

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 août 2010

---

Présidence de M. DIND  
Juges : Mme Rossier et M. Bidiville, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

T. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant,

et

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

---

**Art. 6 ss et 16 LPGA, 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après; l'assuré ou le recourant), né en 1967, ressortissant de Bosnie-Herzégovine au bénéfice d'un permis B, marié et père de famille, a exercé la profession de plâtrier au sein de la société [...] Sàrl à Lausanne du 1<sup>er</sup> mars 2003 au 31 octobre 2007. Suite à des problèmes de dos (contusion lombaire) consécutifs à un accident professionnel (chute d'une échelle) du 19 mai 2006, il s'est trouvé en arrêt de travail à 100% dès cette date.

Le 8 mars 2007, l'assuré a formulé une seconde demande de prestations AI tendant au versement d'une rente. Sous la rubrique intitulée "8. Remarques complémentaires", il s'est exprimé comme suit:

"Je suis employé chez l'entreprise [...] Sàrl toujours et bientôt je devrais avoir la lettre de licenciement. Je reçois les prestations de l'assurance de perte de gain de mon patron et si je reçois la lettre de licenciement les prestations s'arrêteront. Mon problème c'est que je ne connais pas la langue, le seul travail que je peux faire c'est plâtrier et avec mon problème de dos je ne peux plus exercer ce travail. Je suis allé aussi au centre de réadaptation de la [...] et ils n'ont pas pu m'aider alors la dernière solution qu'il me reste est la rente AI."

Le rapport médical du 6 décembre 2006 du médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, consécutif à un examen clinique réalisé le 6 septembre 2006, conclut comme suit:

**"APPRECIATION:**

[...]

Objectivement, la musculature para vertébrale est toujours un peu tendue et sensible à la palpation dans la région lombaire à droite. La mobilité rachidienne est modérément limitée dans tous les plans. La mobilisation reste précautionneuse et tous les mouvements entraînent des douleurs lombaires, notamment les rotations. La manœuvre de Lasèque, indolore à gauche, donne lieu à de légères douleurs à droite.

Au terme de l'évaluation fonctionnelle, le bien fondé d'un reclassement professionnel a été admis. On a aussi estimé que le patient pouvait travailler en plein dans une activité correspondant à un niveau d'effort "sédentaire ou essentiellement assis" à "léger" selon le D.O.T.

En ce qui concerne la responsabilité de la [...] dans cette affaire, elle ne saurait être engagée plus avant.

En effet, nous sommes à bientôt 7 mois d'un accident mineur n'ayant entraîné aucune lésion objectivable qu'on puisse directement lui attribuer et le patient souffre clairement de troubles dégénératifs. En d'autres termes, il ne fait aucun doute que le statu quo sine est atteint depuis un certain temps déjà."

Le rapport médical précité se basait notamment sur un "compte-rendu de l'évaluation du 7 au 8 novembre 2006" du 8 novembre 2006 rédigé par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et en rhumatologie, chef du service de réadaptation à la [...] à [...], dont la teneur était la suivante:

"Comme convenu avec l'agence, je revois pour une brève évaluation le patient susnommé. Cette évaluation comprend ma consultation, une évaluation du physiothérapeute qui a suivi le patient durant le séjour et une mini-ECF.

[...]

#### **DECLARATIONS DU PATIENT**

M. T.\_\_\_\_\_ s'exprime dans un français approximatif et l'entretien s'est réalisé à l'aide d'une traductrice externe. Il dit que l'état de son dos va un peu mieux. Il mentionne 2 infiltrations dans la fesse droite à une semaine de distance, la dernière le 21.10.06. Il dit que le médecin de son pays lui a demandé de se tenir ensuite tranquille et d'éviter le froid pendant 1 mois.

Dans le centre thermal, le patient aurait fait 30-60 minutes de fitness chaque jour et des bains. Il marcherait 1 à 2 h/jour. Actuellement, M. T.\_\_\_\_\_ ne se sent pas encore capable de reprendre son travail comme plâtrier. Il ne serait pas licencié.

La médication comprend du Co-Dafalgan 2x1 cp/jour, du Brufen 3x600 mg/jour et du Mydocalm 2x1 cp/jour. Le patient n'a pas pris de médicament le 6.11.06 et dit que la douleur était un peu plus intense. Il n'a pas de trouble sphinctérien ni d'irradiation de la douleur dans les membres inférieurs.

#### **STATUS**

Homme de 39 ans, en état général conservé, obèse, mesurant 183 cm et pesant 104 kg 700 déshabillé (+ 1 kg 300 depuis le séjour à la CRR). Ptose abdominale. La marche rapide se fait sans difficulté apparente de même que le maintien de la posture assise durant les 2 entretiens d'une vingtaine de minutes. Le déshabillage est autonome mais est réalisé en ménageant le dos. Lorsqu'on demande où il a mal, le patient indique la région lombaire médiane.

Debout: ceinture pelvienne équilibrée, marche sur les pointes et les talons bien réalisée, rythme lombo-pelvien conservé. Schober lombaire 10 à 16,5 cm, DDS 17 cm, extension lombaire modérément ample. Inclinaison latérale (progression de la main le long de la cuisse) de 16 cm à G et 10 cm à D. L'inclinaison latérale D provoque une douleur lombaire basse à D. Accroupissement profond réalisé.

Assis: rotation du tronc G/D 60-0-45 (douleur lombaire D). Passage de la position couchée à assise sans l'aide des mains non effectué en raison d'une faiblesse de la musculature abdominale (décolle l'entier du tronc jusqu'aux fesses puis s'arrête). Manœuvre de

Lasèque direct négative ddc. Distance doigt-orteils assis jambe tendue 15 cm.

Décubitus dorsal: muscles Ischio-cruraux à peine courts. Manœuvre de Lasèque direct négative ddc. Les réflexes des adducteurs, rotuliens et achilléens sont présents et symétriques après manœuvre de facilitation. Absence de déficit tacto-algique ou de force aux membres inférieurs.

Décubitus ventral: relâchement de la musculature para vertébrale, douleur lombaire basse droite et hypertonie relative de la musculature lombaire droite.

**Signes et symptômes de non organicité de Waddell:** 0/5.

**Hanches:** mobilité normale.

## **BILANS ANNEXES**

Rapport du physiothérapeute référant de la dernière hospitalisation.

Rapport de la mini-ECF.

### **APPRECIATION**

Le patient se dit un peu mieux. Ses plaintes sont un peu moins intenses. Il n'a pas de trouble sphinctérien. La douleur se localise toujours exclusivement dans la région lombaire.

Au status, il n'y a guère de changement par rapport à la sortie du dernier séjour. Je relève une discrète prise pondérale, une limitation de l'inclinaison lombaire D et la rotation du tronc vers D en raison d'une lombalgie basse D. Il y a aussi une hypertonie relative de la musculature para vertébrale D. Pour le reste, il persiste la ptose abdominale et l'impossibilité de passer de la position couchée à assise sans l'aide des mains malgré un effort évident (persistance de la faiblesse de la musculature abdominale).

Le bilan effectué par le physiothérapeute qui a suivi le patient durant le séjour hospitalier ne montre aucune progression des aptitudes fonctionnelles depuis la sortie de la CRR.

Les réponses au questionnaire PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet) sont cohérentes entre elles. Le score obtenu avant la réalisation des différents tests fonctionnels de la mini-ECF est de 114, ce qui correspond, selon la définition donnée par le ministère américain du travail dans la publication Dictionary of Occupational Titles, à des activités exigeant un niveau d'effort "sédentaire ou essentiellement assis" à "léger" selon le D.O.T.

Au total, la lombalgie persiste et se localise maintenant à D. Il y a des signes reproductibles de souffrance lombaire D. La cause est les troubles dégénératifs. Le déconditionnement physique est un facteur aggravant. Il n'y a pas eu de gain fonctionnel depuis la sortie de la CRR. Il y a une autolimitation de l'effort et plusieurs incohérences à la mini-ECF. Les signes de non organicité de Waddell sont quasi absents. Le patient ne se sent capable que de réaliser des activités correspondant à un niveau d'effort "sédentaire ou essentiellement assis" à "léger" selon le D.O.T.

Il ne faut pas attendre de la physiothérapie autre chose qu'un soulagement partiel et transitoire de la douleur. Prescrire un reconditionnement physique ambulatoire ne se justifie plus au vu de l'absence de gain fonctionnel depuis la sortie de la CRR.

Du point de vue professionnel, l'autoévaluation faite par le patient de ses aptitudes fonctionnelles et la persistance des anomalies objectives lombaires laissent penser que M. T. \_\_\_\_\_ ne reprendra plus son travail de plâtrier. Il vaudrait cependant la peine de faire un ultime essai à temps partiel si l'employeur donne son accord. Le

patient est prêt à faire cette tentative et attend que l'agence le contacte pour en discuter.

En cas d'échec (probable), un changement d'activité professionnel sera médicalement justifié. L'incapacité de travail dans la profession de plâtrier a été prolongée jusqu'au 13.11.2006. Je laisse le soin au médecin traitant que le patient choisira de la prolonger s'il n'y a pas d'amélioration. En l'état actuel, la capacité de travail est totale dans une activité correspondant à un niveau d'effort "sédentaire ou essentiellement assis" à "léger" selon le D.O.T."

Au vu des conclusions de son médecin d'arrondissement, par courrier du 15 décembre 2006, l'assureur-accidents a indiqué qu'il mettait fin au versement de ses prestations (indemnités journalière et frais de traitement) avec effet au 31 décembre 2006. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, le cas a été pris en charge par les assureurs-maladie (base et perte de gain).

Dans un certificat médical initial établi le 26 février 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a diagnostiqué des lombalgies chroniques suite à la chute du 19 mai 2006, des troubles dégénératifs dorsolombaires prédominants à l'étage L3-L4 ainsi qu'une séquelle de dystrophie rachidienne croissante à l'état lombaire haut. Il a mentionné une incapacité de travail de 100% dès le 19 mai 2006. Ce médecin a également indiqué que selon lui, un reclassement professionnel était problématique compte tenu des carences linguistiques de son patient en français mais que ce dernier s'était toutefois adressé à l'Office régional de placement (ORP) pour trouver un travail impliquant le port de charges moindres.

Interpellé par l'Office AI (ci-après; OAI ou l'intimé), en date du 26 avril 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_ a confirmé ses précédents diagnostics ainsi que l'incapacité de travail totale de l'assuré comme plâtrier en laissant ouverte la question d'une capacité résiduelle dans une activité manuelle plus légère au niveau des charges et sans positions extrêmes de flexion/extension. Le médecin a néanmoins ajouté que la connaissance limitée du français rendait la reconversion professionnelle "illusoire".

Le 9 août 2007, l'assureur perte de gain maladie a signifié à l'assuré qu'au vu de son aptitude au travail telle que ressortant du rapport médical du 6 décembre 2006, des prestations lui seraient encore versées jusqu'au 9 novembre 2007.

A teneur d'un questionnaire du 27 août 2007 remis à l'OAI par l'employeur de l'assuré, il ressort que le revenu annuel 2005 soumis à AVS se montait à 56'719 fr. 15 et que jusqu'à son accident, l'assuré avait perçu un salaire mensuel de 5'000 fr. pour janvier 2006, de 4'824 fr. 45 pour février 2006, de 5'840 fr. 15 pour mars 2006, de 5'078 fr. 40 pour avril 2006 et de 3'554 fr. 85 pour mai 2006. En outre, l'employeur relevait alors qu'il n'existait pas de possibilité de réadaptation à un autre poste. L'assuré s'est vu licencié avec effet au 31 octobre 2007.

Sur demande de l'OAI, l'assuré a communiqué, par lettre du 26 mai 2008, qu'il ne s'était pas inscrit au chômage sans toutefois avoir retrouvé une activité à temps partiel.

Selon rapport médical du 11 juillet 2008 du Dr S.\_\_\_\_\_, la situation de son patient ne s'était pas modifiée par rapport à celle précédemment décrite dans le rapport du 26 avril 2007. Il précisait qu'il ne fallait pas s'attendre à une reprise d'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, cette dernière étant toujours nulle dans la profession de plâtrier.

Dans un rapport d'examen SMR du 12 septembre 2008, la Dresse A.\_\_\_\_\_ a résumé la situation médicale comme il suit:

**"Atteinte principale à la santé:** Lombalgies chroniques post-traumatiques dans le cadre d'un trouble dégénératif à prédominance L3-L4 et séquelles de maladie de Scheuermann.

**Pathologies associées du ressort de l'AI:** Aucune.

[...]

**Début de l'IT durable:** 19.05.2006

Evolution de l'IT: 100% dès lors dans l'activité habituelle. 0% dans une activité adaptée depuis le 7.11.2006.

**Capacité de travail exigible :**

Activité habituelle: 0%

Activité adaptée: 100%

**Limitations fonctionnelles:**

Eviter la position statique prolongée debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux. Le port de charges est limité à 15 kg occasionnellement.

**Début de l'aptitude à la réadaptation:** Novembre 2006 au plus tard.

Cet assuré d'origine bosniaque, en Suisse depuis 1994, marié et père d'une fille, n'a pas de formation professionnelle mais travaillait comme plâtrier chez [...] Sàrl du 01.03.2003 au 31.10.2007, date de son licenciement parce qu'il ne pouvait plus travailler dans ce métier.

Le 19.05.2006, l'assuré fait une chute d'une échelle avec contusion lombaire simple déclenchant des douleurs rachidiennes rebelles à tous traitements. Les investigations approfondies permettent d'exclure une lésion traumatique et mettent en évidence des lésions dégénératives mineures notamment L3-L4, L4-L5 ainsi que des séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann. Lors des différents examens par les médecins de la [...], on constate une autolimitation importante et des signes de non organicité. Objectivement, on trouve une limitation de l'inclinaison lombaire D et de la rotation du tronc vers la D en raison de lombalgies basses, une hypertonie relative de la musculature para vertébrale D et une faiblesse de la musculature abdominale. Il est noté que la volonté de donner le maximum est insuffisante et le niveau de cohérence des résultats seulement moyen. Au vu de la persistance des lombalgies, l'incapacité de travail dans la profession de plâtrier est maintenue, mais les spécialistes estiment que dans l'état actuel, la capacité de travail est totale dans une activité correspondant à un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assise et légère, ne sollicitant pas le rachis (rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 8.11.2006).

En résumé, cet assuré présente des lombalgies s'installant suite à une chute d'échelle, sans substrat organique majeur, avec des dysbalances musculaires et une tendance à l'autolimitation. Le travail de plâtrier n'est certainement pas adapté aux limitations fonctionnelles habituelles dans ce cas de lombalgies, et on peut accepter une incapacité de travail dans cette profession. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est cependant entière et ceci au plus tard depuis novembre 2006."

Dans un projet de décision du 15 décembre 2008, rappelant le devoir légal de tout assuré de diminuer le dommage, l'OAI a rejeté la demande de rente, retenant un taux d'invalidité de 7.18%, nettement inférieur au seuil minimum de 40% pour bénéficier du droit à une rente. L'OAI a également indiqué que le droit au reclassement n'était pas ouvert.

Reprenant en totalité les motifs de sa décision précédente, par décision du 14 septembre 2009, l'OAI a confirmé le refus de la demande d'une rente AI.

**B.** Dans une écriture du 19 octobre 2009, l'assuré a formé recours contre la décision de refus précitée. Indiquant que dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009 il allait réessayer de travailler en tant que plâtrier au taux

de 20%, il soulignait la nécessité de l'octroi de prestations AI du fait qu'il se trouvait dans l'impossibilité de travailler à plein temps.

Dans sa réponse du 30 novembre 2009, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il relevait en substance que le rapport d'examen SMR du 12 septembre 2008 - tout comme celui du médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents du 6 décembre 2006 - se prononçait en faveur d'une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par réplique du 23 décembre 2009, le recourant a mentionné toujours travailler à 20% comme plâtrier mais avec difficulté. Il s'étonnait de ne pas avoir été examiné par l'un des médecins de l'intimé. Précisant toujours être suivi par le Dr S.\_\_\_\_\_, il n'a pas déposé de nouveaux documents médicaux.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), 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'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi ne déroge expressément à la LPGA.

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et répondant en

outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**c)** A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique au présent recours porté devant la cour de céans, cette dernière étant compétente pour en connaître (art. 57 LPGA; 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente sans limitation dans le temps.

**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 (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le droit applicable au fond est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.1).

**c)** Est litigieuse en l'espèce la décision de l'Office AI refusant le droit à l'octroi d'une rente AI. La question à examiner est celle de la capacité de travail résiduelle du recourant et, partant, de son taux d'invalidité.

**3. a)** A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi (cf. art. 8 al. 1 LPGA). En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assureur-accidents, assureur-militaire et assureur-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a toutefois pas pour conséquence de libérer ces assureurs de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière, un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, un effet obligatoire aussi étendu ne se justifiant pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité de l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme l'indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, ultérieurement être prise en compte dans le processus de décision du second assureur. Ce dernier doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait que la première évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs, il convient d'ajouter des

mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Le Tribunal fédéral a ainsi considéré comme insoutenable une appréciation de l'assureur-invalidité au motif qu'elle s'écartait largement de celle de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes s'agissant de la capacité de travail et l'activité exigible ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d, 119 V 474 consid. 4a; cf. aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 consid. 3; TFA U 222/2003 du 19 juillet 2004, U 288/2003 du 24 mars 2004 et I 564/2002 du 13 janvier 2004).

Aux termes 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.

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.

**b)** En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (cf. Message du Conseil fédéral du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5<sup>e</sup> révision de la LAI] in FF 2005 p. 4215 ss, p. 4322), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

**c)** Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait réaliser en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité (VSI 2000 p. 82, consid. 1b; TF 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 3.1).

Est déterminante, pour l'évaluation du taux d'invalidité, l'activité raisonnablement exigible de l'assuré compte tenu de l'atteinte à sa santé, et non pas celle effectivement accomplie par l'assuré (ATF 107 V 17 consid. 2c, 105 V 176 consid. 2). Il est ainsi sans importance, pour l'évaluation du revenu d'invalidité, de savoir si une personne handicapée exerce effectivement l'activité que l'on peut raisonnablement attendre d'elle (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], n°3045 p. 54). Elle ne peut ainsi, par exemple, pas prétendre à une rente AI si elle n'utilise pas pleinement sa capacité de travail, obéissant à des considérations purement personnelles, alors qu'en exerçant une telle activité, elle pourrait réaliser un revenu excluant l'octroi d'une rente (RCC 1982 p. 471, 1980 p. 581). Afin d'établir s'il est raisonnablement exigible de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées). Toute personne qui demande des prestations AI doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe au recourant, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant

de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22 consid. 4a, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger du recourant que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328, 1987 p. 458).

**d) aa)** 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 capable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les indications fournies par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

**bb)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel

et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000, p. 268).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional (SMR), au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 523/2002 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Selon une jurisprudence constante, 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; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106).

**e)** Si après la survenance de l'atteinte à la santé, l'assuré n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée normalement exigible, le revenu d'invalidé peut alors être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens tel que ceux-ci ressortissent de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c; Maurer/Scartazzini/Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2009, n°23 p. 156). Pour effectuer la comparaison des revenus, il y a lieu de se référer non pas à la statistique des salaires nets (montants effectifs; tableaux du groupe B), mais à celle des salaires bruts standardisés (taux de salaire; tableaux du

groupe A), en se fondant toujours sur la médiane (valeur centrale) (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa).

Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques précitées, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération) sur les salaires ESS (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au plus près à la mise en valeur exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc; VSI 2002 p. 70 consid. 4b). La déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'Office AI. Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 5b/dd).

**4. a)** En l'espèce, la décision attaquée retient que des renseignements médicaux au dossier, l'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle mais que dans une activité adaptée évitant la position statique prolongée debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, le port de charges est limité à 15 kg occasionnellement, la capacité de travail est totale depuis le mois de novembre 2006. Partant nombre d'activités industrielles ou de manutention légères sont à portée du recourant. Constatant que ce dernier n'a pas repris d'activité professionnelle normalement exigible, après s'en être référé aux données statistiques ESS 2006 (tableau TA1; niveau de qualification 4) indexées pour 2007 (année d'ouverture du droit à la rente, cf. art. 28 al. 1, 29 al 1 LAI et 29 LPGA), après comparaison entre le revenu d'invalidé (sous

déduction d'un abattement de 10%) et celui réalisable sans invalidité, l'OAI retient un taux d'invalidité de 7.18%.

**b)** Concernant son appréciation médicale du cas, l'Office AI s'est fondé sur le rapport d'examen SMR du 12 septembre 2008.

Ce document médical SMR satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante (cf. 3d/bb supra). En effet, il contient des conclusions claires, dûment motivées et bien documentées (en particulier sur la base des constats du Dr W. \_\_\_\_\_ du 8 novembre 2006). Aucune contradiction ne s'en dégage, les diagnostics et l'évaluation de leur incidence sur la capacité de travail corroborant en tous points ceux relevés tant par le Dr W. \_\_\_\_\_ que par le médecin d'arrondissement de la [...] le 6 décembre 2006. De surcroît, dans son rapport médical du 26 avril 2007 - entièrement repris selon constats du 11 juillet 2008 - le Dr S. \_\_\_\_\_ (médecin traitant) s'est limité à relever une entière incapacité de travail dans l'activité de plâtrier sans toutefois se prononcer formellement sur l'existence ou non d'une éventuelle capacité résiduelle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de son patient. Au vu des éléments médicaux au dossier suffisamment étayés, probants et convaincants dont disposait l'Office AI pour se prononcer sur la capacité de travail et l'activité exigible, ce dernier n'avait aucun motif de s'écarter de la position précédemment retenue par l'assureur-accidents, celle-ci n'étant en aucun cas empreinte d'une erreur de droit ou d'un excès d'appréciation (cf. 3a supra).

L'impossibilité totale avancée par le recourant, respectivement la perception subjective que celui-ci fait de ses douleurs au dos, ne saurait être déterminante en l'espèce pour l'appréciation médicale (cf. ATF 135 V 215 consid. 7.2). En regard du devoir général du droit des assurances sociales de réduire le dommage qui lui incombe, l'assuré est au contraire tenu, fût-ce même au prix d'un effort considérable, d'atténuer au maximum les conséquences de son atteinte à la santé (cf. ATF 113 V 22

consid. 4a). Or, en travaillant à un taux réduit de 20% dans son ancienne activité de plâtrier – profession par ailleurs jugée sous l'angle médical comme totalement inadaptée à ses limitations fonctionnelles – le recourant ne satisfait à l'évidence pas à son devoir de diminuer le dommage. Partant, du point de vue médical, la décision entreprise retient à raison que l'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle, mais inexistante depuis novembre 2006 dans une activité adaptée aux limitations décrites.

Compte tenu de la clarté et la convergence des divers avis et rapports médicaux à son dossier, l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire (cf. art. 43 al. 1 LPGA et art. 57 al. 1 let. f LAI) – ne saurait se voir reprocher de n'avoir pas entrepris de mesures d'instruction supplémentaires, en particulier de ne pas avoir soumis le recourant à un examen médical par l'un de ses médecins. Ce constat s'impose d'autant plus que dans sa réplique, le recourant souligne expressément ne pas avoir d'éléments médicaux supplémentaires à fournir, ses problèmes somatiques n'ayant pas évolué.

**c)** Pour le calcul du préjudice économique en 2007 (année de référence ouvrant le droit à obtenir une rente AI, cf. 4a supra), considérant que le recourant n'avait pas repris l'exercice d'une activité professionnelle telle qu'exigible de sa part, l'OAI a déterminé le revenu avec invalidité par référence aux données statistiques ESS pour 2006 (valeur médiane, tableau TA1; niveau de qualification 4) avec adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007, aboutissant ainsi à un revenu annuel 2007 avec invalidité de 60'144 fr. 48.

En présence d'une pleine capacité de travail dans une activité du secteur privé (activités industrielles ou de manutentions légères) ne nécessitant pas de qualifications particulières, dans la mesure où le recourant se refuse à mettre à profit la totalité de ses capacités restantes, préférant reprendre son activité antérieure (de surcroît inadaptée) à un taux fortement réduit (20%), c'est à raison que la décision attaquée fait application des valeurs ESS précitées pour la détermination du revenu

d'invalidé (cf. 3e supra) . Du montant annuel susmentionné, l'Office AI a retenu un abattement de 10% afin de tenir compte de la globalité des limitations fonctionnelles du recourant (notamment ses problèmes linguistiques tels qu'évoqués par le Dr S.\_\_\_\_\_). Au vu des faits, la déduction retenue par l'administration n'apparaissant pas irréaliste, la cour de céans ne saurait substituer sa propre appréciation à celle de l'OAI (cf. 3e supra) de sorte que le revenu annuel d'invalidé de 54'130 fr. 05 (60'144 fr. 48 - 10%) finalement retenu par l'Office AI se révèle correct.

Afin de déterminer le revenu annuel qui aurait pu être perçu en 2007 sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur le revenu annuel 2005 communiqué par l'ex-employeur, revalorisé conformément à la variation des salaires nominaux jusqu'en 2007. Considérant l'absence de revenu annuel 2006 (le recourant ayant uniquement travaillé de janvier à la mi-mai 2006), l'administration a indexé le montant annuel 2005 (56'719 fr. 15) arrêtant ainsi un revenu annuel 2007 sans invalidité de 58'318 francs.

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1). En l'espèce, le recourant ayant été forcé d'interrompre son activité de plâtrier vers la mi-mai 2006 et en l'absence d'une modification (augmentation ou diminution) de ses revenus mensuels de janvier à mai 2006 par rapport à ceux de l'année précédente, c'est à bon droit que la décision attaquée fixe le revenu sans invalidité sur la base du revenu annuel 2005 revalorisé jusqu'en 2007, année du droit à la rente.

Après comparaison entre les revenus sans invalidité et avec invalidité précités (58'318 fr. / 54'130 fr. 05), il en résulte une perte de gain annuelle de l'ordre de 4'187 fr. 95. En conséquence, le degré d'invalidité du recourant s'élève effectivement à 7.18% (4'187 fr. 95 / 58'318 fr. x 100). Partant en l'espèce, le taux d'invalidité se situant largement en deçà du degré minimum légal de 40% ouvrant droit à un

quart de rente AI (cf. art. 28 al. 2 LAI), c'est donc avec raison que dans sa décision du 14 septembre 2009, l'OAI a refusé la demande de rente AI présentée par le recourant.

**5. a)** La décision attaquée échappant aux critiques formulées, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** 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 (art. 69 al. 1bis LAI); 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. 2 al. 1 TFJAS-VD [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dans la mesure où le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 14 septembre 2009 est confirmée.
  
- III.** Un émolument de justice de 400 fr. (quatre cent francs) est mis à la charge du recourant.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- T. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :