

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mars 2011

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Moyard et M. Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

M. _____, à Aigle, recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1958, en Suisse depuis 1992, au bénéfice d'un permis B, marié, père de 3 enfants, sans formation professionnelle, a déposé le 18 mars 2008 une demande de prestations AI pour adultes, sollicitant l'octroi de mesures en vue d'une réadaptation professionnelle et, subsidiairement, d'une rente. Il a indiqué être en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} juillet 2007. Il fait état d'une hernie discale opérée le 13 septembre 2007 et de douleurs à l'épaule droite existant depuis plusieurs années, une aggravation étant intervenue au cours de l'année 2007. Sur le plan professionnel, il a exercé plusieurs emplois temporaires en tant que manoeuvre sur les chantiers, ainsi que dans le domaine du nettoyage. Il est au bénéfice de l'aide sociale.

Dans un rapport du 1^{er} mai 2008 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr W. _____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de hernie discale L4-L5 paramédiane droite entraînant un pied tombant droit, existant depuis 2000, d'hémilaminectomie L4-L5 pour cure d'une volumineuse hernie discale L4-L5 droite luxée vers le bas et le haut, entretenant un pied tombant droit le 13 septembre 2007 ainsi que des séquelles douloureuses d'une contusion de l'épaule droite en 2004. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu un tabagisme chronique et des troubles de l'humeur (épisode dépressif léger), ainsi qu'une anxiété. Ce praticien considère que l'incapacité de travail est totale en tant que manoeuvre de chantier, les restrictions de l'assuré étant des difficultés à la marche, à monter et descendre les escaliers, à rester assis quelques minutes, à s'incliner, se retourner, s'agenouiller et se pencher en avant. Il mentionne également une impossibilité à porter des poids, même très légers, ainsi que des troubles de la concentration, de la résistance et de l'adaptation. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, le Dr W. _____ estime néanmoins que, moyennant un traitement médicamenteux et physiothérapeutique, la capacité de travail pourrait

être augmentée dès lors que le pied serait renforcé et que les douleurs disparaîtraient. Quant à la nature de l'activité, elle doit selon ce praticien être déterminée dans les ateliers de réadaptation de l'OAI. Etaient joints à ce rapport divers documents médicaux et radiologiques, dont une lettre du 16 juin 2004 du Dr F._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, adressée au précédent médecin traitant de l'assuré, dont il ressort que des travaux légers sont parfaitement accessibles à l'intéressé et qu'une activité réalisée à hauteur de table et ne nécessitant pas d'efforts répétitifs pourrait parfaitement être réalisée.

Dans un avis médical SMR du 12 juin 2008, le Dr L._____ a demandé que l'assuré soit convoqué au SMR pour un examen rhumatologique afin de préciser les limitations fonctionnelles ainsi que la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Cet examen a eu lieu le 7 juillet 2008 et a été réalisé par la Dresse E._____, ancienne médecin-chef adjointe en psychiatrie.

Dans son rapport du 5 août 2008, cette praticienne a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites chroniques dans le cadre d'un status post cure de hernie discale L4-L5 avec pied tombant persistant, troubles de la sensibilité diffus et amyotrophie de la jambe droite; discopathie L4-L5 et légèrement L5-S1 avec spondylarthrose distale rétrécissant modérément les récessus (M51.3/M21.3). Sans répercussion sur la capacité de travail, la Dresse E._____ a retenu une discrète périarthrite scapulo-humérale droite, des céphalées non spécifiques ainsi qu'un status post cure de hernie inguinale gauche en 1995. Elle s'est exprimée comme suit sous la rubrique "Appréciation du cas":

"Cet assuré d'origine kosovare, en Suisse comme requérant d'asile, présente donc depuis une dizaine d'années des lombalgies et des lombosciatalgies qui ont bien réagi à des mesures conservatrices dans un premier temps. Au début 2007, ces douleurs réapparaissent mais, cette fois-ci, rebelles aux médicaments et infiltrations, en septembre s'installe un pied tombant à D. Pour des raisons peu claires, l'opération est retardée et finalement effectuée le 13.09.2007. En post-opératoire, on constate que le pied tombant persiste et que des douleurs qui n'ont pas diminué de plus de 10% selon l'assuré.

Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'un homme de 50 ans, en bon état général, collaborant et souriant. Le status de la médecine interne générale est dans les limites de la norme.

Le status ostéo-articulaire met en évidence un discret trouble de la statique rachidienne avec bascule du bassin en défaveur de la G, sans scoliose significative. La mobilité cervico-dorsale est complète, la rotation cervicale est quelque peu asymétrique, douloureuse vers la G, ressentie dans les trapèzes. La mobilité lombaire active est diminuée volontairement pour éviter les douleurs, l'extension est de 20°, le déroulement harmonieux, la flexion diminuée d'un tiers. On mesure une distance doigt-sol de 37 cm, une distance doigt-orteil en position assise de 32 cm et des index de Schober de 30/31.5 cm, respectivement 10/12 cm. La musculature cervico-scapulaire et paravertébrale dorsale est bien développée et indolore. La musculature paravertébrale lombaire est un peu diminuée, notamment à D, douloureuse à la palpation. Les apophyses épineuses dorsales basses et lombaires ainsi que la crête iliaque D sont sensibles à la palpation.

Toutes les grandes articulations périphériques sont bien mobiles. L'abduction-flexion des épaules provoque des tiraillements au bas du dos à D. Il n'y a aucun signe pour une lésion de la coiffe des rotateurs ou une arthrose. La mobilisation des hanches, notamment à D, provoque des douleurs dans le bas du dos et de toute la face postérieure de la jambe D. Les genoux sont calmes, les ligaments stables, le signe de Zohlen est douteux à D. La mobilité des chevilles est conservée, douloureuse à D. Toute la face postérieure de la jambe ainsi que le tibia en-dessous du genou D sont hautement sensibles à la palpation. Sur le plan fonctionnel, l'assuré peut s'accroupir et s'agenouiller complètement, il présente par contre une difficulté nette pour se mettre sur le talon à D, vu qu'il ne peut pas retenir le pied. On remarque cependant qu'il se relève de la position agenouillée en s'appuyant sur le membre inférieur D.

Le status neurologique révèle l'absence de l'achilléen D, sinon, les réflexes sont symétriques. On trouve une diminution diffuse de la sensibilité superficielle en-dessous du genou D, plus marquée sur la face latérale du pied. Les extenseurs des pieds sont très faibles, tout particulièrement les extenseurs des orteils qui sont quasiment à M0. On note une amyotrophie globale de la jambe D avec une différence de périmètre à la limite du significatif, lors des tests de force active il y a une diminution du quadriceps et des ischio-jambiers à D. La manœuvre de Lasègue est activement freinée à partir de 50°-60°, il n'y a cependant pas stop dur. A G, ça provoque des douleurs dans le mollet; à D, au dos et dans toute la jambe D. 2/5 signes comportementaux sont présents.

Le dossier radiologique ne contient qu'une IRM lombaire pré-opératoire où l'on voit une discopathie protrusive L4-L5 et L5-S1 avec possible compression de la racine L5 D faisant empreinte sur le sac dural.

En résumé, cet assuré présente des lombo-sciatalgies D persistantes depuis 2007 dans le cadre d'une double discopathie L4-L5 et L5-S1 protrusive avec pied tombant à D qui se manifeste en septembre

2007. La cure de hernie discale se passe bien mais le pied ne récupère pas et, selon l'assuré, les douleurs persistent. Lors de l'entretien, l'assuré change régulièrement de position en se relevant quelques secondes, mais ses mouvements sont souples, harmonieux et l'on ne décèle aucun signe non verbal de douleurs lors de ces changements de position. Si le déficit moteur est net, le déficit sensible est un peu plus diffus et les douleurs alléguées ne correspondent pas tout à fait aux données cliniques et radiologiques.

Objectivement, l'atteinte rachidienne contre-indique tout travail lourd, comme celui d'ouvrier sur les chantiers et de nettoyeur. Par contre, il n'y a pas de raisons médicales pour une incapacité de travail continue, de toute façon pas dans une activité adaptée. Si une telle activité existe, la capacité de travail est entière avec une diminution du rendement d'environ 20-25% due à la nécessité de changer régulièrement de position et à une certaine difficulté de déplacement.

Les limitations fonctionnelles

Eviter une position statique prolongée debout, assise, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux. Le port de charge est limité à 10 kilos occasionnellement. L'assuré ne peut pas travailler sur des échafaudages, en hauteur, il ne peut monter d'escaliers ou échelles à répétition. Le déplacement en terrain accidenté est restreint, même avec l'attelle.

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

19.06.2007 selon le rapport du Dr W. _____ du 05.05.2008.

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

100% dès lors pour tout travail lourd.

Concernant la capacité de travail exigible, il est tout à fait justifié que cet assuré ne travaille plus comme nettoyeur ou comme ouvrier de chantier, au vu de l'atteinte de sa colonne lombaire. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est cependant entière avec une diminution de rendement d'environ 25% à prévoir. La rééducation est théoriquement possible six mois après l'intervention et la confection d'une attelle, pratiquement depuis l'examen de ce jour.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle: 0% (nettoyeur, ouvrier sur chantiers)
Dans une activité adaptée: 75% depuis: juillet 2008 au plus tard".

Dans un rapport d'examen SMR du 27 août 2008, il est notamment indiqué ce qui suit:

"Le Dr W. _____, médecin traitant, estime la CT nulle en toute activité; il annonce l'épaule D douloureuse dans les suites d'un traumatisme en 2004 sans donner de status clinique (on sait que le

Dr F. _____, chirurgie orthopédique FMH, rapporte en 02.2004 l'examen d'une épaule normale, sauf quelques douleurs, ce qui s'inscrivait en opposition avec les plaintes de Monsieur). Il y a encore des troubles de l'humeur (épisode dépressif léger), l'anxiété, non traités par médicaments et non invalidants.

Monsieur a été examiné au SMR: la discrète périarthrite de l'épaule D n'est pas incapacitante; il n'y a pas d'évidence de perte d'intégration sociale, ni de trouble psychique; les lombosciatalgies résiduelles et les séquelles neurologiques empêchent toute activité lourde à mi-lourde. La CT est entière dans une activité adaptée, mais avec une diminution de rendement de 25% en raison de la nécessité de changer de position et d'une certaine difficulté de déplacement".

Par projet de décision du 13 janvier 2009, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Il a retenu pour l'essentiel ce qui suit:

- suivant l'examen clinique rhumatologique effectué le 7 juillet 2008 auprès du SMR, l'atteinte à la santé présentée par l'assuré contre-indique l'exercice de son activité habituelle de manœuvre depuis le 19 juin 2007. Par contre, 6 mois après l'intervention et la confection de l'attelle du 13 septembre 2007, soit au 12 mars 2008, il conserve une pleine capacité de travail - sous déduction d'une baisse de rendement de 25% - dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical (à savoir; absence de position statique assis / debout prolongée, de rotation - flexion et porte-à-faux du tronc, de montées d'échelles - escaliers à répétition, de marche en terrain accidenté. Port de charge occasionnellement au-delà de 10 kg);

- l'examen clinique du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cet examen a dès lors pleine valeur probante;

- s'agissant du gain d'invalidé, le salaire de référence est en l'occurrence celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'732 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006; TA 1; niveau de qualification 4);

- comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'933 fr. 11, soit un salaire annuel de 59'197 fr. 32;

- après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 3,67%; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 61'389 fr. 47;

- compte tenu d'une perte de rendement de 25%, le salaire hypothétique annuel est de 46'042 fr. 10;

- le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées à son handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Compte tenu de la catégorie de permis de séjour délivré à l'assuré, l'OAI a considéré qu'un abattement de 5% sur le revenu d'invalidé était justifié, de sorte que celui-ci s'élève à 43'740 fr.;

- sans atteinte à la santé, l'assuré percevrait dans son activité de manœuvre un salaire annuel de 50'104 fr.;

- la perte de gain s'établit dès lors à 6'364 fr., soit un degré d'invalidité de 13%.

Le 23 février 2009, l'OAI a rendu une décision identique à son préavis du 13 janvier précédent.

B. Représenté par Me Laurent Damond, l'assuré a recouru contre cette décision par acte du 5 mai 2009, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que l'OAI est tenu de lui verser une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à son annulation et

au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. Il allègue souffrir d'un état dépressif, lequel a été mis en évidence par différents médecins dont le Dr W._____. Or, l'OAI ne se serait pas intéressé à cet aspect de ses affections, de sorte qu'il convient selon le recourant de retourner le dossier à l'intimé afin qu'une expertise psychiatrique soit mise en œuvre. En outre, compte tenu de ses limitations physiques, soit une double hernie discale, un pied tombant, ainsi qu'une affection à l'épaule, le recourant estime qu'il est difficilement imaginable qu'il puisse avoir une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, au vu des limitations fonctionnelles qu'il présente, soit l'absence de position statique assise ou debout, pas de rotation, pas de porte-à-faux avec le tronc, pas de montée d'escaliers et pas de tâches répétitives. A cela, s'ajoutent un port de charges limité à 5 kg et le fait que l'assurance perte de gain continue à verser les indemnités journalières. Le recourant considère donc qu'il n'existe pas d'activité adaptée pour lui et qu'il convient dès lors de lui octroyer une rente d'invalidité. Il relève par ailleurs que les avis médicaux étant contradictoires, il conviendra de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle devra examiner non seulement les problèmes neurologiques et orthopédiques, mais encore les problèmes psychiatriques. Il a enfin sollicité la production de son dossier auprès de l'assureur perte de gain.

Dans sa réponse du 3 août 2009, l'OAI expose que le recourant lui reproche d'avoir privilégié les conclusions du SMR au détriment d'une appréciation globale de la situation, omettant ainsi de tenir compte des avis des Drs W._____ et S._____. De plus, le recourant lui fait grief de ne pas avoir suffisamment instruit ses atteintes psychiatriques et conteste finalement l'existence d'une activité adaptée à son état de santé. L'OAI souligne tout d'abord que les seules divergences d'opinion entre le Dr W._____, médecin traitant, et le médecin du SMR, résultent d'une appréciation différenciée de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Quant au rapport du Dr S._____, dont le recourant se prévaut dans son mémoire de recours, l'OAI relève qu'il n'a pas été produit et qu'il ne saurait dès lors en être tenu compte. Au surplus, ce rapport n'apporterait aucun élément nouveau. Les conclusions du SMR doivent

donc être suivies. L'OAI estime que le dossier médical du recourant contient suffisamment de pièces permettant de statuer en toute connaissance de cause sur son état de santé et sa capacité de travail, y compris sur le plan psychiatrique, dans la mesure où les rapports médicaux au dossier ne retiennent aucun diagnostic psychiatrique invalidant, et qu'il n'a bénéficié d'aucun traitement ni suivi en la matière. Enfin, l'intimé relève que dans une correspondance du 16 juin 2004, le Dr F. _____ estimait que "des travaux légers sont parfaitement possibles et qu'une activité en particulier réalisée à hauteur de table et ne nécessitant pas d'efforts répétitifs pourrait parfaitement être réalisée". Il s'ensuit que, contrairement aux allégations du recourant, il y a lieu d'admettre l'existence d'une activité adaptée à son état de santé. En définitive, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise.

Le 29 septembre 2009, le recourant a maintenu intégralement ses conclusions. Il relève que le SMR est tenu d'examiner les avis des médecins consultés par ses soins soit, en l'espèce, les Drs W. _____ et S. _____, et que ce n'est pas parce qu'il n'a pas suivi de traitement psychiatrique qu'il ne convient pas d'examiner si cette affection a une influence sur sa capacité résiduelle de travail.

Dupliquant le 16 octobre 2009, l'OAI a relevé que l'avis du médecin traitant de l'assuré avait été dûment pris en considération par les médecins du SMR dans leur rapport d'examen clinique rhumatologique du 5 août 2008. L'OAI renvoie pour le surplus à sa décision du 23 février 2009 et à son écriture du 3 août 2009, qu'il ne peut que confirmer, préavisant ainsi pour le rejet du recours.

C. Le 17 décembre 2010, le recourant a produit le rapport médical établi le 24 octobre 2008 par le Dr S. _____, spécialiste FMH en médecine interne, à l'attention du médecin conseil de l'assureur perte de gain. Ce praticien a posé les diagnostics de syndrome lombo-vertébral chronique modéré sur discopathies, sévère en L4-L5 et modéré en L5-S1, syndrome lombo-radicaire irritatif D et déficitaire sur le plan sensitivo-moteur L5 D, avec plégie du jambier antérieur, parésie sévère du gros

orteil (M2) et de syndrome chronique d'Impingement du sus-épineux, avec rupture partielle épaule D, acromion de type II. Sous l'intitulé "Appréciation diagnostique", le Dr S. _____ s'est exprimé en ces termes:

"Ce patient de 50 ans, originaire du Kosovo souffre depuis env. 10 ans de lombalgies avec lombosciatiques D récidivantes. Un CT-scan lombaire du 19.06.2000 avait déjà montré une hernie discale médiane para-médiane D en L4-L5 avec compression de la racine L5. En juillet 2007, le patient récidive d'une lombosciatique bilatérale à prédominance D, son médecin traitant demande alors une IRM de la colonne lombaire (du 09.07.2007), qui montre la persistance d'une hernie discale sous-ligamentaire médio-bilatérale à prédominance D, ainsi qu'une petite protrusion discale médio-bilatérale en L5-S1, sans signe de conflit à ce niveau. Comparant les deux examens de 2000 et de 2007, l'atteinte L4-L5 était décrite comme légèrement moins importante en 2007. En septembre 2007, le patient développe brutalement un pied tombant à D, il est opéré en urgence le 13.09.2007 à l'Hôpital H. _____ par le Dr B. _____ d'une volumineuse hernie discale L4-L5 paramédiane D. Le délai de 4 jours entre l'apparition du pied tombant et la chirurgie explique la persistance du pied tombant D qui n'a que très peu évolué, il doit porter une attelle de Heidelberg pour se déplacer.

Actuellement, il présente un syndrome lombo-vertébral chronique modéré sur troubles dégénératifs modérés à sévères de L4 à S1 et un syndrome lombo-radiculaire L5 D irritatif (Le Lasègue et Slump pos. en fin de course) et déficitaire sur le plan sensitivo-moteur. Le problème lombaire empêche au patient toute activité physique dans la construction, il ne peut pas marcher sur une longue période, ni faire des montées ou des descentes. Le patient ne peut pas rester assis en raison de sa problématique lombaire. Il ne peut pas porter des charges dépassant 5 kg de façon répétitive.

Comme deuxième problème, il présente un syndrome chronique d'Impingement du sus-épineux avec signe radio-clinique d'une rupture partielle du sus-épineux. Avec le bras D, il ne peut pas faire d'effort au-dessus de l'horizontal, dans un travail adapté, la limitation de son épaule D ne serait que relative.

REPONSES A VOS QUESTIONS:

Capacité de travail dans l'activité professionnelle actuelle, si oui à quel pourcentage?

En raison de sa pathologie grave du dos avec persistance d'un déficit neurologique au pied D, il est impossible que le patient puisse reprendre son ancienne activité professionnelle de manœuvre de chantier, il ne peut plus travailler sur les échelles ou sur les toits, en raison de sa faiblesse du pied et du manque de sensibilité et de proprioception. Pour toute activité professionnelle sur un chantier sa capacité de travail est nulle.

Capacité de travail dans une autre profession, laquelle et à quel pourcentage?

Dans un travail adapté il pourrait travailler toute la journée. Les restrictions de ce patient sont les suivantes:

Positions alternées entre assises et debout, marcher peu, pas faire les escaliers, pas porter de charges dépassant 5 kg et surtout pas de façon répétitive, ne peut pas faire d'effort au-dessus de l'horizontale avec son bras D.

Il est absolument nécessaire que l'assurance AI s'occupe rapidement du patient afin qu'il puisse faire des stages et/ou trouver un travail léger adapté à son handicap majeur.

Le traitement actuel est-il justifié et / ou avez-vous une autre proposition ?

Le patient nécessite un traitement médicamenteux et physiothérapeutique pour son rachis lombaire, il doit continuer à marcher quotidiennement, on ne peut pas améliorer ses déficits fonctionnels et le déficit neurologique par des mesures médicales. Il est fort à craindre que son déficit neurologique une année après son opération de hernie discale soit plus ou moins définitif, c'est-à-dire pratiquement irréversible."

D. Le 26 novembre 2010, le juge instructeur a invité l'assureur perte de gain à produire son dossier, ce que celui-ci a fait le 21 décembre 2010. Dans un rapport de suivi du Dr W. _____, médecin traitant, du 16 mars 2008 adressé à l'assureur, ce praticien indique que l'incapacité de travail de l'assuré est totale dès le 19 juin 2007 dans l'activité habituelle. Y figure également un rapport établi le 31 août 2008 à la demande de l'assureur par le Dr W. _____, dans lequel celui-ci a indiqué en réponse à la question: "faut-il encore s'attendre à une amélioration importante? Si oui, dans quel délai?" que les séquelles neurologiques allaient probablement être définitives. Il a par ailleurs mentionné que le recourant pouvait reprendre une activité professionnelle adaptée à ses pathologies connues (sans lever des charges lourdes à répétition, avec un travail assis-debout, sans mouvements répétitifs et épargnant le rachis lombaire). Même s'il a préconisé une évaluation par un spécialiste, le Dr W. _____ a ajouté qu'il lui paraissait important d'attendre l'avis du SMR concernant la capacité de travail de l'intéressé et d'organiser une expertise médicale qui déterminerait sa capacité de travail résiduelle. Cette expertise a été confiée au Dr S. _____ qui a rendu son rapport le 24 octobre 2008.

Le recourant a perçu des indemnités journalières à 100% du 19 juin 2007 au 17 juin 2009, soit pendant 730 jours jusqu'à épuisement de son droit.

Les parties ont été invitées à se déterminer.

Le 15 février 2011, le recourant a souligné qu'il ressortait du rapport établi le 19 août 2008 que les séquelles neurologiques allaient probablement être définitives. En outre, dans le rapport de suivi du 16 mars 2008, il était précisé que l'incapacité de travail était totale sans qu'il fût précisé de date de fin à ladite incapacité. Le recourant précise qu'il "ressort de cette dernière écriture qu'étant donné une très faible évolution positive et le fait que le patient a une hernie discale non opérée, le médecin est inquiet concernant le futur professionnel de son patient." Le recourant maintient dès lors les conclusions prises à l'appui du recours déposé le 5 mai 2009.

Etait joint aux déterminations de l'OAI du 24 février 2011, un avis médical SMR du 14 février précédent dont il ressort notamment ce qui suit:

"L'avocat de l'assuré demande une expertise psychiatrique, au motif que nous n'avons pas tenu compte des troubles de l'humeur de M. M._____ et de l'appréciation du Dr W._____, médecin traitant: dans les faits, le problème de l'humeur a été relaté dans le rapport d'examen SMR du 27.08.2007, jugé à l'instar du médecin traitant comme non incapacitant, d'autant plus qu'il était décrit comme léger, qu'il ne faisait l'objet ni d'un traitement médicamenteux ni d'une prise en charge spécialisée.

Le dossier nous est soumis, afin d'apprécier la teneur du rapport d'expertise daté de fin 2008, adressé au Dr N._____ pour l'assureur perte de gain Q._____ et signé par le Dr S._____, médecine interne FMH, maladies rhumatismales et médecine manuelle. L'expert retient les diagnostics incapacitants connus concernant le rachis et le MID, ajoutant celui de syndrome chronique d'impingement du sus-épineux, avec rupture partielle épaule D (selon les signes radio-cliniques), acromion de type II; cette dernière affection engendre la limitation fonctionnelle suivante pour le MSD: efforts au-dessus de l'horizontale; l'expert précise que «dans un travail adapté, la limitation de son épaule D ne serait que relative». Si l'expert admet à juste titre une IT totale dans les activités antérieures, il ne se prononce pas sur la CT en toute activité adaptée.

L'examen clinique de l'épaule D réalisé par le Dr S. _____ révèle de moins bonnes performances en terme de mobilité que lors de celui réalisé au SMR, préfigurant une légère aggravation de la fonction de cette articulation, avec un signe positif pour une atteinte de la coiffe des rotateurs (test de Jobe). Quant à l'examen clinique du rachis et à celui neurologique des MI, ils ne démontrent pas de péjoration par rapport à ceux réalisés au SMR.

En conclusion, le rapport d'expertise du Dr S. _____ démontre une légère aggravation de la pathologie concernant l'articulation de l'épaule, qui justifie de nouvelles limitations fonctionnelles mais qui, de l'avis d'expert, n'est que peu limitative dans une activité adaptée. Dans ces conditions, nous admettons que cette légère aggravation concernant l'épaule D ne modifie pas l'exigibilité de 75% retenue en 2008."

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) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment

aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Ainsi, la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile - compte tenu des feries judiciaires pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA) - et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA) par M. _____ contre la décision rendue le 23 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieuse en l'espèce la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ainsi que le degré d'invalidité découlant de la comparaison de ses revenus sans invalidité et d'invalidité et, partant, son droit à l'octroi d'une rente.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 3c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils 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 c. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3).

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 c. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2).

c) En l'occurrence, l'OAI a recueilli, dans le cadre de l'instruction de la demande, divers avis médicaux. Il a en outre chargé la Dresse E._____ du SMR de procéder à un examen clinique rhumatologique du recourant.

4. a) Le recourant explique souffrir de problèmes psychiatriques, relevant que le Dr W._____ a constaté qu'il avait tendance à développer un état dépressif. Ce praticien a cependant considéré que ces troubles de l'humeur et l'anxiété associée étaient sans effet sur la capacité de travail. Outre que le médecin traitant est le seul à opérer cette constatation, celui-ci ne suggère nullement un traitement psychiatrique pour autant, se contentant d'indiquer qu'un traitement médicamenteux et physiothérapeutique est en cours en vue d'améliorer la capacité de travail. Certes, le Dr W._____ mentionne des troubles de la concentration, de la résistance et de l'adaptation. Il n'étaye cependant guère son point de vue, de sorte qu'il ne saurait emporter la conviction. Il ne trouve pas non plus appui dans d'autres pièces médicales versées au dossier constitué. Le

recourant ne prétend pas davantage être au bénéfice d'un traitement psychiatrique ou avoir suivi une thérapie pour d'éventuels troubles psychiques. Ainsi, contrairement à ce qu'il expose, il ne suffit pas d'alléguer l'existence d'un épisode dépressif léger pour mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaire. Il faut bien plutôt que l'existence de ces troubles soit rendue suffisamment vraisemblable pour envisager la mise en œuvre de telles mesures. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. C'est dès lors à juste titre que l'OAI, par l'intermédiaire de son SMR, a considéré que les troubles de l'humeur (épisode dépressif léger) et l'anxiété, non traités par médicaments, n'étaient pas invalidants. Faute d'avis médical infirmant cette conclusion, laquelle correspond au surplus à celle énoncée par le médecin traitant, il y a lieu de retenir que la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique est entière en l'absence de troubles invalidants.

b) Subsiste la question de la capacité de travail sur le plan physique dans une activité adaptée. Le recourant tire argument du fait qu'il n'existe pas d'activité adaptée pour lui, dès lors que l'assureur perte de gain lui a versé des indemnités journalières complètes. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles qui lui ont été reconnues ne sont selon lui pas de nature à autoriser l'exercice d'une activité adaptée.

Le recourant se méprend sur la portée du versement des indemnités journalières, qui sont versées pour compenser la perte de gain dans l'activité habituelle et non dans une activité adaptée. A cet égard, tant les médecins du SMR, que le Dr W._____, médecin traitant, et le Dr S._____ s'accordent à reconnaître que le recourant présente une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de nettoyeur et ouvrier sur les chantiers. Se pose dès lors la question de savoir quelle est la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Dans son rapport du 1^{er} mai 2008 destiné à l'OAI, le Dr W._____ n'évalue pas le taux de capacité de travail dans une telle activité. Il espère simplement que le traitement médicamenteux et physiothérapeutique en cours sera propre à améliorer la capacité de travail dans un métier qui devra être déterminé dans les ateliers de réadaptation de l'assurance-invalidité. Dans son

rapport du 31 août 2008 adressé à l'assureur perte de gain, le Dr W._____ écrit qu'il lui paraît important d'attendre l'avis du SMR concernant la capacité de travail du recourant ou d'organiser une expertise médicale. Cette expertise a été réalisée le 24 octobre 2008 par le Dr S._____ lequel estime que, dans une activité adaptée à ses restrictions, le recourant pourrait travailler toute la journée (p. 6). Le SMR considère que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée, mais qu'il y a lieu de tenir compte d'une diminution de rendement de 25%, en raison de la nécessité de changer de position et des fréquents déplacements. Après avoir pris connaissance de cette expertise, le SMR a relevé le 14 février 2011 que ce rapport démontrait certes une légère aggravation de la pathologie concernant l'articulation de l'épaule, qui justifiait de nouvelles limitations fonctionnelles, mais qui, de l'avis d'expert, n'était que peu limitative dans une activité adaptée. L'expert a en effet indiqué que dans un travail adapté, la limitation de l'épaule droite du recourant ne serait que relative.

c) Fondé sur un examen circonstancié du cas particulier et aboutissant à des conclusions claires et convaincantes dont aucun élément au dossier ne permet de remettre en cause le bien-fondé, le rapport du SMR du 5 août 2008 revêt pleine valeur probante au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. supra considérant 3b). Les constatations cliniques et les diagnostics posés par les médecins ayant examiné le recourant sont en outre superposables. Au reste, les observations énoncées par le Dr F._____ en 2004 correspondent à celles consignées dans le rapport du Dr S._____ et dans celui du SMR à propos de l'activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, ce dont le recourant ne disconvient au demeurant pas. Ce dernier ne rend enfin nullement vraisemblable une éventuelle aggravation de son état de santé.

En conséquence, il y a lieu de reconnaître que le recourant présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sous réserve d'une diminution de rendement de 25% due à la nécessité de changer régulièrement de position et à une certaine difficulté de déplacement.

Au surplus, vérifiée d'office, la comparaison des gains à laquelle a procédé l'OAI est correcte et doit être confirmée. Elle n'est au demeurant pas contestée.

5. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, faute d'éléments aptes à mettre sérieusement en doute les conclusions des médecins du SMR. La conclusion du recourant tendant à la mise en œuvre d'une telle expertise est donc rejetée.

En définitive, la décision entreprise échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'un dossier complet, en particulier sur le plan médical, que le recourant présente une capacité de travail exigible de 75% dans une activité adaptée, correspondant à ses limitations fonctionnelles.

6. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision attaquée est confirmée.

- III.** Les frais de justice, fixés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont 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 Laurent Damond, avocat (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :