

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 avril 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Röthenbacher et Thalmann
Greffière : Mme Desscan

Cause pendante entre :

H. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 6-8, 43 al. 1 LPGA, art. 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 28 mars 1955, ressortissant du Kosovo, est arrivé en Suisse en 1983. Il est marié et père de deux enfants. Sans formation reconnue, l'assuré a notamment travaillé en qualité de poseur de plafond, d'aide-menuisier et d'aide-ébéniste pour diverses entreprises, souvent dans le cadre de missions temporaires. L'assuré est sans activité lucrative depuis 2002 et a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage. Il se trouve au bénéfice du revenu d'insertion (RI) depuis 2006.

En septembre ou en octobre 2006, l'assuré a voulu ramasser une télévision le long de la route. Il s'est alors encoublé et est tombé au sol. Depuis cette chute, l'assuré ressent de fortes douleurs lombaires, les examens médicaux ayant mis en évidence un tassement vertébral de L2. L'assuré étant déjà au bénéfice du RI, son assurance-maladie obligatoire a pris les frais en charge.

Dans un certificat médical du 5 mars 2008, le Dr X. _____ spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré a attesté que celui-ci était apte au travail dans une activité adaptée à son état de santé, soit une activité qui ne nécessite pas de port de charge supérieur à 10 kg, de station debout ou assise prolongée ou de mouvement en porte-à-faux. Il n'a toutefois pas précisé à quel taux l'assuré était capable de travailler.

Le 27 août 2008, l'assuré a fait l'objet d'une communication de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) de la part de l'Office régional de placement de Lausanne. Le formulaire de détection précoce mentionne que l'assuré était en incapacité de travail depuis environ 2006 suite à un accident et qu'il souffrait de problèmes de dos l'empêchant un port de charge supérieur à 5-10 kg, les positions de porte-à-faux et les marches

d'une durée supérieure à une demie heure. L'assuré devait en outre changer régulièrement de position.

Suite à un entretien de détection précoce du 12 septembre 2008, l'OAI a invité l'assuré, dans un courrier daté du même jour, à remplir une demande de prestations AI pour adultes. L'assuré a rempli et signé ladite demande le 23 septembre 2008.

Du 1^{er} au 19 décembre 2008, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce de l'AI sous la forme d'un stage d'évaluation et d'orientation auprès de la société D._____, à Cheseaux-sur-Lausanne. Il ressort du rapport de stage du 18 décembre 2008 ce qui suit :

"M. H._____ a effectué un stage de 3 semaines à 100% au sein de notre atelier de conditionnement et a réalisé divers travaux de types mises sous plis, montages de boîtes cartons, mises sous films plastiques, conditionnement de pâtes alimentaires dans des présentoirs en cartons. Certains de ces travaux étaient réalisés en positions debout, nécessitaient des déplacements dans l'atelier avec des ports de charge d'un max. de 6 kg.

Durant ces 3 semaines, M. H._____ a fait preuve d'un très bon comportement, d'engagement et de motivation. Il s'est bien intégré au sein d'une équipe d'environ 60 personnes. Il n'a pas rencontré de difficulté de compréhension des consignes orales et a régulièrement pris des initiatives visant à optimiser le travail de production.

Les limitations de M. H._____ observées dans notre contexte d'atelier de conditionnement se situent clairement au niveau physique. Il se plaint souvent de lombalgies et doit régulièrement alterner les positions debout et assises. Ses douleurs semblent plus fortes l'après-midi et son rendement diminue au fil des heures. Par conséquent, il nous semble qu'actuellement, une activité à 50% le matin serait plus adéquate."

Sur demande de l'OAI, le Dr X._____ a émis un rapport médical du 4 décembre 2008 du Dr X._____, qui a la teneur suivante :

DSMAI "Diagnostics avec effet sur la capacité de travail
En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM ou
Dorsolombalgies chroniques résiduelles post-tassement vertébral de
L2 en 2006
Hyperostose articulaire cunéo-métatarsienne.

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail
Status après ulcère duodénal postérieur en 1994
Status après colique néphrétique gauche en 2004
Hypercholestérolémie
Surcharge pondérale.

(...)

C'est en 2006 que le patient déjà en recherche de travail au service social présente après avoir soulevé une charge une douleur transfixiante immédiate localisée à la jonction dorso-lombaire. Les douleurs deviennent progressivement de plus en plus violentes. Les investigations ont mis en évidence un tassement vertébral de L2, sous traitements d'anti-inflammatoires et antalgiques la situation s'améliore mais depuis persiste des douleurs de la jonction dorso-lombaire au moindre effort ou en station debout ou assise prolongée. Le port de charges déclenche également une douleur. Il présente en outre depuis quelques mois des douleurs au niveau du pied droit liées à une hyperostose articulaire cunéo-métatarsienne du gros orteil. Pour cette affection, le patient doit faire attention au chaussage qui peut entraîner une compression de ce nerf. Une intervention chirurgicale peut être envisagée si la gêne persiste.

Symptômes actuels/état actuel

Au status le patient est en bon état général, avec une surcharge pondérale pesant 94 kg pour 170cm. La marche talons-pointes est possible, douleurs au renversement antéro-postérieur, distance doigts-sol de 5 cm, pas de signe sensitivo-moteurs.

(...)

Le patient a été au chômage puis à l'aide sociale depuis quelques années, impossible à définir la capacité de ce patient

(...)

Le patient travaillait sur les chantiers. Les activités liées aux bâtiments me semblent contre-indiquées."

Dans un bref rapport médical du 5 mars 2009, le Dr J. _____
du SMR a indiqué ce qui suit :

"Selon le MT [médecin traitant], il souffre de dorsalgies non déficitaires depuis 2006, suite à une fracture tassement L2. Cette atteinte justifie une IT [incapacité de travail] dans l'activité lourde de poseur de plafond, mais ne justifie pas une IT dans une activité plus légère sans contrainte majeure sur le dos. A relever qu'au moment de cet accident, l'assuré était déjà sans activité. L'inactivité depuis lors ne se justifie pas du point de vue médical."

B. Le 9 mars 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision rejetant sa demande du 23 septembre 2008. Les motivations de l'OAI étaient les suivantes :

"Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional. Nous constatons que vous présentez depuis le mois d'octobre 2006 des dorsolombalgies à la suite d'une chute. En relation avec vos problèmes de santé, votre activité de poseur de plafonds est contre-indiquée. En effet, vous présentez les limitations fonctionnelles suivantes : port de charge de plus de 15kg répété, porte à faux, mouvements répétés d'inclinaison/rotation du tronc, stations statiques prolongées, travail sur machines vibrantes ; qui contre-indiquent l'exercice de votre activité de poseur de plafonds. Par contre, dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles précitées, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% à compter du début de l'année 2007, soit avant l'échéance du délai de carence d'une année.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (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.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4732.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1 ; 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. tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4933.11 (CHF 4732.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+ 1.60 % ; La Vie économique, 10-2006, p. tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 60144.48 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

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 au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 51122.81.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité	CHF	55900.00			
avec invalidité	CHF	51122.81			
La perte de gain s'élève à	CHF	4777.19	=	un	degré

d'invalidité de 8.5 %

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

Par contre, vous pouvez prétendre à l'aide de notre service de placement qui fait l'objet d'une communication d'octroi."

Le 16 mars 2009, l'assuré a contesté ce projet de décision auprès de l'OAI. Il a produit un certificat médical du Dr X. _____ attestant une incapacité de travail de 70% du 1^{er} mars au 30 avril 2009. Il a requis en outre la production de son dossier complet par l'OAI

Il ressort d'une "note 1^{er} entretien placement" du 9 avril 2009 de l'OAI ce qui suit :

"M. H. _____ est sous CM [congé-maladie] à 70%. Il touche actuellement le RI à hauteur de 3500.- par mois selon ses dires. Il ne se voit pas travailler de part ses douleurs mais veut bien essayer si je lui propose qqch. Il ne peut conduire longtemps, ne peut lire correctement et se trouve vieux. Je lui explique la question du placement. Il a RDV [rendez-vous] chez son médecin le 22 avril et devrait avoir des nouvelles infos le 6 mai 2009.

Je lui avoue ne pas percevoir de motivation de sa part au placement. Ce qui signifie qu'il me sera très difficile de lui proposer un emploi.
=> le relancer dès le 06 mai pour savoir si toujours sous CM."

Par décision du 6 mai 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 16 mars 2009 au motif que l'assuré disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée et qu'il présentait un préjudice économique inférieur à 40% n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

C. Par acte du 19 mai 2009, H. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales ; il conclut à ce que son cas soit réexaminé, notamment à la lumière d'examens médicaux qu'il devrait recevoir prochainement. Le même jour, il a envoyé copie de ce recours à l'OAI et lui a transmis un certificat médical du 15 mai 2009 du Dr X. _____ attestant une incapacité de travail totale du 1^{er} mai au 30 juin 2009, la durée probable de l'incapacité étant toutefois indéterminée.

Par un courrier du 26 juin 2009, l'assuré a déclaré renoncer à l'aide au placement proposée par l'OAI.

Dans sa réponse du 14 septembre 2009, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il retient que l'assuré présente un préjudice économique inférieur à 40% (9%) et que, par conséquent, il n'a pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Invité à se déterminer sur la réponse du 14 septembre 2009 de l'OAI, le recourant a produit, le 5 octobre 2009, divers rapports médicaux dont :

- Un avis médical du 27 avril 2009 du Dr F. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, qui expose ce qui suit :

"Diagnostics

- Lombalgies chroniques aspécifiques
- Syndrome d'amplification des symptômes
- Status après tassement du plateau supérieur de L2 sur la partie antérolatérale droite.

Anamnèse

Ce ressortissant kosovar, connu essentiellement pour un tabagisme chronique, déclare qu'en 2006, alors qu'il était au chômage (profession de poseur de plafonds), il avait soulevé une lourde télévision en septembre 2006 et il aurait ressenti depuis lors des lombalgies inaugurales pour lesquelles il avait consulté les urgences du CHUV.

Une radiographie avait démontré un léger tassement de L2 et ensuite des bilans complémentaires alliant une IRM lombaire et un Scanner lombaire réalisés en novembre 2006 au CID (Centre d'Imagerie Diagnostique de Lausanne) ont confirmé l'existence d'un petit tassement de la partie supérieure de L2 sur la partie antérolatérale droite, d'après les rapports d'interprétation (le patient a malheureusement égaré ses clichés radiologiques...).

Depuis lors, le patient souffre de lombalgies chroniques qui n'ont pas été améliorées par les diverses médications antalgiques, anti-inflammatoires et les multiples séances de physiothérapie qu'il a reçues. Ainsi, une demande de rente AI a été déposée, on lui aurait informé d'un préavis de refus. Enfin, des mesures d'aide au placement seraient envisagées chez ce patient. Actuellement, il bénéficie de l'aide sociale, il est marié et père de 6 enfants.

Il relate ainsi la persistance de lombalgies permanentes, présentes de jour et de nuit, exacerbées à la moindre station assise ou debout prolongée, au port de charges même légères, notamment en antéflexion du tronc. Il a également été examiné par notre Confrère le Dr [...], orthopédiste, en raison d'une hyperostose au niveau de l'articulation cunéo-métatarsienne du gros orteil, et une intervention

chirurgicale serait envisagée. Il ne signale donc pas de plainte neurologique, les anamnèses systématique et familiale sont sans élément pour une cause spécifique quant à ses douleurs. Il déclare actuellement être uniquement sous traitement de Dafalgan en réserve et il prend également des statines en raison d'une hypercholestérolémie.

Examen clinique

Patient relativement dolent qui n'a toutefois aucune difficulté à se déplacer, les transferts sont réalisés d'une manière harmonieuse, et prestement. Le patient est resté assis durant son audition sans solliciter le droit de se mettre debout. L'examen clinique est cependant parasité par de nombreux signes suggestifs d'amplification des symptômes, des signes de Waddell tous présents avec à l'inspection un patient pesant 92 kilos pour 175 cm, des flèches de Forestier à 0-9-0-4-3 cm avec un fil à plomb centré. Le patient est costaud avec une importante musculature au niveau des épaules. Le Schober lombaire est à 10 cm, la distance doigts-sol est à 38 cm. En revanche, la distance doigts-orteils s'il est assis sur le lit est à 0 cm On constate l'absence de contractures musculaires significatives et le patient fait allégation de douleurs de tout l'hémicorps droit, notamment de toute la région lombaire du côté droit. Les apophyses épineuses sont insensibles à la percussion et à la palpation, il n'y a pas de signe de la Sonnette. Les sacro-iliaques sont sans particularité, le rachis cervico-dorsal est non-limité, il est légèrement sensible du côté droit à la palpation et à la percussion de la musculature. Le status neurologique est sans particularité (pas de Lasègue et pas de déficit sensitivo-moteur ou réflexe).

(...)

Toutefois, le patient déclare être capable encore de conduire sa voiture pendant plus de 30 minutes. L'examen clinique est difficilement interprétable puisque « parasité » par de nombreux signes de surcharges fonctionnelles suggestifs d'un syndrome d'amplification des symptômes, puisqu'il y a effectivement une importante discordance entre la distance doigts-orteils en position assise qui est à 0 cm et la distance doigts-sol, alors que le patient est debout, était à 38 cm et les signes de Waddell sont donc tous présents, enfin il y a des douleurs qui sont diffuses ubiquitaires au niveau du rachis lombaire signalé par le patient sinon, du point de vue neurologique, un examen normal et un examen des sacro-iliaques également normal.

Dans ces conditions, le tableau clinique que présente M. H. _____ est compatible avec des lombalgies chroniques avec syndrome d'amplification des symptômes d'origine aspécifique.

Toujours est-il que l'existence d'une fracture tassement de L2 justifierait la pratique d'une densitométrie osseuse afin d'écartier la possibilité d'une ostéoporose sous-jacente chez ce patient passablement tabagique mais qui n'aurait à priori pas d'autre facteur de risque d'une ostéoporose masculine.

D'autre part, au vu de la longue évolution de la symptomatologie sans aucun résultat sous traitement physiothérapeutique ambulatoire et une médication antalgique, il me semble nécessaire que M. H. _____ soit évalué dans le cadre d'un Centre de rééducation multidisciplinaire du rachis comme celui de l'Hôpital

Orthopédique (Dr [...] ou Dr [...]), en vue d'une prise en charge multimodale de rééducation rachidienne.

Au vue de la longue évolution de la situation, le pronostic semble toutefois réservé quant à une reprise d'une activité professionnelle, en tout cas dans son activité habituelle, d'autant plus que le patient présente à l'examen clinique des signes comportementaux et qu'il n'y a donc pas eu d'amélioration de la symptomatologie depuis trois ans, avec au contraire même une aggravation.

Je n'ai donc malheureusement aucune autre proposition thérapeutique magistrale à faire à M. H._____. Pour ce qui est de la problématique avec l'AI, en cas de litige et d'avis divergents entre les différents médecins, il semblerait justifié qu'une expertise rhumatologique soit mise sur pied."

- un rapport du 24 juin 2009 de la Dresse C._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, dans lequel elle retient les diagnostics de troubles statiques, un status post-tassement vertébral de L2 post-traumatique en 2006, un syndrome de déconditionnement physiquement, d'obésité ainsi que de déconditionnement psychologique dans un contexte socio-professionnel difficile, le recourant étant hors circuit professionnel depuis 2002. Elle relève que l'ostéoporose du recourant est en investigation et conclut comme suit :

"Selon les renseignements anamnestiques et cliniques que j'ai pu recueillir aujourd'hui, mon diagnostic s'oriente vers un important déconditionnement physique et psychologique d'un patient qui est hors circuit professionnel depuis 7 ans. Les douleurs du rachis ne suggèrent pas la présence d'une affection spécifique.

Quant à l'ostéoporose, elle bénéficiera certainement d'un traitement de fond que mes collègues du CMO (Centre Multidisciplinaire de l'ostéoporose) vont lui prescrire.

Monsieur H._____ doit comprendre que pour améliorer sa condition physique, il est obligatoire d'effectuer de manière régulière des exercices de reconditionnement musculaire. Il n'y a absolument aucun geste miracle et ce n'est que son travail personnel qui pourra l'aider. Je reste à disposition pour organiser un traitement intensif (stationnaire ou ambulatoire) pour autant que Monsieur H._____ soit réellement motivé et s'implique activement dans ce type de prise en charge."

- un rapport du 20 juillet 2009 des Drs O._____ et L._____ du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois), qui diagnostiquent une ostéoporose fracturaire, une fracture L2 suite à un effort de soulèvement en 2006 ainsi qu'un mauvais état dentaire. Ils indiquent qu'il y a une

indication formelle à débiter un traitement ostéotrope et précisent qu'ils reverront le recourant trois mois après le début du traitement.

Invité à se déterminer, l'OAI a transmis ces pièces médicales au SMR. Dans un avis médical du SMR du 15 octobre 2009, le Dr Z._____, spécialiste FMH en médecine générale, retient que les trois documents médicaux n'apportent pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier les conclusions du rapport d'examen SMR du 5 mars 2009, d'autant plus que les limitations fonctionnelles correspondent également à l'ostéoporose, qui ne justifie en soi pas d'incapacité de travail. Suivant cet avis, l'OAI considère que les nouvelles pièces médicales produites par le recourant ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision. Il a en outre relevé que seul le rapport médical du Dr F._____ du 27 avril 2009 se rapportait à des faits antérieurs à la décision attaquée et que par conséquent, les deux autres pièces médicales n'étaient pas à prendre en considération dans la présente cause.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal (art. 60 al.1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]), auprès du Tribunal compétent (art. 69 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]), selon les formes prévues par la loi (notamment art. 61 let. b LPGA]), le recours est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) 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 compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Au vu de la valeur litigieuse, la présente cause relève de la compétence d'une cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recourant se plaint d'une appréciation incomplète et erronée de sa situation sur le plan médical par l'Office intimé et conclut à l'annulation de la décision attaquée pour complément d'instruction et nouvelle décision.

a) Selon l'art. 6 LPGA, 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.

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.

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).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois quart de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un

marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA).

3. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 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 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, l'OAI doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1 ; TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).

c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2).

e) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 116 V 246 consid. 1a et les références ; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références ; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 et les arrêts cités ; TF 9C_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.2).

4. Le recourant a produit plusieurs rapports médicaux à l'appui de son recours dont il estime qu'ils sont de nature à remettre en cause l'avis médical du SMR du 5 mars 2009 sur lequel l'OAI s'est fondé pour lui dénier tout droit à une rente d'invalidité.

a) Contrairement à ce que soutient l'OAI dans la décision litigieuse, la situation du recourant n'a pas fait l'objet d'un examen approfondi du point de vue médical.

Au contraire, le Dr X._____ a renoncé à se déterminer sur la capacité de travail dans une activité adaptée dans son rapport médical du 4 décembre 2008, le recourant n'ayant plus travaillé depuis 2002. D'autre part, aucun des autres spécialistes consultés par le recourant ne s'est déterminé sur cette question se limitant tout au plus à énumérer les pathologies dont souffrent le recourant.

Seul le Dr J._____ s'est prononcé, dans son rapport du 5 mars 2009 sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée qu'il considère comme totale, sans toutefois étayer sa position ni même avoir examiné le recourant. On ne saurait attribuer pleine valeur

probante à ce rapport selon les critères posés par la jurisprudence, étant donné qu'il n'est pas le résultat d'une étude fouillée, qu'il ne se fonde pas sur des examens complets, qu'il ne prend pas en considération les plaintes du recourant et qu'enfin ses conclusions sont insuffisamment motivées.

b) A la suite d'une aggravation de ses douleurs, le recourant a consulté le Dr F._____. Dans son rapport du 27 avril 2009, le Dr F._____ relève que l'existence d'une fracture de tassement L2 justifierait la pratique d'une densitométrie osseuse afin d'écartier la possibilité d'une ostéoporose sous-jacente. Il préconise une expertise rhumatologique. Le rapport est antérieur à la décision litigieuse et a été produit par le recourant à l'appui de son recours. Les investigations effectuées par la suite ont effectivement mis en exergue une ostéoporose et ont abouti à la mise en place d'un traitement. Les Drs F._____, C._____, O._____ et L._____ ne se sont pas déterminés sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée dans la mesure où des traitements étaient en cours aussi bien auprès du Centre Multidisciplinaire de l'Ostéoporose qu'auprès du département de l'appareil locomoteur. Il conviendra dès lors d'attendre la fin du traitement et d'évaluer ensuite, à l'aide d'une expertise rhumatologique la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

L'OAI s'est déterminé sur les pièces médicales produites par le recourant, par l'intermédiaire du Dr Z._____ du SMR, le 23 octobre 2009. Le Dr Z._____ retient simplement que l'ostéoporose ne justifie pas une incapacité de travail sans aucune motivation ni explication. Le SMR constate également que le rapport du Dr F._____ est circonstancié, mais qu'il n'apporte aucun élément nouveau et que les rapports des Drs C._____ et O._____ sont postérieurs à la décision attaquée.

c) A cet égard, il faut préciser que si le rapport de la Dresse C._____ et celui des Drs O._____ et L._____ sont postérieurs à la décision attaquée, il n'en demeure pas moins qu'ils font état d'éléments médicaux antérieurs à la décision attaquée et liés à l'état de santé du recourant sur lequel est fondé la décision litigieuse, soit notamment les

diagnostics de déconditionnement physique et psychique, l'assuré ne travaillant plus depuis plusieurs années. Ainsi, contrairement à ce que soutient l'OAI, il y a lieu de prendre en considération ces deux pièces médicales dans la présente cause.

Dans ces conditions, on doit retenir qu'en l'absence d'un rapport médical ayant valeur probante permettant d'admettre, comme l'a fait l'OAI, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, la Cour de céans ne peut pas se déterminer sur cette question. Ainsi, l'instruction de la cause doit être complétée sur le plan médical, en vue de déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. A cette fin, une expertise rhumatologique doit être mise en œuvre et il apparaît plus adéquat que cela soit fait par l'OAI, le cas échéant conformément à l'art. 44 LPGA, qui pourra ensuite tirer les conséquences qu'il convient du complément ordonné. Partant, la décision querellée doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle procède selon les considérants et rende une nouvelle décision.

5. En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical et nouvelle décision.

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 la Cour des assurances sociales 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 (art. 69 al. 1 bis LAI).

En l'espèce, le recourant obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI ; en effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public.

Le recourant, qui obtient gain de cause, mais sans le concours d'un mandataire autorisé, n'a pas droit à des dépens (art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision du 6 mai 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et l'affaire est renvoyée à cet office afin qu'il procède à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et rende une nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- H. _____
- 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 :