

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 décembre 2010

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Perdrix
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

Z. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Daniel Pache, avocat
à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. Le 26 juin 2008, Z._____ (ci-après: l'assuré), né en 1973, travaillant en qualité de maçon coffreur auprès de l'entreprise [...] depuis 1998, a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité en vue d'obtenir un reclassement professionnel, invoquant que le médecin de la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) préconisait un changement de profession. En effet, à la suite d'une chute d'une hauteur de trois mètres environ sur le dos le 1^{er} octobre 2007, occasionnant une fracture-tassement du plateau vertébral (angle antéro-supérieur de la première vertèbre lombaire), il s'était retrouvé en incapacité de travail totale.

Dans le cadre de l'instruction du dossier par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), l'assuré a séjourné à la CRR à Sion, du 20 mai 2008 au 18 juin 2008. Une évaluation multidisciplinaire a été réalisée, avec consilium psychiatrique, examen neurologique et examen des capacités fonctionnelles. Au terme du rapport établi le 30 juin 2008, les experts de la CRR ont retenu que, dans une activité n'imposant pas l'adoption prolongée de postures très contraignantes pour le dos ou le port de charges lourdes, il n'y avait pas d'affection médicale pouvant justifier de limiter la capacité de travail. Ils ont ainsi conclu que l'incapacité de travail dans la profession actuelle de maçon coffreur était de 100% pour une durée prolongée et, dans une activité respectant les limitations indiquées précédemment, de 0%.

B. Le 17 novembre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle auprès d' [...], centre de formation à [...]. Cependant, en raison de l'état de santé de l'assuré, il a été décidé d'adapter l'horaire de travail afin d'éviter une interruption précoce de la mesure. Aux termes de son rapport du 2 décembre 2008, le responsable d' [...] a indiqué ne pas pouvoir évaluer les capacités de travail et le rendement de l'assuré de façon objective, de sorte qu'aucun projet

d'activités adaptées n'avait pu être mis en place. Il a ajouté qu'en raison des nombreuses absences, de la difficulté à maintenir un rythme de travail malgré un horaire fortement adapté et de son état de santé précaire, Z._____ était actuellement dans l'incapacité à suivre une mesure de réinsertion.

Le 10 février 2009, l'OAI a envoyé à l'assuré un projet de décision dans lequel le droit à une rente d'invalidité lui était dénié, au motif qu'il conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée et que, compte tenu du revenu qu'il pourrait réaliser dans une telle activité, il ne présentait pas un taux ouvrant droit à la rente ni à des mesures professionnelles. L'argumentation suivante y est développée:

"Résultat de nos constatations :

- Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de maçon coffreur pour l'entreprise Bächtold dès le mois de mars 1999.
- Le 1^{er} octobre 2007 vous avez été victime d'une chute d'environ 3 mètres. Suite à cette chute, vous avez présenté une incapacité de travail complète. Vous avez notamment suivi un séjour à la CRR au mois de mai 2008 suite auquel nous constatons que votre activité de maçon coffreur n'est pas du tout adaptée à votre atteinte à la santé.
- Par contre, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% depuis le 19 juin 2008 en tenant compte de vos limitations fonctionnelles.
- Les limitations fonctionnelles à prendre en compte sont les suivantes : pas de port de charges de plus de 20 kg ; alternance des positions assis et debout ; pas de porte à faux.
- Nous avons dès lors déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique."

Le degré d'invalidité a ainsi été évalué à 14.65%, par comparaison des revenus sans invalidité (64'736 fr.) et avec invalidité (55'250 fr.), conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral selon laquelle référence peut être faite aux données statistiques lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est le cas de l'assuré - repris d'activité professionnelle. Le degré d'invalidité était ainsi inférieur au seuil de 40% donnant droit à une rente d'invalidité et à celui de 20% donnant droit aux mesures professionnelles.

Par communication du 10 février 2009, l'OAI a informé l'assuré que les conditions pour le droit au placement étaient remplies, précisant

que l'octroi de cette mesure signifiait qu'il pouvait être réadapté, de sorte qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis par le service de placement de l'office.

L'assuré a déclaré recourir contre le projet de décision et a fait valoir, par acte du 23 avril 2009, qu'il n'était pas en mesure de travailler en raison de douleurs chroniques qui l'empêchaient de demeurer en position debout ou assise. Il contestait ainsi la capacité de travail et le taux d'invalidité retenus.

Le 27 avril 2009, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. La motivation correspondait en tous points à celle du préavis du 10 février précédent. Une lettre explicative, adressée le même jour, retenait en particulier ce qui suit:

"Selon les renseignements médicaux en notre possession, votre atteinte à la santé contre-indique l'exercice de votre activité habituelle de coffreur. Par contre, dans une activité adaptée à votre handicap, soit une activité sans port de charge de plus de 20 kg ; alternance des positions assis et debout et sans porte à faux (limitations fonctionnelles), votre capacité de travail est de 100 %. Comparaison faite entre le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé dans votre activité habituelle de coffreur et le revenu que vous pourriez réaliser dans une activité adaptée exercée à 100 %, votre taux d'invalidité est de 14.65 %. Un taux d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvre pas droit à la rente. Pour le détail du calcul du taux d'invalidité, nous vous renvoyons à notre projet de décision du 10 février 2009."

C. Par acte du 13 mai 2009, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre la décision de l'OAI et a conclu, pour les mêmes motifs que ceux invoqués dans son écriture du 23 avril 2009, à l'octroi d'une rente d'invalidité. Par écriture complémentaire du 26 juin 2009, le recourant conteste le revenu avec invalidité fixé selon les données statistiques de l'enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après: OFS), arguant qu'une activité de substitution n'est pas concevable au vu de ses limitations fonctionnelles. Il fixe le degré d'invalidité à 78.23%, en comparant un revenu sans invalidité de 64'736 fr. et un revenu avec invalidité de 15'089 fr.; ce dernier est

estimé en tenant compte d'une activité légère de substitution à un taux de 30% et d'un abattement de 15% sur le salaire hypothétique. En outre, le recourant fait valoir que l'OAI ne s'est fondé que sur les documents médicaux établis par les médecins de la CNA, documents auxquels il ne peut être conféré pleine valeur probante au sens de l'ATF 125 V 352. Il dépose un rapport médical signé par la Dresse V._____, médecin associé auprès du Service de rhumatologie, médecin physique et réhabilitation du CHUV, laquelle faisait mention, le 16 mars 2009, des limitations fonctionnelles importantes du patient et de l'impossibilité de retour dans la vie active. Dans un certificat médical du 26 juin 2009, le Dr X._____, médecin traitant, a mentionné qu'à compter de l'accident du 1^{er} octobre 2007, le patient était en incapacité de travail totale et ce, pour une période indéterminée.

Dans sa détermination du 8 juillet 2009, l'OAI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, argumentant comme suit:

"Selon nous, le recourant n'a pas droit à des prestations de notre assurance autres qu'une aide au placement. En effet, le degré d'invalidité, obtenu par comparaison entre le gain réalisable dans l'activité habituelle (dont l'exercice n'est plus possible), et une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (envisageable à plein temps), s'élève à moins de 20 %."

Dans ses explications complémentaires du 3 septembre 2009, le recourant confirme ses conclusions et requiert l'audition de deux témoins. Il joint deux nouveaux avis médicaux des 7 et 13 août 2009, du Dr X._____, respectivement du Dr F._____, médecin chef, chirurgie du rachis, au CHUV, selon lesquels il n'est plus en mesure d'exercer la moindre activité.

Par duplique du 30 septembre 2009, l'OAI maintient sa position et se rallie à l'avis médical du Service médical régional (ci-après: SMR) du 23 septembre 2009 qu'il joint en annexe. Se déterminant sur les documents médicaux, le SMR écrit ceci:

"Rapport de la Dresse V._____, 16.3.2009 : rappelle les diagnostics déjà connus. L'anamnèse est brièvement retracée et les plaintes de l'assuré sont rapportées. L'examen clinique montre une scoliose dorsale ; le MIG est plus court que le droit ; la flexion lombaire est limitée, l'examen neurologique ne montre pas de déficit.

Ce status est pratiquement superposable à celui rapporté par le Dr [...] en février 2008.

La Dresse V._____ conclut que "le modèle biomédical ne suffit pas pour expliquer sa situation actuelle", évoquant "des facteurs psychosociaux" ajoutés.

A cet égard, il convient de rappeler que l'AI ne tint compte que des facteurs strictement médicaux.

Rapport du Dr F._____, 13.8.2009 : ce rapport a été établi à la demande de la Dresse V._____ pour exclure une pathologie chirurgicale. Au status, il est fait état d'une légère asymétrie des épaules et des membres inférieurs, ainsi qu'une diminution de la mobilité lombaire. On note des troubles diffus et peu systématisés de la sensibilité des membres supérieurs et inférieurs. L'indication chirurgicale n'est pas retenue. Le Dr F._____ ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail.

En résumé, ces rapports ne contiennent aucun élément nouveau de nature à modifier notre position. En particulier, aucune péjoration de l'état de santé n'est décrite. Une expertise ne semble pas nécessaire à ce stade."

L'OAI mentionne également l'analyse effectuée le 30 janvier 2009 par le SMR, selon laquelle l'état de santé du recourant devrait lui permettre d'exercer, à temps complet, une activité lucrative légère et semi-sédentaire, respectant les limitations fonctionnelles décrites. Il confirme dès lors que le degré d'invalidité n'atteint pas 20%, de sorte qu'un droit à des mesures professionnelles ou à une rente n'est pas ouvert.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le

recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. C LPA-VD).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. A LPA-VD).

2. Le litige porte sur la capacité résiduelle de travail et la comparaison des revenus déterminants.

a) L'art. 4 LAI dispose que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident; elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Toute "invalidité" n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins.

Le droit à la rente prend naissance, au plus tôt, à la date à laquelle la personne assurée présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (invalidité permanente), ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable et, à l'échéance de ce délai d'attente, présentera probablement encore une incapacité de gain durable de 40% au moins (maladie de longue durée; art. 28 al. 1 LAI). Il sied de préciser que l'incapacité de gain se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité de travailler dans sa profession habituelle. Une personne

présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut accomplir une partie ou la totalité du travail qui peut raisonnablement être exigée d'elle dans sa profession ou son domaine d'activité. 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 (cf. art. 6 LPGA). Est par contre 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).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les arrêts cités; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

La valeur probante d'un rapport médical dépend des points de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des

affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_92/2010 du 23 juin 2010 consid. 3.1).

Lorsque les expertises effectuées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; 122 V 157 consid. 1c et les références; TF U 74/07 du 10 janvier 2008 consid. 4.2). L'impartialité et l'indépendance nécessaire des médecins d'arrondissement de l'assurance-accidents et des médecins-conseils de l'assurance-maladie ou de l'assurance-invalidité sont garanties, de tels examens médicaux étant menés en toute conscience et honnêteté par les experts, contrairement au cas des médecins traitant généralement enclins en cas de doute à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; TF U 243/05 du 18 avril 2006 consid. 3.2.1; TF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; VSI 2001 p. 109 consid. 3b/cc).

3. En l'espèce, le recourant soutient, en se référant aux rapports et certificats des Drs V._____, F._____ et X._____, que sa capacité de travail est réduite dans une activité adaptée et conteste la valeur probante des rapports médicaux établis par les médecins de la CNA, selon lesquels il aurait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 19 juin 2008. L'intimé considère pour sa part, en se fondant sur l'examen du SMR, que la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles.

4. Sur la plan médical, l'ensemble des praticiens a exclu la reprise de l'activité de maçon coffreur et a reconnu que le recourant présentait des dorso-lombalgies chroniques après fracture de L1.

a) La principale divergence entre le SMR et les médecins consultés par l'intéressé concerne l'évaluation de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles. Pour résoudre cette question, l'OAI s'est fondé sur l'analyse effectuée le 30 janvier 2009 par le SMR, lequel s'est essentiellement référé aux pièces du dossier CNA, particulièrement à l'expertise pluridisciplinaire du 30 juin 2008 établie par les Drs R._____, chef de service à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR), spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en rhumatologie, et B._____, médecin-assistant à la CRR.

b) Les experts ont rédigé leur rapport après avoir étudié les éléments médicaux versés au dossier, notamment les pièces radiologiques, analysé les consiliums psychiatrique et neurologique réalisés par leurs confrères ainsi que les résultats de l'examen des capacités fonctionnelles, pris note des plaintes du recourant et procédé à un examen clinique. A l'issue de leur étude approfondie, ils ont estimé que, sur le plan somatique, le recourant présentait une discopathie dégénérative débutante en L4-L5 et L5-S1, une zone hyperintense en T2 dans l'anneau fibreux des mêmes disques pouvant correspondre à des petites déchirures dégénératives, un discret trouble statique sous la forme de scoliose dorsale dextroconvexe; l'ensemble de ces discrètes anomalies ne pouvait cependant expliquer l'intégralité des plaintes et leur intensité. Sur le plan psychologique, ils ont relevé qu'aucun diagnostic n'était retenu chez un patient centré sur ses douleurs. Ils ont rappelé l'avis de la Dresse D._____, chef de clinique psychosomatique de la CRR, selon laquelle les plaintes du recourant sont des dorso-lombalgies chroniques décrites comme invalidantes et insomniantes et qu'aucune pathologie psychique ne peut être retenue. Ils ont également rappelé l'avis du Dr T._____, spécialiste FMH en neurologie, selon lequel l'assuré ne présente pas de signe laissant évoquer une atteinte périphérique, radiculaire, médullaire

ou centrale. Ainsi, les Drs R._____ et B._____ ont conclu qu'il existait une nette discordance entre les plaintes et les anomalies objectives du patient et que ce dernier était parfaitement apte à œuvrer dans une activité n'imposant pas l'adoption prolongée de postures très contraignantes pour le dos ou le port de charges lourdes. Ils ont attesté que, dans une activité professionnelle adaptée, respectant les limitations indiquées ci-dessus, la capacité de travail de l'assuré était entière.

c) Les conclusions des Drs R._____ et B._____ ne sont mises en doute par aucun avis médical contraire probant versé au dossier. En particulier, la Cour ne saurait écarter l'avis des experts aux profits de celui du Dr X._____. En effet, le médecin traitant à un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait confiance à son patient – ce qui est souhaitable – et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci – louable en soi – d'être le plus utile possible à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc; 122 V 157 consid. 1c et les références). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; RCC 1988, 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001, 109 consid. 3b/bb).

L'appréciation du SMR, et corollairement le rapport de la CRR, doivent d'autant plus être privilégiés que le Dr X._____ n'a fourni aucun élément tendant à démontrer en quoi l'expertise serait erronée (oubli d'une atteinte, contradictions,...); au contraire, force est de constater que le diagnostic retenu par le médecin traitant (cf. certificats des 26 juin et 7 août 2009) ne diffère guère des conclusions figurant dans le rapport du SMR du 30 juin 2009 (persistance des douleurs dorso-lombaires, syndrome algique et limitations fonctionnelles). En outre, ce médecin estime qu'une

incapacité de travail existe depuis le 2 octobre 2007, date de l'événement assuré par la CNA, et se poursuit à ce jour; cet avis est partagé par l'OAI, lequel reconnaît une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assuré, mais relève la capacité totale de ce dernier dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

De même, la Dresse V._____ ne vient nullement mettre en doute l'avis du SMR et l'expertise de la CRR. En effet, elle rappelle les diagnostics déjà connus, retrace l'anamnèse et rapporte les plaintes de l'assuré. Elle a, au demeurant, indiqué que si l'accident du 1^{er} octobre 2007 était responsable de la symptomatologie douloureuse et des limitations fonctionnelles, le modèle biomédical ne suffisait pas à expliquer la situation actuelle; des facteurs psychosociaux s'étaient ajoutés, expliquant l'ampleur des limitations. Or, des facteurs psychosociaux influençant négativement la capacité de travail de l'assuré ne sauraient être admis au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. En effet, comme le souligne la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 127 V 294 consid. 5a; TF 9C_741/2007), il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail qu'un médecin attribue essentiellement à des facteurs psychosociaux. D'ailleurs, dans son avis du 23 septembre 2009, le SMR a relevé, lors de sa détermination sur le rapport de la Dresse V._____, que l'assurance-invalidité ne tenait compte que des facteurs strictement médicaux.

Au demeurant, la cour relève que le recourant a été examiné par un psychiatre dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire de la CRR qui n'a pas retenu de pathologie psychique. Elle a indiqué que les plaintes actuelles du patient étaient des dorso-lombalgies chroniques décrites comme invalidantes et insomniantes, et qu'il n'existait pas de conflit émotionnel ni d'autres problèmes psychosociaux. Ainsi, si l'on comprend que le recourant invoque des douleurs chroniques, il n'en reste pas moins qu'il ne fait état d'aucune consultation psychiatrique qui pourrait attester ces douleurs. Partant, ne figure au dossier de la cause aucun élément pouvant faire penser à un trouble douloureux chronique, justifiant, à ce titre, une incapacité de travail.

Quant à l'appréciation du Dr F._____, consignée dans son rapport médical du 13 août 2009, elle ne saurait remettre en cause l'avis du SMR ni celui de la CRR. Son rapport a été établi à la demande de la Dresse V._____ aux fins d'exclure une pathologie chirurgicale. Ce médecin se fonde sur le dossier radiologique réalisé le 1^{er} octobre 2007 et relève une légère asymétrie des épaules et des membres inférieurs, une diminution de la mobilité lombaire ainsi que des troubles diffus et peu systématisés de la sensibilité des membres supérieurs et inférieurs. Cependant, le Dr F._____ ne se prononce ni sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail du recourant et ne fournit aucun élément tendant à démontrer en quoi les avis du SMR et de la CRR seraient erronés.

Dans son avis du 23 septembre 2009, le SMR a analysé les rapports de la Dresse V._____ et du Dr F._____ et a conclu, à juste titre, que ces rapports ne contenaient aucun élément nouveau de nature à modifier sa position. Aucune péjoration de l'état de santé n'est décrite, les diagnostics et plaintes du patient se recoupent. Par ailleurs, seuls les médecins du SMR et de la CRR indiquent dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travail, précisant les travaux que l'on peut encore raisonnablement exiger de sa part. *A contrario*, les médecins sollicités par le recourant se limitent à porter un jugement sur son état de santé, arguant que leur patient n'est plus apte à travailler.

Convaincant, l'on doit dès lors admettre que l'expertise de la CRR du 30 juin 2008 répond aux réquisits posés par la jurisprudence relative à la fiabilité et la valeur probante des documents médicaux (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Leur exposé du contexte médical est cohérent, leur appréciation de la situation médicale est claire et leurs conclusions sont dûment motivées. Ainsi, on ne saurait s'écarter de l'avis médical du SMR du 30 janvier 2009 qui en reprend substantiellement les conclusions, précisant au surplus les limitations fonctionnelles. En tout état de cause, aucun autre spécialiste n'a mis en

exergue des éléments fonctionnels ou organiques pouvant justifier une incapacité de travail, se limitant à faire état d'un syndrome douloureux.

d) S'agissant des douleurs alléguées par le recourant, il appartient aux médecins de confirmer ou d'infirmier ses plaintes au vu de leurs observations médicales et de leur expérience. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient en effet suffire à justifier une invalidité (entière ou partielle) au sens de la loi, raison pour laquelle, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit encore être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). Or, en l'occurrence, les Drs R._____ et B._____ ont précisément considéré qu'aucune des discrètes anomalies mises en évidence ne pouvait expliquer l'intégralité des plaintes et leur intensité, et qu'il existait une nette discordance entre les plaintes et les anomalies objectives. En outre, la Dresse V._____, consultée sur requête du médecin traitant du recourant, a relevé que le modèle biomédical ne suffisait pas à expliquer la situation actuelle de l'intéressé et que des facteurs psychosociaux s'étaient ajoutés, ces derniers expliquant ainsi l'importante ampleur des limitations. Pour sa part, la Dresse D._____ a considéré que l'assuré ne souffrait pas de maladie psychiatrique invalidante.

5. Au vu de l'ensemble des pièces médicales, force est de constater que l'intimé s'est à juste titre fondé sur l'avis du SMR du 30 janvier 2009, lequel découle essentiellement de l'expertise pluridisciplinaire, probante et convaincante, des Drs R._____ et B._____, et a arrêté que dès le 19 juin 2008 (lendemain de la fin du

séjour auprès de la CRR), l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La Cour relève en outre que tous les rapports médicaux figurant au dossier AI, ainsi que ceux déposés au cours de la procédure, ont été analysés par le SMR. Dans ces conditions, aucune raison suffisante ne justifie de s'écarter des conclusions du SMR.

Partant, l'expertise demandée par le recourant, à titre de moyen de preuve, et l'audition de témoins n'ont pas à être ordonnées dans la mesure où le dossier médical est suffisamment instruit et permet une bonne intelligence de la cause et où les juges ne voient pas en quoi de nouveaux examens pourraient leur permettre de mieux apprécier les faits pertinents de cette affaire. Une telle mesure ne serait nécessaire que si les conclusions des rapports médicaux au dossier étaient entachées d'erreurs, de contradictions ou de lacunes, ou encore si un spécialiste avait émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions du premier expert (ATF 122 V 28 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101; SVR 2001 IV n. 10 consid. 4), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1b et la référence).

Il y a dès lors lieu de retenir que les douleurs dorso-lombaires chroniques et ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part du recourant. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, soit le port de charges n'excédant pas 20 kg, l'alternance des positions assis-debout et l'absence de porte-à-faux, ne restreignent pas, dans une mesure excessive, le choix d'une nouvelle profession. Aussi, convient-il de nier une incapacité de travail et de considérer que l'assuré est encore capable d'exercer à temps complet dans une activité adaptée.

6. Le recourant conteste ensuite le calcul du taux d'invalidité de 14.65%, singulièrement le montant du revenu avec invalidité déterminant pour la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA.

a) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205s.).

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

b) Le recourant critique le gain réalisable dans une activité adaptée, tel que fixé par l'intimé sur la base des données économiques

statistiques, soit 55'250 fr. par année, et qui conduit, en comparaison du revenu de 64'736 fr. par année qu'il aurait obtenu chez son ancien employeur - montant qui n'est pas contesté - à un degré d'invalidité de 14.65%. Il soutient que seul peut être exigé de lui une activité légère de substitution à un taux de 30%.

La Cour de céans ne saurait fonder son jugement sur la capacité d'exercer une activité dont le recourant s'estime capable, mais bien sur celle qui est objectivement compatible avec son état de santé, tel qu'elle ressort des rapports médicaux ayant pleine valeur probante. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du SMR, à savoir que dans une activité légère et semi-sédentaire, soit adaptée à son état de santé, la capacité de travail du recourant est entière. Le fait que le revenu d'invalidité ait été déterminé en se référant au salaire mensuel brut (valeur centrale), tel qu'il résulte de l'ESS pour des activités simples et répétitives du secteur privé ne permet pas de conclure que la situation effective du recourant n'a pas été convenablement élucidée. Certes, il aurait été préférable, afin d'être le plus près possible de la réalité, de déterminer d'abord avec précision quelles activités l'assuré est encore en mesure d'exercer compte tenu de ses limitations, en les spécifiant clairement (cf. TF I 719/03 du 16 juillet 2004 consid. 4.2; TF I 177/00 du 23 octobre 2000 consid. 3b/cc). Toutefois, dans la mesure où le montant retenu par l'OAI (4'732 fr; année de référence 2006; ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4) représente le salaire mensuel brut pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, on peut admettre que la plupart de ces emplois sont conformes aux aptitudes du recourant. En effet, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit admettre qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

Au revenu d'invalidité, il convient, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction. L'intimé a retenu à cet égard un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles. Le recourant soutient qu'un abattement de 15% doit être pris en

considération, au motif qu'en l'absence de connaissances suffisantes de la langue française et de connaissances mathématiques, seule une activité manuelle pouvait être envisagée, laquelle n'est au demeurant pas envisageable au vue des limitations fonctionnelles. Or, comme relevé ci-dessus, le revenu avec invalidité tel que retenu par l'OAI correspond au salaire de référence auquel peut prétendre un homme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (productions et services). Corrélativement, le SMR a retenu des limitations fonctionnelles pour les travaux lourds et une capacité totale de travail dans une activité légère et semi-sédentaire. Partant, la Cour ne saurait admettre une réduction de 15% dans la mesure où le revenu d'invalidé tel que retenu selon les données de l'ESS tient compte des limitations fonctionnelles du recourant. De plus, l'argument relatif à l'absence de connaissances mathématiques et linguistiques n'est pas pertinent en l'espèce, dans la mesure où de telles connaissances ne sont pas déterminantes dans l'exercice d'une activité manuelle. En outre, on relèvera que l'assuré a été naturalisé suisse le 25 février 2009, de sorte que les empêchements propres à sa personne sont réduits.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a fixé le revenu d'invalidé à 55'250 fr., en retenant une capacité de travail entière et un abattement de 10%, lequel tient raisonnablement compte de la situation du recourant. En conclusion, le degré d'invalidité de 14.65% doit être confirmé.

c) Vu le taux d'invalidité retenu, le recourant n'a pas droit à une rente, ni à des mesures de réadaptation professionnelle. En effet, le seuil minimum de 20% environ de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b) pour ouvrir le droit à une mesure d'ordre professionnel n'est pas atteint.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) 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 francs. En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. G LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision attaquée de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 27 avril 2009 est confirmée.

- III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de Z._____.

- 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 Daniel Pache, avocat à Lausanne (pour Z. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :