

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 septembre 2010

Présidence de M. DIND
Juges : M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

Q._____, à Penthalaz, recourant, représenté par Me Pierre Seidler, avocat
à Delémont,

et

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

Art. 7; art. 8; art. 16 LPGA; art. 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. Q._____, né en 1978, a travaillé en qualité d'agent professionnel pour le compte de la société J._____, à Lausanne. Le 8 mars 2004, il a été victime d'un accident de la circulation.

Le 21 mai 2004, le Dr O._____, spécialiste FMH en radiologie, a diagnostiqué des séquelles de la maladie de Scheuermann, sans autre anomalie décelable, en particulier pas de lésion post-traumatique.

Dans son rapport du 18 septembre 2004 adressé à l'assureur-accidents, Q._____), le Dr W._____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué des dorsalgies persistantes apparues à la suite de l'accident du 8 mars 2004, des séquelles d'une maladie de Scheuermann D8-L1 au niveau D11-D12 avec pincement discal et osthéophytose, une calcification du ligament jaune, ainsi qu'une arthrose interfacettaire pluri-étagée.

L'assuré a été hospitalisé du 2 au 18 juin 2004 au service de rhumatologie du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois). Dans son rapport final daté du 5 août 2004, la Dresse V._____, chef de clinique, a indiqué notamment ce qui suit:

"Nous avons retenu le diagnostic de dorsalgies chroniques non spécifiques, dans le cadre de dysbalances musculaires. Le CT scan dorso-lombaire du 03.05.2004 et l'IRM dorsale du 21.05.2004 se sont avérés normaux, à l'exception de séquelles de maladie de Scheuermann ne permettant pas d'expliquer la symptomatologie".

B. Parallèlement à la procédure ouverte auprès de l'assureur-accidents, Q._____ (ci-après: l'assuré) a déposé le 6 décembre 2004 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant notamment à l'octroi d'une rente.

Le 14 février 2005, le Dr W._____ a informé l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) que l'assuré

était en arrêt de travail depuis le 25 mars 2004, et a précisé que le pronostic était défavorable, les douleurs dorsales étant devenues invalidantes et difficiles à expliquer sur le plan purement somatique; des facteurs psychiques étaient en outre intervenus sous la forme d'un état dépressif entraînant l'apparition de troubles somatoformes.

Il ressort du formulaire employeur daté du 22 février 2005 que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait perçu au 1^{er} janvier 2005 un salaire brut de 5'240 fr. servi 13 fois l'an.

Sur mandat d'A._____, le Dr F._____, spécialiste FMH en neurologie, a expertisé l'assuré. Dans son rapport du 28 janvier 2005, il a notamment indiqué ce qui suit:

"En conclusion, on se trouve face à un sujet en bonne santé habituelle, apparemment bien dans sa peau et dans son activité professionnelle, victime le 8.3.2004 d'un accident de la circulation ayant vraisemblablement comporté une distorsion cervicale simple (degré I à II selon la Québec Task Force) à deux reprises et possiblement une contusion dorso-lombaire banale (le siège du patient semble avoir été déformé).

L'ensemble des éléments à notre disposition (anamnèse; examens préalables et présent bilan; examen radiologique et neuroradiologique) n'apporte pas la preuve d'une atteinte majeure des systèmes locomoteur et nerveux. Les seules anomalies observées jusqu'ici sont des troubles statiques vertébraux ainsi que des dysbalances musculaires. Le présent bilan n'apporte à nouveau pas la preuve d'une limitation majeure de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire mais permet de retrouver des troubles statiques notés préalablement et la provocation de douleurs à la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire sans contracture des muscles paravertébraux. Il n'y a aucune anomalie neurologique proprement dite.

(...)

Pour les raisons développées plus haut, d'un point de vue strictement somatique (...), il n'y a pas d'incapacité de travail pouvant encore être mise en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel, le statu quo ante, en ce qui concerne les seules conséquences de l'accident du 8.3.2004, ayant été atteint au maximum 6 mois après l'accident".

Dans un avis SMR du 6 juin 2005, le Dr M._____, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu sur la base de l'expertise du Dr F._____, qu'il existait une capacité de travail entière sur le plan somatique, théoriquement dès le mois de septembre 2004, mais que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique était nécessaire.

L'assuré a consulté le Dr R._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, qui dans son rapport du 8 juillet 2005 a posé le diagnostic de rupture partielle de l'anneau fibreux (internal disc disruption). Ce médecin a également adressé un courrier daté du 30 septembre 2005 au Dr F._____, dont la teneur est notamment la suivante:

"En ce qui concerne M. Q._____, il a été évalué par le Prof. G._____, chirurgien rachidien au bénéfice d'une longue expérience dans le domaine. L'hésitation de ce dernier concernant une éventuelle intervention de la pathologie discale du patient est entièrement due à la rareté de cette pathologie au niveau dorsal. L'emplacement de la lésion discale nécessite une approche chirurgicale agressive par voie transthoracique et les risques de cette intervention sont à pondérer en fonction des bénéfices que l'on peut en retirer. Votre supposition selon laquelle le patient souffre d'une maladie dégénérative tel qu'un Scheuermann, est définitivement écartée par les études méthodologiques de la discographie de provocation qui démontrent qu'un disque dégénéré n'est pas douloureux lors d'un tel test, contrairement à des pathologies impliquant des ruptures partielles ou totales de l'anneau fibreux".

Dans son rapport du 12 janvier 2006, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie du rachis a mentionné ceci:

"Dossier radiologique

Un CT-scan de mai 2004 montre des séquelles de Scheuermann plus marquées en D11-D12 où l'on trouve une calcification postérieure discale.

Une IRM confirme ces séquelles de Scheuermann sans signe de Modic néanmoins au niveau des plateaux vertébraux. Protrusion discale D11-D12. Je pense en effet que cette protrusion correspond à cette calcification discale et il est normal que le signal en IRM ait la même couleur d'un disque dégénéré.

Une IRM fonctionnelle faite à Zürich a malheureusement une qualité toute différente étant donné de la puissance différente de la machine. Sur ces IRM nous retrouvons également cette protrusion discale D11-D12 mais le canal semble plus étroit sur ces images. Il est difficile de savoir si ceci est positionnel ou un artéfact dû à la technique entièrement différente d'acquisition des images.

Discographie:

Je n'avais malheureusement pas les images mais ton rapport stipulait clairement que la discographie était positive en D11-D12 avec déchirure discale et fuite du liquide alors qu'en D10-D11 et D12-L1, il n'y avait ni douleurs ni anomalie morphologique.

Appréciation du cas:

Il s'agit d'un cas assez complexe, il est néanmoins inhabituel de voir un patient se plaindre de dorsalgies basses persistantes après un traumatisme tel qu'il a été décrit à moins que l'on puisse voir une fracture-tassement. Néanmoins, nous pouvons imaginer qu'un mécanisme de compression axiale ait eu lieu en même temps.

La question est de savoir si les douleurs viennent vraiment du disque D11-D12 même si la discographie était positive.

Je n'ai jamais dû faire une discectomie pour discopathie douloureuse à cet étage mais bien sûr, j'en ai effectué pour plein d'autres raisons (fracture, tumeur etc...)"

Le 29 décembre 2005, l'assuré a également été examiné par la Dresse B. _____, médecin associé au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV, qui a relevé l'existence d'une hernie discale au niveau D11 mise à jour par une IRM fonctionnelle effectuée à Zürich, provoquant une irritation radiculaire voire le début d'une compression médullaire (rapport du 11 janvier 2006).

L'intéressé a par la suite séjourné à la Clinique romande de réadaptation à Sion du 25 au 27 septembre 2006, où il a été examiné par le Dr X. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et par le Dr Z. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Il ressort du rapport du Dr Z. _____ du 16 octobre 2006 les éléments suivants:

"Appréciation

Monsieur Q. _____ est un assuré âgé actuellement de 28 ans, dont le parcours professionnel et médical est absolument sans particularité jusqu'au 8 mars 2004.

Ce jour-là, Monsieur Q. _____ est victime d'un accident de la circulation, son véhicule étant collisionné par l'arrière et lui-même subissant une distorsion cervicale. Depuis lors, son existence a «basculé» aussi bien dans le domaine professionnel que dans le domaine médical.

Monsieur Q. _____ a dû définitivement abandonner ses activités d'agent de sécurité. Il a également dû renoncer à poursuivre la maîtrise d'agent fédéral qu'il accomplissait à l'époque. Il s'est «embarqué» dans des conflits avec les assurances concernées et ne bénéficierait actuellement plus d'aucune prestation de perte de salaire. Sa demande d'aide sociale aurait été rejetée, cette institution alléguant que le salaire de l'épouse serait suffisant à l'entretien du couple.

Dans le domaine médical, de très nombreux spécialistes, tels que rhumatologues, neurologues, chirurgiens orthopédistes et anesthésistes ont été consultés. De très nombreuses investigations radiologiques ont également été pratiquées. Elles n'ont débouché que sur la découverte de quelques séquelles d'une maladie de Scheuermann et d'une rupture partielle de l'anneau fibreux du disque D11-D12.

Quand on lit le dossier d'assurance, on se rend compte de la "perplexité" des divers spécialistes consultés. Il n'y a pas, pour la grande majorité des spécialistes consultés, de substrat anatomique, pouvant expliquer l'intensité du syndrome douloureux décrit par l'assuré.

Lors de test d'évaluation des capacités fonctionnelles, exécuté dans le cadre de cette expertise, M. Q._____ a été soumis à un niveau d'effort léger et a manifesté de nombreuses mimiques douloureuses, soupirs et plaintes fréquentes et spontanées.

L'assuré ne présente cependant [pas] lors de l'examen clinique, de signes évidents de non-organicité et l'expert psychiatre, le Dr X._____, confirme l'absence d'un trouble somatoforme. Il ne retient pas non plus l'existence d'un état dépressif réactionnel ou d'un trouble de la personnalité, Il admet qu'il n'y a, dans le cas de cet assuré, aucun trouble psychique atteignant un seuil diagnostique. Il faut donc considérer que le comportement d'invalidé adopté par l'assuré sort de la sphère bio-médicale.

(...)

Sur le plan professionnel, on peut apprécier la situation de la façon suivante:

En l'absence de pathologie psychiatrique, seules les affections somatiques entraînent quelques limitations.

- Les activités habituelles d'agent de sécurité nécessitant la marche prolongée et certains efforts physiques, ne paraissent plus médicalement exigibles.

- Par contre dans toute activité adaptée, en positions alternées assis-debout, sans port de charges et sans travaux lourds, une capacité de travail entière est médicalement exigible. C'est d'ailleurs l'opinion exprimée dans le dossier médical, par la plupart des spécialistes consultés".

C. Dans un avis du 8 novembre 2006, le SMR a retenu une capacité de travail inexistante dans l'activité habituelle d'agent de sécurité, mais entière dès le 1^{er} septembre 2004 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de position statique/debout prolongée, pas de port de charge au-delà de 10 kg, pas de travaux lourds, pas de mouvement en porte-à-faux du rachis). Il a considéré que l'expertise pluridisciplinaire effectuée à la CRR remplissait tous les critères de qualité que l'on pouvait attendre et que s'agissant de l'exigibilité dans une activité adaptée, il fallait retenir celle du statu quo sine admise par le Dr F._____.

L'assuré a suivi un stage d'observation auprès du T._____ (T._____) à Genève du 6 août 2007 au 4 novembre 2007. Une synthèse de la mesure figure dans le rapport d'évaluation daté du 19 novembre 2007 en ces termes:

"Le rapport d'observation professionnelle concernant M. Q._____ constate qu'il n'a pas été possible de mettre en évidence l'exigibilité fixée à 100% dans le rapport AI, en raison de l'important absentéisme de l'assuré. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer au sujet de ce faible taux de présence.

Dans ces circonstances (sans que nous puissions affirmer si elles relèvent tout ou partie de l'assurance-invalidité), M. Q._____ ne peut ni être placé durablement dans une entreprise ni débiter une formation. Lors du stage en entreprise, même à mi-temps, l'assuré

n'a pas été régulièrement présent. Relevons aussi une gestion pas toujours très cohérente du traitement médicamenteux.

Pour les détails de l'observation, les niveaux scolaires (bons), le déroulement de la mesure et les conclusions, nous vous renvoyons directement au rapport signé des maîtres de réadaptation.

Les intérêts et les capacités de l'assuré vont en direction des métiers du domaine tertiaire.

Ainsi, en faisant abstraction de certains comportements «douloureux - démonstratifs» et en ne tenant pas compte de l'absentéisme, l'assuré pourrait effectuer une activité légère et non statique, dans le domaine tertiaire (comptabilité, bureau, logistique, réception) et comprenant le travail à l'écran sur un poste ergonomiquement adapté. Le type de travail proposé lors du stage dans l'entreprise [...] à Lausanne convient bien à l'assuré".

Dans un nouveau rapport daté du 22 octobre 2007, le Dr W. _____ a décrit l'évolution de l'état de santé de l'assuré notamment en ces termes:

"De nombreux examens radiologiques et de consultations spécialisées auprès de rhumatologues (Dr H. _____, rhumatologue, service de rhumatologie du CHUV) et du Centre de la douleur à Morges ont permis d'exclure une lésion organique grave ou initialement méconnue de l'accident.

Absence de lésion ou anomalie significatives pouvant expliquer l'importance des douleurs et leurs répercussions fonctionnelles (présence néanmoins de séquelles d'une maladie de Scheuermann et de troubles statiques de la colonne vertébrale jusque-là méconnus et asymptomatiques).

Une atteinte localisée du disque intervertébrale D11-D12 sera diagnostiquée ultérieurement et dont le rôle joué dans la genèse des dorsalgies prête à discussion.

Une IRM dorsale fonctionnelle est pratiquée le 17.11.05 au centre FMRI à Zurich; l'examen avait mis en évidence une hernie discale « fonctionnelle» D11-D12 à localisation postéro latérale droit (présente dans certaine positions du dos, en situation orthostatique, la colonne vertébrale en charge le dos en flexion et en extension), hernie disparaissant en position couchée.

Cette atteinte focale de la colonne dorsale su niveau D11-D12 semble pour certain être la source des dorsalgies (bonne corrélation clinique).

Une éventuelle intervention chirurgicale sur ce disque avait même été envisagée, option finalement abandonnée car jugée par la plupart des intervenants comme étant trop risquée et de réussite incertaine (Dr G._____ à Lausanne, la Dresse [...] neurochirurgienne du Groupe neurochirurgical romand à Clarens, le Dr C._____ du service d'orthopédie à l'Hôpital orthopédique de Suisse romande, en janvier 2006).

(...)

M. Q._____ est toujours suivi par le service de rhumatologie du CHUV qui avait organisé dès fin 2006 un traitement par acupuncture, ce traitement a eu lieu sur plusieurs mois, thérapie bénéfique pendant l'intervention avec disparition complète des douleurs, malheureusement l'effet antalgique était de durée limitée.

Le Prof. R._____, du Centre anti-douleur à l'Hôpital de [...], a procédé en janvier et mars 2007 à des infiltrations par radiofréquence au niveau facettaire D11-D12 après qu'une anesthésie test se soit révélée favorable. Malheureusement le bénéfice n'a été que passager. (le Prof. est sinon d'avis que les dorsalgies peuvent être attribuées en grande partie à la discopathie D11-D12).

Dans le cadre du litige qui oppose M. Q._____ à son assurance une nouvelle expertise était souhaitée par l'assuré. Une consultation dans ce but a eu lieu en mars 2007 à Notwil dans le Centre [...]. Les dorsalgies ont été attribuées a une origine myofasciale et

fonctionnelle. La poursuite des infiltrations avait été recommandée de même qu'un traitement au [...].

(...)

Pronostic:

Le pronostic est actuellement tributaire des dorsalgies chroniques limitant les activités de l'assuré dans ses tâches quotidiennes et encore davantage lors d'activités nécessitant des efforts physiques et l'immobilité prolongée.

Une activité adaptée même légère, telle que proposée par la Clinique romande de réadaptation et proposée au T. _____ à Genève, où l'assuré fait actuellement un stage a été mal tolérée. M. Q. _____ se plaignant d'une exacerbation des douleurs entraînant une augmentation importante de la prise d'antalgique pour pouvoir continuer l'activité mais au prix d'effets centraux (sommolence et vertiges) délétères compromettant l'efficacité de son engagement.

Dans la situation présente les activités physiques telles que décrites dans le rapport de la Clinique romande de réadaptation sont exigibles mais seulement si associées à une limitation horaire correspondant à environ 50 % d'un temps de travail normal".

D. Le 30 janvier 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de rente dont la teneur est la suivante:

"Résultat de nos constatations:

Depuis le 25 mars 2004 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de M. Q. _____ est considérablement restreinte.

A l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 25 mars 2005, ce dernier a présenté une incapacité de travail dans son ancienne activité d'agent de sécurité et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, une observation professionnelle a été effectuée du 6 août au 4 novembre 2007 au T. _____ de Genève. Il ressort de ce stage que M. Q. _____ s'estime incapable d'effectuer une activité professionnelle à un taux supérieur à 50%. Le stage n'a, dès lors, pu être prolongé.

Au vu de ce qui précède, nous devons clore les mesures d'ordre professionnel et procéder à une approche théorique de la capacité de gain de M. Q. _____.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de M. Q. _____ qu'il exerce une activité de bureautique à 100%, adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes; à savoir sans position statique assise/debout prolongée, sans port de charges au-delà de 10 kg, sans travaux lourds et sans porte-à-faux du rachis; le salaire hypothétique est dès lors de CHF 54'169.00 par année (selon recommandations SEC niveau B).

Afin de déterminer le préjudice économique, et par conséquent le degré d'invalidité, présenté à l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 25 mars 2005, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir en poursuivant son d'activité d'agent de sécurité, soit CHF 67'730.00 est comparé aux gains qu'il pourrait encore réaliser dans l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations.

Le degré d'invalidité présenté est calculé ainsi:

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:	
sans invalidité	CHF 67'730.00
avec invalidité	CHF 54'169.00

La perte de gain s'élève à CHF 13'561.00 = un degré d'invalidité de 20%.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité".

L'assuré a contesté ce projet par courrier du 27 février 2008 en précisant qu'une nouvelle expertise médicale pour le compte d'A. _____ était en cours. Il a demandé à l'office de surseoir à toute décision dans l'attente des résultats de celle-ci.

Dans son rapport d'expertise du 20 février 2008, le Dr D. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie 20 février 2008, a notamment écrit ce qui suit:

"Conclusions

Lors de la collision en chaîne, le patient a été accidenté dans la deuxième voiture (de trois voitures). Rapidement des douleurs dans la nuque se sont manifestées. Les examens cliniques et radiologiques ont permis d'exclure toutes lésions traumatiques et sous traitement classique médicamenteux et physique, l'état de la nuque s'est amélioré dans les mois et années qui ont suivi. Quelques jours après l'événement les douleurs cervicales ont commencé à irradier vers le bas et des douleurs dorso-lombaires se sont manifestées d'une manière extrême et rebelle à tout traitement conservateur. Les examens cliniques, radiologiques et neuroradiologiques ont permis d'exclure toute lésion traumatique. Par contre on a constaté des séquelles d'une maladie de Scheuermann ainsi que des signes dégénératifs, qui - selon l'opinion de tous les spécialistes - étaient étrangers à l'événement du 08.03.2004. Les douleurs et problèmes dorso-lombaires ont pris le dessus et n'ont pu être influencés, ni par les moyens ambulatoires, ni par les moyens hospitaliers. Le patient a été examiné et traité par une grande quantité de spécialistes en orthopédie, rhumatologie, réhabilitation, neurologie, anesthésiologie et psychiatrie, qui n'ont tous pas pu trouver une cause de ces douleurs dorso-lombaires chroniques. Les opinions entre les différents spécialistes ont commencé un peu à diverger, surtout au sujet du lien de causalité naturelle entre les douleurs invalidantes et l'événement du 08.03.2004. Surtout le raisonnement — qui n'est marqué nulle part par écrit — que les douleurs sont causées par l'accident, étant donné que Monsieur Q. _____ ne ressentait pas de douleurs avant l'événement, commençait à prendre le dessus et était défendu

surtout par les spécialistes de la douleur. Toutes les mesures thérapeutiques traditionnelles, alternatives, et aussi les mesures diagnostiques et thérapeutiques, qui ne sont pas acceptées et admises à l'unanimité dans le corps médical, ne pouvaient soulager Monsieur Q._____. Me basant sur ce que j'ai lu, ce que j'ai entendu et ce que j'ai vu, je suis obligé de dire, que je ne peux trouver aucun élément pathologique somatique ou psychique qui pourrait expliquer les souffrances et douleurs du patient. Celles-ci ne peuvent pas être causées par l'accident, ni par le syndrome cervical irradiant vers le bas qui a pratiquement disparu, ni par les quelques signes radiologiques de dégénérescences spondylotiques dans la charnière dorso-lombaire ni par rupture d'un disque qu'on a trouvé lors d'une discographie (examen encore souvent contesté dans le corps médical), ni par une autre pathologie se limitant à un seul niveau dans la colonne vertébrale".

Le 23 avril 2008, le SMR, après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr D._____, a exprimé l'avis suivant:

"Dans le cadre de l'affaire qui oppose l'assuré avec la Winterthur LAA, une expertise a été confiée au Dr D._____, neurochirurgien FMH, qui dans son rapport daté du 20.02.2008 pose les diagnostics suivants: douleurs dorso-lombaires chroniques (M54.8) / état après chondrose juvénile, maladie de Scheuermann (M42.0) / pas d'affection neurologique ou neurochirurgicale / pas d'affection psychiatrique. Il ne retient pas de lien de causalité entre les plaintes douloureuses du rachis dorso-lombaire et l'accident du 08.03.2004; il estime en outre que les plaintes douloureuses ne s'expliquent pas clairement, et qu'elles ne sont que possiblement en lien avec la discopathie D11-D12.

Le rapport d'expertise du Dr D._____ n'apporte aucun élément médical nouveau, Il ne se prononce ni sur l'exigibilité, ni sur les limitations fonctionnelles (ces questions ne lui étaient pas posées). Pour mémoire, les experts de la CRR n'avaient pas à se prononcer sur le lien de causalité entre l'accident du 08.03.2004 et l'état de santé. Je ne vois pas de raison médicale de modifier les conclusions du rapport d'examen SMR du 08.11.2006".

Le 8 juillet 2008, l'OAI a rendu une décision de refus de rente pour les motifs explicités dans son projet du 30 janvier 2008.

E. Par acte du 8 septembre 2008, l'assuré a recouru contre cette décision. Il fait grief à l'OAI de retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée alors que l'ensemble du dossier médical démontrerait qu'il souffre de douleurs lombaires importantes et invalidantes; il conteste également la méthode médico-théorique utilisée pour le calcul de sa capacité de gain résiduelle et conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 27 novembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours en faisant valoir que dans une activité adaptée à son état de santé, la capacité de travail résiduelle de l'intéressé est de 100%. Il précise que de nombreux examens et expertises effectués par des spécialistes en rhumatologie, orthopédie et neurologie n'ont débouché que sur la découverte de quelques séquelles de la maladie de Scheuermann et d'une rupture partielle de l'anneau fibreux du disque D11-D12, qui ne peuvent à elles seules expliquer l'intensité du syndrome douloureux décrit par le recourant et ajoute que sur le plan psychiatrique, l'expertise effectuée par le Dr X. _____ confirme l'absence de trouble psychiatrique.

Dans ses déterminations du 23 février 2009, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, au motif que l'expertise du Dr F. _____ serait contredite par les avis antérieurs et postérieurs émanant de professeurs réputés et reconnus.

Dans son écriture du 19 mars 2009, l'OAI conclut au rejet de la requête d'expertise, considérant que le recourant n'avait pas démontré en quoi l'expertise du Dr F. _____ n'aurait pas valeur probante.

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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

Compte tenu des fériés judiciaires (art. 38 al. 1 let. b et 60 al. 2 LPGA), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. 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^{er} 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 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.

Selon l'art. 16 LPGA, 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; 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.

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; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de 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 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, 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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, 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 (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43 ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 ; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4; 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

3. Est litigieuse en l'espèce la question de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, étant précisé qu'il n'est pas contesté que l'activité habituelle d'agent de sécurité ne peut plus être exercée. Cela étant, le recourant considère que l'administration n'a pas suffisamment pris en compte ses douleurs lombaires pour évaluer sa capacité de travail résiduelle, celles-ci seraient à tel point importantes et

invalidantes, qu'il aurait dû interrompre le stage d'observation au T._____, il serait dès lors inconcevable de fixer le degré d'invalidité sur la base de données statistiques et théoriques. Il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

4. a) Il convient en premier lieu d'examiner si l'instruction sur le plan médical était suffisante pour permettre à l'OAI de se déterminer sur la question de la capacité de travail résiduelle.

b) Comme le relève à juste titre l'intimé, l'intéressé a fait l'objet de nombreuses investigations sur le plan médical dont trois expertises (neurologique, pluridisciplinaire et neurochirurgicale).

Le premier expert, le Dr F._____, retient les diagnostics de «status après entorse cervicale simple (degré I à II selon la Québec Task Force) et possible contusion dorso-lombaire banale le 8.3.2004; cervico-dorsalgies persistantes sans substrat organique objectivable; suspicion de syndrome douloureux somatoforme». Il estime que «l'accident était objectivement de la catégorie mineure; (...) le statu quo ante a été retrouvé 6 mois après l'événement accidentel» et admet qu'il n'y a pas d'affection somatique susceptible de représenter une cause d'incapacité de travail en quelque activité que ce soit. Il précise que l'ensemble du dossier en sa possession (anamnèse, examens préalables, présent bilan, examen radiologique et neuroradiologique) n'apporte pas la preuve d'une atteinte majeure des systèmes locomoteur et nerveux et recommande la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique.

Le recourant ayant contesté les conclusions de ce spécialiste en neurologie, une nouvelle expertise pluridisciplinaire a été effectuée à la CRR à Sion. Le Dr Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, relève dans son rapport du 16 octobre 2006 que de très nombreuses investigations radiologiques ont été pratiquées qui n'ont débouché que sur la découverte de quelques séquelles d'une maladie de Scheuermann et d'une rupture partielle de l'anneau fibreux du disque D11-D12, ce qui

explique la "perplexité" de la grande majorité des spécialistes consultés, pour lesquels il n'y a pas de substrat anatomique pouvant expliquer l'intensité du syndrome douloureux décrit par l'assuré, Il précise que sur le plan psychiatrique, le Dr X._____, spécialiste FMH, a confirmé l'absence de trouble somatoforme, d'état dépressif réactionnel et de trouble de la personnalité; le Dr Z._____ en conclut que le comportement d'invalidé adopté par l'assuré sort de la sphère bio-médicale.

Le recourant ayant, une nouvelle fois, contesté l'avis du médecin de la CRR, une troisième expertise en neurochirurgie a été effectuée par le Dr D._____, qui confirme les conclusions du Dr Z._____. Ce médecin relève une fois encore que l'intéressé a été examiné et traité par nombre de spécialistes en orthopédie, rhumatologie, réhabilitation, neurologie, anesthésiologie et psychiatrie, qui n'ont pu trouver de cause aux douleurs dorso-lombaires chroniques, et que toutes les mesures thérapeutiques traditionnelles, alternatives, mais également les mesures diagnostiques et thérapeutiques (qui ne sont pas acceptées et admises à l'unanimité dans le corps médical), ne peuvent soulager celui-ci. Cet expert considère qu'en se basant sur ce qu' il a lu, entendu et vu, il est obligé de constater qu'il ne peut trouver aucun élément pathologique somatique ou psychique pour expliquer les souffrances et douleurs du patient, et que celles-ci ne peuvent être causées ni par l'accident, ni par le syndrome cervical irradiant vers le bas qui a pratiquement disparu, ni par les quelques signes radiologiques de dégénérescences spondylotiques dans la charnière dorso-lombaire, ni par la rupture d'un disque trouvée lors d'une discographie (examen encore souvent contesté dans le corps médical), ni par une autre pathologie se limitant à un seul niveau dans la colonne vertébrale.

c) Quant aux avis médicaux auxquels se réfère le recourant, on constate que si le Dr R._____ considère que la rupture partielle du disque D11-D12 peut être de nature à expliquer les douleurs dorso-lombaires décrites par l'intéressé, le Dr C._____ est sceptique sur le fait que les douleurs puissent provenir du disque D11-D12, même en présence de la discographie positive effectuée par le Dr R._____ à cet endroit. Le

médecin traitant retient pour sa part que la hernie discale D11-D12 mise à jour par l'IRM dorsale fonctionnelle pratiquée à Zurich expliquerait les douleurs dorso-lombaires. Toutefois, on relève que le diagnostic de hernie discale n'a jamais été posé auparavant, malgré les nombreux examens radiologiques et neuroradiologiques effectués, et que le Dr C._____ émet pour sa part des réserves sur les résultats d'un tel examen.

d) Au vu de ce qui précède, il sied de reconnaître une pleine valeur probante aux expertises susmentionnées qui remplissent les conditions fixées à cet égard par le Tribunal fédéral (ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1). Elles se fondent en effet sur des examens complets, prennent en considération les plaintes de l'expertisé et ont été établies en pleine connaissance de l'anamnèse; tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont dûment motivées, à savoir qu'il n'y a pas sur le plan somatique, en particulier eu égard aux seuls diagnostics de séquelles de la maladie de Scheuermann et de rupture partielle de l'anneau fibreux du disque D11-D12, de pathologies pouvant expliquer l'intensité du syndrome douloureux décrit par le recourant. Ces conclusions rejoignent également les avis du Dr O._____, de la Dresse V._____, et des médecins conseils du SMR. Le seul fait que certains médecins consultés par le recourant ont une opinion différente ne suffit pas à remettre en cause les conclusions claires et concordantes des experts F._____, Z._____ et D._____ (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43 ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.)

e) C'est dès lors à juste titre que l'intimé, se fondant sur les conclusions des experts, a retenu une capacité de travail entière avec un rendement normal, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

5. a) Il reste à examiner le grief du recourant relatif au calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé sur la base de données statistiques et théoriques.

Pour déterminer le taux d'invalidité, l'autorité doit, en vertu de l'art. 7 LPGA, évaluer l'incapacité de gain, et donc procéder à une comparaison des revenus, avec et sans invalidité. L'art. 16 LPGA dispose ainsi que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide doit être 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.

b) On rappelle que le recourant a suivi un stage d'observation auprès du T. _____ à Genève. Les responsables de ce stage ont constaté l'impossibilité de mettre en évidence l'exigibilité de la capacité de travail résiduelle en raison de l'important absentéisme de celui-ci. Un stage en entreprise à temps plein a également été organisé, toutefois le recourant s'est présenté le premier jour muni d'un certificat de son médecin traitant attestant d'une incapacité de travail à 50%; par la suite, même à un taux de 50%, il a été absent à de nombreuses reprises.

Considérant à juste titre que la capacité de travail résiduelle du recourant fixée par les experts étant de 100%, l'intimé était en droit, au vu de l'échec des mesures d'observation professionnelle, de se fonder sur les salaires statistiques afin de déterminer le revenu d'invalide raisonnablement exigible. Au vu des conclusions du T. _____, confirmant les capacités d'apprentissage compatibles avec une formation en vue de travailler dans le circuit économique, et prenant en compte le fait que l'intéressé avait déjà effectué une formation d'employé de commerce pour laquelle il n'avait pas obtenu de diplôme faute de s'être présenté aux examens, le salaire de référence retenu par l'intimé, soit celui-ci d'un employé de commerce, niveau B, en 2004, selon les données statistiques de la société suisse des employés de commerce (SEC) ne prête pas le flanc à la critique.

Le degré d'invalidité du recourant se calcule donc de la façon suivante:

revenu sans invalidité: 68'120 fr. (5'240 fr. X 13)

revenu avec invalidité: 54'169 fr.

c) La perte de salaire s'élève ainsi à 13'951 fr, soit un degré d'invalidité de 20.5% n'ouvrant pas le droit à une rente.

6. En résumé, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 1000 fr. (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. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**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 8 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Pierre Seidler (pour M. Q. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office 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: