facteurs externes, qui ne sont ni d'ordre somatique, ni d'ordre psychique.

Le recourant entend déduire du fait qu'aucun des deux experts susmentionnés ne se trouve en mesure d'expliquer, sur le plan médical, l'entier de ses plaintes que leurs rapports ne satisfont pas aux exigences jurisprudentielles permettant qu'on leur accorde une pleine valeur probante. Ce grief n'est pas fondé. Le fait qu'ils excluent tous deux des diagnostics posés une partie des plaintes du recourant n'implique pas qu'ils se trouvent en contradiction l'un avec l'autre, ni qu'ils soient incomplets, mais uniquement, comme le relève d'ailleurs la Dresse W. _____ dans son rapport du 6 décembre 2004, que ces plaintes s'expliquent par des facteurs extra-médicaux, qui ne sont pas du ressort de l'AI.

Cela dit, les deux rapports en question sont tout à fait complets et circonstanciés. Leurs conclusions respectives sont clairement motivées et convaincantes. Elles ne sont du reste remises en cause par aucun autre élément du dossier. En particulier, aucun trouble psychique n'a jamais été diagnostiqué ou même évoqué auparavant par un quelconque psychiatre. S'agissant du rapport du 5 décembre 2003 des observateurs du COPAI, il n'est pas non plus de nature à les remettre en cause. En effet, comme il a été rappelé plus haut (cf. consid. 3c), un tel rapport ne saurait, par principe, l'emporter sur des avis médicaux dûment motivés. De plus, les conclusions de ce rapport ne se trouvent pas forcément en contradiction avec l'appréciation des Drs B. _____ et V. _____ puisqu'elles tiennent en particulier compte d'éléments extra-médicaux qui n'ont précisément pas pu être pris en considération par ces médecins.

Dans ces circonstances, c'est à bon droit que l'OAI a accordé une pleine valeur probante aux rapports des médecins précités et qu'il a ainsi retenu que le recourant disposait, dès le 27 juin 2002 (date du rapport du Dr Z. _____), d'une capacité de travail résiduelle totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Cela étant posé, il convient encore de procéder à la comparaison des revenus, avec et sans invalidité, que l'assuré était susceptible de réaliser en 2002, année au cours de laquelle le recouvrement de sa capacité de travail est intervenu, ce afin de déterminer son taux d'invalidité.

Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait vraisemblablement s'il était en bonne santé.

En l'espèce, il résulte des renseignements fournis par les anciens employeurs du recourant (cf. questionnaire adressé à l'OAI le 17 janvier 2002) que sans invalidité, le recourant aurait réalisé, en 2002, un revenu annuel brut à 100 % (treizième salaire non compris) de $(25 \text{ fr. } 35 \times 8.5 \times 21,75 \times 12 =)$ 56'239 francs.

S'agissant du calcul du revenu avec invalidité auquel a procédé l'intimé, il ne prête pas le flanc à la critique.

Conformément à la jurisprudence, l'OAI a évalué le revenu d'invalide sur la base de statistiques salariales, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé (cf. ATF 126 V 75). Il s'est ainsi valablement fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (édition 2002) en retenant le salaire statistique moyen afférant à un niveau de qualification 4, qui correspond aux activités simples et répétitives. L'OAI a ensuite correctement réajusté cette valeur centrale en fonction de l'horaire hebdomadaire moyen, qui est de 41.7 heures (cf. ATF 126 V 75 précité ; TFA, 26 juin 2003, I 616/02 ; La Vie économique, n° 10/2006, p. 90), pour obtenir un revenu théorique pour l'année 2002 de 57'008 fr. 07.

Selon la jurisprudence, le montant ainsi obtenu peut, le cas échéant, encore être réduit en raison des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux

d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des paramètres entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25%. Enfin, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration dans la fixation de cette déduction (ATF 126 V 75 précité, consid. 5b s.).

Dans le cas présent, l'OAI a opéré une déduction de 10%. La Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter de ce cette évaluation, qui relève d'une appréciation correcte de la situation compte tenu des limitations fonctionnelles auxquelles le recourant doit faire face, de même que de son âge.

En conséquence, le revenu exigible annuel brut retenu par l'OAI, savoir 51'307 fr. 26, n'est pas critiquable.

Cela étant dit, il résulte de la comparaison des revenus sans et avec invalidité un taux d'invalidité de $([56'239 - 51'307 \text{ fr. } 26] \times 100 / 56'239 =) 8.7 \%$.

Compte tenu de ce qui précède, l'OAI était fondé à cesser le versement de la rente d'invalidité servie au recourant après trois mois d'amélioration de son état de santé (88a al. 1 RAI), laquelle est attestée en l'occurrence dès le 27 juin 2002.

c) Les éléments du dossier étant tout à fait probants pour résoudre, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, la question litigieuse du taux d'invalidité du recourant et du droit de ce dernier à une rente, l'expertise requise par le recourant dans sa conclusion III subsidiaire s'avère superflue. Il n'y a dès lors pas lieu d'y donner suite.

5. En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 49 LPA-VD). Ce dernier succombant à la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA, 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 sur opposition rendue le 16 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Un émolument judiciaire de 250 (deux cents cinquante) fr. est mis à la charge du recourant.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud, avocat (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :