

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 février 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Métral
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

P._____, à Crissier, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né le 27 juin 1959, marié et père de deux enfants majeures, machiniste, a déposé le 3 juin 1997 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente, indiquant présenter une incapacité de travail de 100% depuis le 8 août 1996.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a demandé au Dr N._____, médecin généraliste FMH, de lui adresser un rapport médical. Dans son rapport du 24 juin 1997, ce dernier a posé les diagnostics suivants: discopathie dégénérative L5-S1, lombalgie, protrusion discale L5-S1, status après fracture de la jambe droite et obésité. Il relevait que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travailler du 22 juillet au 2 août 1996 et du 11 au 22 novembre 1996, précisant que le patient avait ensuite vu la Dresse V._____, médecin généraliste FMH. Dans un rapport médical du 27 juin 1997 à l'OAI, le Dr L._____ a indiqué que l'assuré présentait une incapacité totale de travailler depuis le 14 octobre 1996, diagnostiquant de petites protrusions L4-L5/L5-S1, un status après fracture du fémur et du tibia droits environ 9 ans auparavant, un prolapsus disco-ligamentaire L4-L5/L5-S1 et des lombalgies. Dans son rapport médical du 10 novembre 1997, la Dresse V._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur troubles statiques, de troubles dégénératifs, de discopathie étagée, d'insuffisance musculaire, ainsi que de gonalgies sur troubles dégénératifs avec status après fracture du fémur et de la jambe (1987) et a indiqué que son patient présentait une incapacité de travail de 100% dès juillet 1996 qui se poursuivait.

Afin d'évaluer la capacité de travail de l'assuré, l'OAI l'a convoqué à un stage auprès du centre Orif à Morges. Ce stage a eu lieu du 14 décembre 1998 au 13 mars 1999. Selon le rapport de stage du 12 mars 1999, l'assuré n'avait pas témoigné d'enthousiasme ni d'intérêt particulier

pour une activité professionnelle quelconque, son attitude démontrant qu'il n'était pas dans une dynamique de travail et de recherches de solutions pour son avenir; le directeur du centre préconisait tout de même que l'assuré pourrait reprendre une activité professionnelle à 100% d'un temps de journée, mais avec un rendement quantitatif de 50%, le domaine d'activité étant limité à des travaux de mécanique de série simple et la place de travail devant être aménagée pour lui permettre d'allonger ses jambes.

Dans son rapport médical intermédiaire à l'OAI du 6 septembre 1999, la Dresse V._____ a indiqué que l'incapacité de travail de 100% depuis 1996 se poursuivait.

L'OAI a alors confié un mandat d'expertise rhumatologique à la Dresse W._____, spécialiste FMH en médecin interne et rhumatologie. Dans son rapport d'expertise du 10 octobre 2000, l'experte a posé les diagnostics diminuant la capacité de travail de lombalgies communes et de gonalgies sur gonarthrose modérée associée à une amyotrophie globale du membre inférieur droit post-traumatique, les diagnostics d'excès pondéral et de stéatose hépatique étant sans incidence sur la capacité de travail. Elle a retenu que la capacité de travail exigible comme machiniste était nulle, mais qu'elle était totale dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions, en position assise pour les $\frac{3}{4}$ et debout pour $\frac{1}{4}$.

Dans un projet de décision du 23 février 2001, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant que dans une activité exercée principalement assise, avec la possibilité de se lever et sans port de charges, un emploi dans la petite mécanique ou le montage industriel était raisonnablement exigible. Dans une telle activité, il pourrait prétendre à un revenu annuel brut de 48'712 fr., qui, en comparaison du revenu sans invalidité de 64'628 fr., mettait en évidence un manque à gagner de 15'916 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 24,62%. Le 19 juin 2001, l'assuré, par son conseil, a informé l'OAI qu'il avait retrouvé

un travail qui paraissait lui convenir pour le moment, si bien qu'il se déclarait d'accord avec le projet de décision du 23 février 2001.

Par décision du 5 juillet 2001, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 février 2001 et a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. Dans un rapport médical du 24 mars 2005 à la Dresse X._____, médecine interne FMH, médecin traitant, la Dresse R._____, médecine physique et réadaptation FMH, posait les diagnostics suivants chez l'assuré: douleurs chroniques au niveau de l'épaule droite dans un contexte de tendinopathies multiples (sus-épineux, sous-épineux, long chef du biceps) avec déchirure interstitielle du tendon du sus-épineux et arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, état anxieux - conflit professionnel, HTA traitée, obésité. Sous la rubrique «appréciation» de son rapport, la Dresse R._____ relevait ce qui suit:

«Les douleurs de votre patient sont donc en relation avec des tendinopathies complexes, associées à une déchirure du sus-épineux, ainsi qu'à des lésions dégénératives acromio-claviculaires.

Cependant cette problématique n'entraîne pas une importante limitation fonctionnelle et nous avons l'impression qu'il y a un certain degré d'amplification des douleurs chez un patient qui a des difficultés professionnelles pour d'autres raisons. Il y a même des signes de somatisation avec description de douleurs multiples à caractère aspécifique. Le traitement psychotrope ainsi que le suivi psychiatrique régulier me semblent donc les mesures les plus appropriées dans son cas.

En ce qui concerne strictement les douleurs au niveau de l'épaule, je pense qu'une physiothérapie appropriée avec exercices de réharmonisation musculaire, mobilisation assistée et travail des abaisseurs de la tête humérale, pourra certainement l'aider. J'aurais même eu la possibilité de lui proposer un traitement intensif dans le cadre des lits B, mais Monsieur P._____ ne désire pas laisser son épouse seule. J'ai donc dû me contenter d'une physiothérapie ambulatoire 2x/semaine.

En ce qui concerne sa capacité de travail, elle est actuellement limitée autant pour des raisons psychiatriques que physiques. Il n'y a pas lieu de demander actuellement une rente AI et l'idéal serait de contacter les psychiatres afin d'organiser d'un commun accord une reprise du travail progressive.»

P._____ a formulé une nouvelle demande de prestations de l'Al tendant à l'octroi d'une rente le 26 avril 2005, indiquant quant au genre d'atteinte «stress, dépression, arthrose épaule droite» depuis le 21 janvier 2004.

Dans son rapport du 26 avril 2005 à la Dresse X._____, la Dresse R._____ a indiqué que le patient présentait objectivement une mobilité active relativement bonne au niveau de l'épaule droite, mis à part la rotation interne.

Par courrier du 29 avril 2005, l'OAI a informé l'assuré, par son conseil, que le droit aux prestations qu'il sollicitait avait déjà fait l'objet d'une décision de refus et que la nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Comme sa requête ne satisfaisait pas à ces exigences, un délai lui était imparti pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé par des moyens pertinents.

Le 7 juin 2005, l'assuré, par son conseil, a adressé à l'OAI un rapport médical du 6 juin 2005 de la Dresse X._____ à la teneur suivante:

«Monsieur P._____ a été vu à ma consultation le 1.10.2004 en raison d'un conflit professionnel. Il présentait un état anxio-dépressif sévère qui a nécessité la prescription d'anti-dépresseurs, d'anxiolytiques et de somnifères. Après 6 semaines de traitement, au vu de l'état stationnaire, je l'ai adressé au Dr D._____, psychiatre à [...] pour prise en charge. A ce jour et sur le plan psychique, il me paraît aller mieux qu'en automne 2004 mais est toujours sous médication psychotrope (et toujours suivi par son psychiatre).

Parallèlement, il a été suivi par la Dresse Z._____, rhumatologue, dès le 14 octobre 2004 pour son problème d'épaule droite; le patient n'étant pas satisfait de cette prise en charge, je l'ai adressé à la Dresse R._____ en mars 2005.

Depuis octobre 2004, ce patient présente donc deux problèmes:
- un état anxio-dépressif traité (cf avec Dr D._____)
- une épaule droite douloureuse dans un contexte de tendinopathies multiples (sus-épineux, sous-épineux, long chef du biceps) avec

déchirure interstitielle du tendon du sus-épineux et arthropathie dégénérative acromio-claviculaire.

L'incapacité de travail de 100% dès le 1.10.2004 a été motivée essentiellement en raison de l'état anxio-dépressif; lorsque cet état s'est progressivement amélioré, la problématique de l'épaule droite est venue au premier plan. On peut considérer que dès le 01.03.2005 l'incapacité était due à 50% pour raison psychiatrique et à 50% pour raison rhumatologique. Cette estimation est toujours d'actualité.

Selon les documents en ma possession, la première demande AI avait été motivée par des lombalgies et des douleurs articulaires.»

Dans un rapport médical à l'OAI du 5 septembre 2005, la Dresse X._____ a indiqué que les raisons qui avaient motivé la longue incapacité de travail (dès le 1^{er} octobre 2004) relevaient de problèmes traités par deux spécialistes (la Dresse R._____ du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur et le Dr D._____, psychiatre) et observait qu'il lui paraissait judicieux que la situation actuelle ainsi que la capacité de travail de l'assuré soient déterminées soit sur la base des rapports des deux spécialistes, soit par des expertises neutres.

La Dresse Z._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a adressé le 3 octobre 2005 un rapport médical à l'OAI. Elle y a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants:

- cervico-scapulalgies droites sur tendinopathie du sus-épineux, arthropathie acromio-claviculaire, conflit chronique de la coiffe depuis 2003
- lombalgies récidivantes sur troubles de la statique (cyphose dorsale basse, discopathie L5-S1, protrusion L4-L5 évoluant depuis 1996)
- gonalgies récidivantes, probablement sur syndrome fémoro-patellaire
- polyarthralgies, probablement de type somatisation
- état anxio-dépressif.

Elle considérait que l'incapacité de travail était entière depuis le mois d'octobre 2004 dans l'activité exercée jusqu'à ce jour. Dans l'annexe au rapport médical, la Dresse Z._____ précisait qu'actuellement, l'assuré ne pourrait pas travailler comme ouvrier de chantier aux machines, cette activité nécessitant apparemment des efforts de force avec les membres supérieurs, spécialement lorsqu'il devait se hisser sur ces engins. Elle estimait qu'il y avait actuellement une diminution de rendement en raison des douleurs et de l'état psychique de l'assuré. Au plan rhumatologique, cette praticienne observait que l'on pourrait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, peut-être physiquement moins lourde que celle d'ouvrier sur machine de chantier. Elle relevait enfin que l'appréciation de la capacité de travail nécessitait à son avis une évaluation pluridisciplinaire, car elle dépendait en grande partie de l'état psychique de l'assuré, exposant en outre que dans une activité adaptée, l'assuré devrait pouvoir éviter de porter des charges, d'effectuer des mouvements en porte-à-faux répétitifs et, en raison de l'atteinte à son épaule, des mouvements répétitifs du bras droit, spécialement au-delà de 90°.

Dans un rapport médical à l'OAI du 17 novembre 2005, la Dresse R._____ posait les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de périarthropathie de l'épaule droite, d'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire (depuis février 2004), de cervico-brachialgies bilatérales sans déficit neurologique (depuis avril 2004), d'important état anxieux avec très probable somatisation (depuis 2004) et d'important déconditionnement musculaire. Elle estimait l'incapacité de travail en tant que machiniste sur les chantiers à 75% depuis septembre 2004. Sous la rubrique «thérapie, pronostic» de son rapport médical, elle relevait ce qui suit:

«Le patient n'a pas supporté la physiothérapie proposée. Il se sent bien dans la piscine, mais en sortant il est très fatigué jusqu'à faire des malaises. La physiothérapie à sec n'a jamais été supportée. Vu les déchirures tendineuses et l'arthropathie acromio-claviculaire, on pourrait penser qu'une éventuelle intervention orthopédique pourrait l'aider. Personnellement, j'ai quelques doutes étant donné le comportement psychologique de ce patient avec une tendance à généraliser ses douleurs.

Pronostic:

Ce patient est actuellement investi par ses douleurs et il m'est difficile de penser qu'il existe des traitements pouvant l'améliorer. Il a un important déconditionnement musculaire dans le cadre de son obésité et du manque d'activité et il est incapable de trouver des ressources pour rompre ce cercle vicieux.

Un reclassement professionnel me semble voué à l'échec.»

Dans une annexe au rapport médical du 28 novembre 2005, la Dresse R. _____ a relevé que l'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible deux heures par jour et qu'il y avait une diminution de rendement. Elle relevait que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, à un taux d'au moins 50%. L'assuré ne pouvait pas exercer une activité dans la même position du corps pendant longtemps, ni à genoux, en inclinaison du buste, en position accroupie, avec l'utilisation des deux bras, nécessitant de lever, porter ou déplacer des charges, et devait enfin éviter le travail en hauteur/sur une échelle.

Le 12 mai 2006, l'assuré, par son conseil, a communiqué à l'OAI un courrier du Service de l'emploi du 4 mai 2006 accompagné d'un rapport de la Dresse S. _____, médecine interne FMH et médecin-conseil du Service de l'emploi, du 24 avril 2006, selon lequel sa capacité de travail était estimée à 50%, avec les restrictions médicales suivantes: pas de port de charges à répétition au-dessus de 10 kg, pas d'activité sollicitant fortement le bras droit.

Par avis médical des 3 août et 8 septembre 2006, la Dresse C. _____, médecine interne et endocrinologie/diabétologie FMH, du Service médical régional AI (ci-après: SMR) a proposé d'adresser un mandat au SMR pour organiser rapidement un examen rhumatopsychiatrique de l'assuré.

Selon le questionnaire pour l'employeur adressé le 11 septembre 2006 à l'OAI par [...] SA, entreprise auprès de laquelle l'assuré a travaillé du 18 mai 2001 au 28 février 2005 en qualité de machiniste, ce dernier percevait dès le 1^{er} août 2004 un salaire mensuel de 5'200 fr.,

servi treize fois. Son dernier jour de travail effectif avait été le 30 septembre 2004; il avait été licencié après plusieurs avertissements.

Le 23 janvier 2007, l'assuré, par son conseil, a adressé à l'OAI un rapport d'IRM dorsale de la Dresse T._____, radiologue FMH, du 21 septembre 2006, qui conclut en ces termes:

«Vraisemblable petite syringomyélie à la hauteur de D8, à reconstrôler par IRM dans environ six mois. Légère cunéiformisation antérieure ancienne dorsale moyenne accompagnée de phénomènes dégénératifs, également œdémateux. Aspect arrondi et légèrement expansif du mur antérieur de la vertèbre D5 avec une zone d'œdème et de prise de contraste de cette région. Lésion expansive sous-jacente? A confronter avec un CT-scan.»

Etait encore joint un rapport de CT-Scan dorsal du 2 octobre 2006 de la Dresse T._____, dont la conclusion était la suivante:

«Cette image expansive du mur antérieur de D5 correspond en fait à une calcification marquée du ligament commun vertébral antérieur. Calcifications s'étendant sur plus de quatre niveaux, parlant pour un DISH. Pas de lésion expansive de D5.»

Dans un rapport médical du 12 mars 2007 à l'OAI, la Dresse Z._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervico-scapulalgies droites sur tendinopathie du sus-épineux, arthropathie acromio-claviculaire, conflit chronique de la coiffe depuis 2003, de lombalgies récidivantes sur trouble de la statique, de dorso-lombalgies récidivantes sur troubles de la statique de D4 à D9, discopathie de L5-S1, protrusion L4-L5 évoluant depuis 1996, de gonalgies récidivantes probablement sur syndrome fémoro-patellaire, de polyarthralgies probablement de type somatisation et d'état anxio-dépressif. Elle notait que le pronostic était réservé compte tenu de la chronicisation et de l'extension des douleurs; les examens radiologiques récents avaient révélé des ponts osseux au niveau dorsal, de D4 à D9, qui correspondaient à un DISH (diffuse idiopathic skeletal hyperostosis), affection bénigne de la colonne qui n'était pas à l'origine de la douleur. L'IRM avait par contre mis en évidence une discrète syringomyélie localisée à hauteur de D8, constatation radiologique qui, de l'avis de cette

médecin, ne pouvait expliquer les symptômes douloureux. Dans l'annexe au rapport médical du même jour, la Dresse Z._____ relevait que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité. Au plan purement rhumatologique, cette praticienne notait qu'il devrait pouvoir travailler dans une activité légère lui permettant d'alterner la position assise et debout, d'éviter les mouvements en porte-à-faux et d'éviter de porter des charges de manière répétitive.

Le 1^{er} novembre 2007, l'assuré a été convoqué à un examen clinique rhumato-psychiatrique auprès du SMR. Dans leur rapport du 26 novembre 2007, les Drs E._____, médecine générale FMH, et M._____, psychiatrie et psychothérapie FMH, ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants:

- dorso-lombalgies chroniques, dans le cadre d'une maladie de Forestier et de dysbalances musculaires (M48.1)
- discrète gonarthrose droite, dans le cadre d'un status post-ostéosynthèse d'une fracture du fémur et de la jambe droite en 1989 (M17.3)
- périarthrite de l'épaule droite dans le cadre d'une tendinopathie du sus- et du sous-épineux avec arthrose acromio-claviculaire (M75.1)
- aucun, sur le plan psychiatrique.

Les Drs E._____ et M._____ ont encore posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants:

- douleurs au bras droit, dans le cadre d'un status post-tendinopathie de la coiffe des rotateurs, actuellement calme
- fourmillements et douleurs aux mains, sans substrat organique
- obésité (BMI 33.5)
- hypertension artérielle traitée
- dysthymie (F34.1).

Ces médecins ont retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 20% au moins depuis le 1^{er} octobre 2004 selon les différents rapports médicaux. L'incapacité de travail était de 100% pour tout travail lourd, et de 10% pour une activité adaptée. Ils précisait s'agissant des limitations fonctionnelles qu'il fallait éviter une position statique prolongée debout, assise, en flexion-rotation du tronc et en extension; le port de charges était limité à 10 kg occasionnellement. L'assuré ne devrait pas travailler sur des échelles et des échafaudages, en position accroupie ou agenouillée et ne pouvait pas travailler avec le bras droit au-delà de l'horizontale. Le périmètre de marche était limité à 1'500 m dans du terrain plat. Concernant la capacité de travail exigible, les Drs E. _____ et M. _____ indiquaient ce qui suit:

«On peut comprendre que l'assuré éprouve de la peine à travailler sur des grandes machines de chantier ou dans d'autres activités comprenant des positions vicieuses ou le port de charges lourdes. Il n'y a cependant aucune raison médicale pour laquelle l'assuré ne travaillerait pas dans une activité adaptée à 85-90%, la diminution étant due uniquement à une certaine rigidité matinale et à la nécessité de changer la position.»

Par communication du 20 décembre 2007, l'OAI a informé l'assuré qu'une orientation professionnelle pour déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle aurait lieu à l'Office, où il a été convoqué le 18 février 2008. A la suite de cette entrevue, une visite a été organisée auprès du Centre de formation professionnelle Orif de Morges le 4 mars 2008, qui s'est déclaré favorable à l'admission de l'assuré.

Par courrier de l'Orif du 27 octobre 2008, l'assuré a été informé que son stage se déroulerait du 27 octobre 2008 au 7 février 2009 dans la section Atelier d'Intégration Professionnelle (AIP).

La note d'entretien téléphonique du 17 novembre 2008 entre l'assuré et l'OAI a la teneur suivante:

«Est à la maison depuis mardi ou mercredi passé (ne se souvient pas exactement), en raison de ses problèmes de santé. Il est allé voir son MT, mais il semble que celui-ci ne veuille pas lui faire d'IT, par contre, il l'a envoyé auprès de la Dresse Z. _____ (spé

rhumato), l'assuré a rdez-vs demain avec elle. Ns retient au courant de la situation.»

Selon certificat médical du 18 novembre 2008 de la Dresse Z._____, l'assuré a présenté dès le 17 novembre 2008 une incapacité de travail de 50%, jusqu'au 10 décembre 2008 (durée probable). Selon un autre certificat médical de cette médecin du 12 janvier 2009, l'assuré a présenté une incapacité de travail de 50% dès le 12 janvier 2009, jusqu'au 15 février 2009 (durée probable).

Le bilan effectué avec l'assuré et les répondants du centre Orif le 19 janvier 2009 a la teneur suivante:

«- 16 j d'absence + certificat médical à 50% indét. L'assuré ne va au centre que les matins. Si loupe le bus, doit monter à pied - il a régulièrement 10-15 min de retard, par ailleurs comme il a dû faire des efforts et marcher, il arrive fatigué et épuisé...

- Assuré centré sur ses douleurs et plutôt plaintif.

- Ont essayé d'adapter au mieux les activités pour qu'elles soient très légères, néanmoins n'arrivent pas à le mobiliser pour la réinsertion prof. D'ailleurs, lui ont demandé de solliciter certaines entreprises pour chercher du travail léger, il s'est approché que d'une entreprise, puis a déclaré que ça le fatiguait trop n'a rien recherché d'autre.

- Aux ateliers, lorsqu'il ne parle pas de ses douleurs ou ne se focalise pas sur ses douleurs il présente des capacités manuelles pratiques qui sont relativement bonnes et bien exploitables sur le marché économique dans des activités simples et légères (industrie, conditionnement léger), ses LF au niveau de l'épaule n'interfèrent pas avec cette activité.

- Le répondant social a pris contact avec son MT et la rhumatologue. Il semblerait que la Dresse X._____ ait refusé de lui faire un certificat médical estimant qu'il pouvait travailler. Elle l'a dirigé vers la Dresse Z._____ qui lui a fait un certif principalement pour permettre à l'assuré de prendre son temps et de se réhabituer à un processus de travail.

- L'assuré semble être dépassé par les événements, ne consulte pas de psychiatre mais semble inlassablement attendre que quelqu'un lui verse des prestations financières.

- Il aime être à l'Oriph mais perçoit la mesure comme une occupation et non dans un processus de reprise de travail. Il dit d'ailleurs ne pas pouvoir travailler à un taux important mais à env. 50%.

-> La mesure au CIP n'ayant pas de sens, arrêt des MOP au 19.01.09.

L'assuré ira dès demain s'inscrire au CSR, ayant épuisé son droit au chômage.

Suite donnée à l'entretien/propositions

- ESS»

Selon le rapport final du 20 janvier 2009 de la division réadaptation de l'OAI, l'assuré ne percevait la mesure à l'Orif que comme une occupation et n'entrait pas dans un processus de réinsertion professionnelle; l'assuré avait dès lors été informé que l'OAI allait conclure par une approche théorique de gains.

Dans son rapport du 19 février 2009 à l'OAI, le directeur du centre Orif a notamment relevé que l'assuré avait réalisé les travaux demandés à l'atelier mais n'avait pas montré une volonté d'entrer dans une dynamique de recherche de solutions professionnelles adaptées à sa problématique de santé. Sous une rubrique «Commentaires», l'auteur du rapport relevait ce qui suit:

«Les avis des deux médecins, généraliste et rhumatologue, résument bien la situation de votre assuré.

En effet, la spécialiste reçoit ce patient, adressé par sa consoeur, pour investiguer une éventuelle objectivation des symptômes douloureux évoqués par M. P._____. Elle pense qu'il est extrêmement limité dans la compréhension de ce qui lui arrive. Votre assuré ne lui semble pas de mauvaise foi, mais plutôt dépassé par la situation. Il a de la peine à comprendre qu'il ne souffre pas d'une maladie grave qui l'empêcherait de travailler. La rhumatologue ne le voit pas reprendre le stage à 100% d'ici la fin de la mesure; elle le laisse en effet, via un certificat médical, à 50%. Mais malgré sa capacité potentielle de mi-temps, les absences répétées de votre assuré montrent peu de fiabilité sur le long terme. La praticienne rappelle que ce patient a passé par un épisode dépressif l'an dernier et qu'il dit se sentir mieux dans le contexte de notre Centre. La doctoresse se demande s'il n'y a pas lieu de réaliser un bilan psychologique.

La généraliste, quant à elle, sans nier le fait que M. P._____ présente peut-être un état de type dépressif, estime aléatoire d'entrer dans ces investigations. En effet, la capacité relative d'élaboration de votre assuré, associée à la motivation peut-être défensive de ne rien changer, ne laisse présager une quelconque évolution.

Ces éléments, adjoints à nos observations, montrent en l'état peu de possibilités d'entrer dans un processus d'intégration professionnelle.»

Dans un projet de décision du 9 juin 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant un degré d'invalidité de 33% après comparaison des revenus.

Le 7 juillet 2009, l'assuré, par son conseil, a contesté ce projet de décision, en faisant valoir fait que l'OAI n'aurait pas dû procéder à une approche théorique, mais constater sur la base des éléments médicaux et des essais effectués à l'Orif qu'il ne pouvait au mieux travailler qu'à 50% avec un rendement de l'ordre de 50%, améliorable à environ 70%. Il estimait qu'avec un gain d'invalidé en usine ou en atelier chiffré à 57'830 fr., respectivement à 28'915 fr. à 50% et à 20'340 fr. avec rendement à 70%, comparé avec le revenu de valide de 69'685 fr., il en résulterait une invalidité de 71%. Il concluait avoir droit à une rente entière, subsidiairement un trois-quarts de rente et encore plus subsidiairement une demi-rente.

Par décision du 23 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 juin 2009 et a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité. Procédant à une évaluation économique, l'OAI a considéré que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 46'842 fr. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 69'685 fr., mettait en évidence une perte de gain de 22'843 fr., qui correspondait à un taux d'invalidité de 33%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

C. Par acte de son mandataire du 27 octobre 2009, l'assuré a recouru contre cette décision, en concluant avec dépens à sa réforme dans le sens qu'il a droit à une rente entière, subsidiairement à trois-quarts de rente de l'AI dès telle date que justice dira, et subsidiairement à son annulation. Il fait valoir en substance que lorsqu'un assuré ne peut, pour des raisons de santé, accomplir pleinement un stage de reconversion et/ou d'observation professionnelle, parce que son médecin atteste d'une incapacité partielle ou totale de travail durant ce stage, il n'est pas juste

de passer sans autre à «l'approche théorique», mais qu'il faut examiner dans quelle mesure l'assuré a pu justifier son incapacité d'accomplir la démarche de reconversion professionnelle et/ou d'observation. Il explique qu'il est dépressif, non soignable, ne faisant pas preuve de mauvaise volonté mais qu'il éprouve effectivement des douleurs fortes et ne peut accomplir un stage de reconversion ni/ou de simple observation professionnelle. Il explique encore que si, nonobstant l'instruction qu'il juge insuffisante du cas, il était passé à l'approche théorique sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), il faudrait considérer qu'il peut travailler au mieux à 50%, avec un rendement de l'ordre de 70 ou 75%, justifiant qu'il obtienne au moins trois-quarts de rente et plus vraisemblablement une rente entière. Il produit un lot de pièces.

Dans sa réponse du 11 décembre 2009, l'OAI se réfère à l'examen clinique rhumato-psychiatrique du SMR du 26 novembre 2007 selon lequel l'assuré présente une capacité de travail de 85% - 90% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il joint à son envoi un avis médical du SMR du 7 décembre 2009, auquel il se rallie, dont il ressort ce qui suit:

«L'acte de recours du 27.10.09 ne comporte aucune pièce médicale.

Le dernier rapport médical au dossier est le rapport d'examen clinique rhumato-psychiatrique du 01.11.2007. Deux certificats médicaux de la Dresse Z. _____ attestent l'un une incapacité de travail > 50% du 17.11.08 au 10.12.08, l'autre une incapacité de travail (> 50% CT?) du 12.01.09 au 15.02.09. Il ne s'agit que de certificat destiné à l'employeur, dont on ne peut rien déduire sur le plan médical, si ce n'est que l'incapacité attestée est de courte durée et qu'ils émanent d'un médecin rhumatologue FMH.

Dans ces conditions, il est clair que je ne peux pas me prononcer sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré durant les presque deux ans qui séparent l'examen clinique au SMR de la décision de l'Office AI.

Me Nordmann évoque un état dépressif qui aurait empêché l'assuré d'entrer dans un processus de reconversion professionnelle. Or aucun état dépressif n'était présent en novembre 2007, lorsque l'assuré a été examiné par un psychiatre au SMR.

Dès lors il conviendrait dans un premier temps de savoir quel psychiatre a diagnostiqué, pris en charge et prescrit un traitement pour cet état dépressif et que le Tribunal lui demande un rapport.

Quant aux chiffres de capacité de travail et de rendement avancés par Me Nordmann pour calculer l'approche théorique, ils n'émanent d'aucun rapport médical au dossier et ne sauraient par conséquent servir de base de calcul sans validation médicale.»

Interpellé par le juge instructeur, l'assuré, par son conseil, a répondu le 26 janvier 2010 qu'il avait été suivi plusieurs années auparavant par le Dr D._____ et la Dresse K._____, psychiatrie et psychothérapie FMH, et qu'il était désormais suivi par la Dresse X._____, ce également sur le plan psychique.

Par avis du 2 février 2010, le juge instructeur a invité les parties à lui faire parvenir les questions qu'elles souhaitent poser à la Dresse X._____. Cette dernière a adressé ses réponses aux questions qui lui étaient posées le 18 mars 2010 à la Cour de céans. Elle a apporté les réponses suivantes aux questions de l'assuré:

«1) Depuis quand connaissez-vous M. P._____?

23 janvier 2004

2) Quelles ont été les dates de vos consultations?

En 2009 aucune.

En 2010 le 14.01.2010 et le 5.03.2010 (2 fois 15 minutes)

3) Avez-vous posé des diagnostics sur les affections somatiques et les affections psychiques de votre patient?

oui (somatiques) non (psychiatriques)

4) Si oui, quels sont ces diagnostics?

- thrombocytopénie (d'origine encore indéterminée), adressé à un confrère hématologue pour investigations complémentaires

- dorso-lombalgies chroniques, dans le cadre d'une maladie de Forestier et de dysbalances musculaires (M48.1).

5) Pouvez-vous indiquer les traitements que vous avez prescrits à M. P._____ et en particulier quels sont les médicaments prescrits? M. P._____ est-il «compliant»?

Citalopram 20 mg

Irfen 600 mg

«non compliant»

6) Pouvez-vous indiquer si, selon votre avis médical, M. P._____ est capable d'exercer une activité professionnelle, compte tenu de son état somatique et psychique?

oui.

7) En cas de réponse affirmative, avec quelle(s) limitation(s), décrivez le plus précisément possible.

éviter le port de charges; occuper un travail permettant l'alternance de la position assise et debout

[...]

9) Est-il possible d'escompter, et si oui à quelle échéance, une amélioration de l'état de santé et / ou la capacité de gain de M. P. _____ ?

non

10) Toutes autres indications qui vous paraîtraient utiles.

aucune.»

La Dresse X. _____ a en outre répondu comme suit aux questions de l'OAI:

«1- quel est le diagnostic psychiatrique, libellé selon la CIM-10 ?

aucun.

2- quel est le status psychiatrique actuel ?

légère anxiété fluctuante réactionnelle à ses difficultés socio-économiques, et à ses problèmes de santé.

3- quel est le traitement psychotrope (médicaments et posologies) ?

Citalopram 20 mg dès le 14.01.2010 (sur demande du patient)

4- quelle est la fréquence des consultations

aucune en 2009

une le 14.01.2010 (15 minutes)

une le 05.03.2010 (15 minutes)

5- quelles sont les limitations fonctionnelles psychiatriques ?

aucune

6- quelle est en % l'incapacité de travail dans une activité adaptée, imputable à la seule atteinte psychiatrique ?

aucune.»

Dans ses déterminations du 10 mai 2010, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il produit en outre un rapport médical du SMR du 6 mai 2010 du Dr B. _____, à la teneur suivante:

«Les réponses de la Dresse X. _____ sont sans équivoque: l'assuré ne souffre d'aucune affection psychiatrique, n'a aucune limitation fonctionnelle d'origine psychiatrique et aucune incapacité de travail imputable à une atteinte psychiatrique.

Quant à l'aspect somatique, il a été parfaitement clarifié par l'examen clinique du 01.11.2007, dont les conclusions permettent de statuer puisque aucun fait nouveau ni aggravation durable n'ont été annoncés jusqu'au 23.09.2009, date de la décision attaquée.»

Par écriture du 10 juin 2010, l'assuré, par son conseil, relève que les avis de la Dresse X. _____ sont entachés d'erreurs qui permettent de les mettre sérieusement en doute, relevant qu'elle l'avait vu en 2009 dès lors qu'il avait payé une de ses factures le 28 juillet 2009, contestant l'appréciation selon laquelle il ne serait pas compliant,

rappelant encore que le rapport de stage Orif démontre que les douleurs l'empêchent d'obtenir des rendements acceptables pour un employeur. Il se réfère également à l'avis de la médecin-conseil du Service de l'emploi qui avait considéré que sa capacité de travail ne dépassait pas 50% dans une activité adaptée. Il requiert en dernier lieu que l'avis de la Dresse Z. _____ soit recueilli sur ses constatations lors du stage de réadaptation à l'Orif et son estimation de sa capacité physique dans une activité de substitution.

E n d r o i t :

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

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. En l'espèce, le litige porte principalement sur la détermination de la capacité de travail du recourant, sur les plans tant somatique que psychiatrique, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant reproche à l'OAI d'avoir procédé à une approche théorique de la capacité de travail, sans avoir examiné dans quelle mesure

il aurait pu justifier son incapacité d'accomplir la démarche de reconversion professionnelle et/ou d'observation. Il soutient qu'il est de bonne volonté mais dépressif, non soignable et qu'il éprouve des douleurs telles qu'il ne peut accomplir un stage de reconversion ni/ou de simple observation professionnelle, jugeant l'instruction de son cas insuffisante. Il soutient enfin que s'il était néanmoins passé à l'approche théorique, il faudrait considérer qu'il peut travailler à 50% au mieux, avec un rendement de l'ordre de 70% ou 75% (de 50%). L'OAI retient quant à lui une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée et constate que le stage d'observation organisé auprès du Centre Orif n'a pas abouti, si bien qu'il a évalué le préjudice économique, des mesures professionnelles n'étant pas envisageables.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (cf. actuellement l'art. 28 al. 2 LAI, dont la teneur est identique), 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; TFA I 762/2002 du 6 mai 2003, consid. 2; I 522/2000 du 22 mai 2001, consid. 2).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43 ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.).

4. Il est constant que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de machiniste. En revanche, sa capacité de travail dans une activité adaptée est contestée. Il se dit dépressif et se plaint de fortes douleurs l'empêchant d'accomplir un stage de reconversion ni/ou de simple observation professionnelle.

a) Sur le plan somatique, la Dresse R._____ constate dans son rapport du 24 mars 2005 que les douleurs de l'assuré sont en relation avec des tendinopathies complexes, associées à une déchirure du sus-épineux, ainsi qu'à des lésions dégénératives acromio-claviculaires, mais que cette problématique n'entraîne pas une importante limitation fonctionnelle, indiquant avoir l'impression qu'il y a un certain degré

d'amplification des douleurs chez un patient qui a des difficultés professionnelles pour d'autres raisons. Cette praticienne, dans son rapport médical du 26 avril 2005, précise que l'assuré présente objectivement une mobilité relativement bonne au niveau de l'épaule droite, mis à part la rotation interne. Dans son rapport médical du 6 juin 2005, la Dresse X. _____ retient le même diagnostic que la Dresse R. _____, savoir une épaule droite douloureuse dans un contexte de tendinopathies multiples avec déchirure interstitielle du tendon du sus-épineux et arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, et constate que dès le 1^{er} mars 2005, l'incapacité de l'assuré est due à 50% pour raison psychiatrique et à 50% pour raison rhumatologique. Dans son rapport médical à l'OAI du 3 octobre 2005, la Dresse Z. _____ diagnostique des cervico-scapulalgies droites sur tendinopathie du sus-épineux, arthropathie acromio-claviculaire, conflit chronique de la coiffe depuis 2003, des lombalgies récidivantes sur troubles de la statique (cyphose dorsale basse, discopathie L5-S1, protrusion L4-L5 évoluant depuis 1996), des gonalgies récidivantes, probablement sur syndrome fémoro-patellaire, ainsi que des polyarthralgies, probablement de type somatisation. Elle observe que l'incapacité de travail est entière depuis le mois d'octobre 2004 dans l'activité exercée jusqu'à ce jour, mais considère qu'au plan rhumatologique, on pourrait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, peut-être physiquement moins lourde que celle d'ouvrier sur machines de chantier, relevant qu'une appréciation de la capacité de travail nécessiterait selon elle une évaluation pluridisciplinaire, car elle dépend largement de l'état psychique de l'assuré. La Dresse R. _____, dans son rapport médical du 17 novembre 2005, diagnostique une périarthropathie de l'épaule droite, un arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, des cervico-brachialgies bilatérales sans déficit neurologique ainsi qu'un important déconditionnement musculaire. Elle estime l'incapacité de travail à 75% dans l'activité de machiniste sur les chantiers depuis septembre 2004; elle est en outre d'avis qu'un reclassement professionnel est voué à l'échec. Dans l'annexe au rapport médical du 28 novembre 2005, cette praticienne observe pourtant que l'on peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, à un taux d'au moins 50%. La Dresse S. _____, médecin-conseil auprès du Service de l'emploi, estime

quant à elle à 50% la capacité de travail de l'assuré dans son rapport du 24 avril 2006. Dans son rapport médical du 12 mars 2007, la Dresse Z._____ pose les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervico-scapulalgies droites sur tendinopathie du sus-épineux, arthropathie acromio-claviculaire, conflit chronique de la coiffe depuis 2003, de lombalgies récidivantes sur trouble de la statique, de dorso-lombalgies récidivantes sur troubles de la statique de D4 à D9, discopathie de L5-S1, protrusion L4-L5 évoluant depuis 1996, de gonalgies récidivantes probablement sur syndrome fémoro-patellaire et de polyarthralgies probablement de type somatisation. Elle rappelle que l'on peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, observant qu'au plan purement rhumatologique, il devrait pouvoir travailler dans une activité légère lui permettant d'alterner la position assise et debout, d'éviter les mouvements en porte-à-faux ainsi que le port de charges de manière répétitive. La Dresse Z._____ note encore que les examens radiologiques récents (IRM dorsale du 21 septembre 2006 et CT-Scan dorsal du 2 octobre 2006) révèlent des ponts osseux au niveau dorsal, de D4 à D9, correspondance à un DISH, affection bénigne de la colonne qui n'est pas à l'origine de la douleur, l'IRM ayant certes mis en évidence une discrète syringomyélie localisée à hauteur de D8, laquelle ne peut expliquer les symptômes douloureux.

Suivant la suggestion de la Dresse Z._____ de mettre en œuvre une évaluation pluridisciplinaire, l'OAI a confié au SMR le soin de réaliser un examen clinique rhumato-psychiatrique de l'assuré. Les Drs E._____ et M._____ ont rendu leur rapport le 26 novembre 2007. Celui-ci intègre une anamnèse complète du recourant, fait état de son status (général, ostéoarticulaire, psychiatrique) et a été rédigé en pleine connaissance de son dossier; il comprend par ailleurs des conclusions claires, étayées et cohérentes. Les Drs E._____ et M._____ posent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de dorso-lombalgies chroniques, dans le cadre d'une maladie de Forestier et de dysbalances musculaires (M48.1), de discrète gonarthrose droite, dans le cadre d'un status post-ostéosynthèse d'une fracture du fémur et de la jambe droite en 1989 (M17.3) et de périarthrite de l'épaule droite dans le

cadre d'une tendinopathie du sus- et du sous-épineux avec arthrose acromio-claviculaire (M75.1). Les diagnostics invalidants retenus par les médecins du SMR n'apparaissent pas en contradiction avec ceux posés tant par la rhumatologue traitant, la Dresse Z._____, que par les Dresses X._____, et R._____. Les Drs E._____ et M._____ retiennent sur la base de leur examen complet qu'il n'y a pas de raison médicale pour laquelle l'assuré ne travaillerait pas dans une activité adaptée à 85-90%.

Interpellée par le juge instructeur, la Dresse X._____ indique dans son rapport médical du 18 mars 2010 que l'assuré est capable d'exercer une activité professionnelle, pour autant qu'il évite le port de charges et qu'il occupe un travail permettant l'alternance de la position assise et debout.

Finalement, sur le plan somatique, il y a lieu de constater que seule les Dresses X._____, dans son rapport du 6 juin 2005 à l'OAI, et la Dresse S._____, dans son rapport du 24 avril 2006, mentionnent une incapacité de travail à 50% sur ce plan. Or la Dresse X._____ ne précise pas dans son rapport du 6 juin 2005 si cette incapacité concerne la profession exercée jusqu'alors, savoir celle de machiniste, ou si elle était de 50% dans toute activité. Dans la mesure où la Dresse X._____ déclare dans son rapport à la Cour de céans du 18 mars 2010 que l'assuré est capable d'exercer une activité professionnelle en évitant le port de charges, dans un poste de travail permettant d'alterner les positions, il n'y a pas lieu de s'écarter de cette dernière appréciation. Quant au rapport du 24 avril 2006 de la Dresse S._____, il faut constater qu'il est antérieur à celui de la Dresse X._____ du 18 mars 2010. Il est également antérieur au rapport d'examen rhumato-psychiatrique du SMR du 26 novembre 2007, selon lequel la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est de 85-90%, et ne saurait dès lors être préféré à l'appréciation du SMR, respectivement à l'appréciation de la Dresse X._____ du 18 mars 2010.

S'agissant enfin des certificats médicaux de la Dresse Z._____ des 18 novembre 2008 et 12 janvier 2009, selon lesquels

l'assuré a présenté une incapacité de travail à 50% du 17 novembre au 10 décembre 2008 et du 12 janvier au 15 février 2009, ils sont succincts, de courte durée et ne contiennent aucun élément permettant de leur accorder valeur probante. Il ressort en outre du bilan effectué à l'Orif le 19 janvier 2009 que le répondant social a pris contact avec la Dresse Z. _____ et que cette dernière lui a fait savoir qu'elle avait fait un certificat médical à l'assuré pour lui permettre de prendre son temps et de se réhabituer à un processus de travail, alors que la Dresse X. _____ avait pour sa part refusé de lui établir un certificat, estimant qu'il pouvait travailler.

Le recourant sollicite que l'avis de la Dresse Z. _____ sur ses constatations lors du stage de réadaptation à l'Orif et son estimation de sa capacité physique dans une activité de substitution soit recueilli. Or il ressort du dossier que la Dresse Z. _____ a établi un certificat médical à l'assuré pour lui permette de se réhabituer à un processus de travail. L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce que cet avis pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

A l'occasion du stage d'observation au centre Orif, le directeur dudit centre a noté que le rendement global de l'assuré avait diminué à cause de ses douleurs. Il y lieu de rappeler que, sur le plan somatique, les Drs E. _____ et M. _____ se sont prononcés en faveur d'une capacité de travail résiduelle de 85 à 90% dans une activité adaptée, la Dresse X. _____ étant également d'avis que l'assuré est capable de travailler dans une activité adaptée (cf. son rapport médical du 18 mars 2010). Or il appert à lecture du rapport de l'Orif du 19 février 2009 que son état de santé préoccupait l'assuré, qui, de ce fait, laissait peu de place pour le travail, et qui avait de la peine à comprendre qu'il ne souffrait pas d'une

maladie grave qui l'empêcherait de travailler. A l'aune de ces considérations, et compte tenu de la nuance apportée par la jurisprudence en présence de divergences entre constatations de médecins et celles effectuées à l'occasion d'un stage d'observation (cf. consid. 3b supra), l'avis du SMR des Drs E._____ et M._____, d'une part, ainsi que celui de la Dresse X._____ du 18 mars 2010, ne peuvent qu'être partagés par la Cour. En effet, les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe, supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TF I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). Il convient ainsi de retenir que le recourant présente effectivement au plan somatique une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée, comme l'ont indiqué les médecins du SMR dans leur rapport d'examen du 26 novembre 2007.

b) Sur le plan psychiatrique, la Dresse R._____ diagnostique dans son rapport médical du 24 mars 2005 un «état anxieux - conflit professionnel». Dans son rapport du 6 juin 2005, la Dresse X._____ pose le diagnostic d'état anxio-dépressif traité, en relevant néanmoins que l'incapacité de travail est due à 50% pour raison psychiatrique dès le 1^{er} mars 2005. La Dresse Z._____ diagnostique également un état dépressif dans son rapport du 3 octobre 2005. La Dresse R._____ mentionne dans son rapport médical à l'OAI du 17 novembre 2005 un important état anxieux avec très probable somatisation, en relevant que le patient a tendance à généraliser ses douleurs. Dans son rapport médical du 12 mars 2007, la Dresse Z._____ retient à nouveau le diagnostic d'état dépressif. L'assuré a été examiné le 1^{er} novembre 2007 par le Dr M._____ du SMR, psychiatre. Ce dernier ne retient aucun diagnostic sur le plan psychiatrique dans le rapport d'examen du 26 novembre 2007. Cette

appréciation est confirmée par la Dresse X. _____ dans son rapport du 18 mars 2010 à la Cour de céans, dans lequel elle confirme qu'il n'y a aucun diagnostic psychiatrique libellé selon la CIM-10, l'assuré présentant uniquement une légère anxiété fluctuante réactionnelle à ses difficultés socio-économiques et à ses problèmes de santé. Pour la Dresse X. _____, il n'existe aucune limitation fonctionnelle psychiatrique, ni aucune incapacité de travail imputable à la seule atteinte psychiatrique. Le recourant soutient que les avis de la Dresse X. _____ à la Cour de céans sont entachés d'erreurs. A cet égard, il convient de relever que le fait que l'assuré déclare avoir acquitté une facture de cette médecin en juillet 2009 ne permet pas encore d'affirmer qu'il l'a consultée en 2009. Quant au fait qu'il ne serait pas compliant selon la Dresse X. _____, déclaration qu'il remet en question, il y a lieu de constater que ce seul élément n'est pas déterminant, dans la mesure où cette praticienne confirme que son patient est capable d'exercer une activité professionnelle compte tenu de son état somatique et psychique.

Dans ces circonstances, il convient de retenir que le recourant présente une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique.

Il faut ainsi considérer que la situation médicale du recourant, tant sur le plan physique que psychique, est clairement établie, de telle sorte qu'on renoncera à entreprendre d'autres mesures d'instruction (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il reste à déterminer quelles conséquences elle induit sur les prétentions du recourant.

5. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGA).

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des

revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 2a et 2b).

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. 205 et 206).

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 (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005, consid 5; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TFA I 171/04 du 1^{er} avril 2005 consid. 4.2). 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. Elles s'élèvent à 25 % au maximum.

Selon la jurisprudence, si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

b) En l'espèce, l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimée se fonde à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a plus repris d'activité professionnelle depuis le 30 septembre 2004. Il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence en 2005. S'agissant du revenu de valide retenu par l'OAI, le recourant ne le conteste pas. Le salaire de 69'685 fr. doit donc être confirmé.

S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en considérant que le revenu que l'assuré était susceptible d'obtenir en exerçant l'activité qu'on pouvait raisonnablement exiger de sa part devait être évalué sur la base des données statistiques. Le salaire de référence est ainsi celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir, en 2004, 4'588 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire représente – compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2004 (41,6 heures [La Vie économique 10-2006, p. 90, tableau B9.2]) – un revenu d'invalidé de 4'771 fr. 52 par mois (4'588 x 41.6 : 40 heures), soit 52'258 fr. 24 par année. Compte tenu de l'évolution moyenne des salaires de 2004 à 2005 (+1% [La Vie économique 10-2006, p. 91, tableau B.10.2]), le salaire est de 57'830 fr. 82. Compte tenu de la capacité de travail exigible de 90% dans une activité adaptée, le revenu sans invalidité doit être réduit, atteignant ainsi un montant annuel de 52'047 fr. 74. Il n'y a pour le surplus aucune raison de s'écarter du taux de réduction de 10% retenu par l'intimé, qui n'est au demeurant pas contesté. Ainsi, le revenu d'invalidé s'élève à 47'547 fr. 74. Compte tenu d'une capacité de travail de 90%, le revenu d'invalidé déterminant en l'espèce est de 46'842 francs.

Après comparaison du revenu d'invalidé (46'842 fr.) avec celui sans invalidité (69'685 fr.), il résulte une perte de gain de 22'843 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 32,78% (22'843 fr. / 69'685 fr. x 100), arrondi à 33% (ATF 130 V 121). Le taux d'invalidité se situant en deçà du degré minimum de 40% ouvrant droit à un quart de rente, c'est donc avec raison que dans sa décision du 23 septembre 2009, l'OAI a refusé la demande de rente AI présentée par le recourant.

6. Le recourant reproche à l'OAI d'être passé directement à l'approche théorique de sa capacité de travail.

Ainsi qu'il ressort de ce qui précède (cf. consid. 5b supra), la capacité de travail exigible du recourant est de 90% dans une activité adaptée, soit une activité simple et répétitive dans le secteur privé, telle que retenue par l'office intimé pour le calcul du degré d'invalidité. Le recourant présente dès lors, même sans mesure d'ordre professionnel, une capacité résiduelle de gain excluant le droit à la rente. L'OAI pouvait donc nier le droit à la rente même si aucune mesure d'ordre professionnel n'avait été allouée. Au demeurant, le recourant ne conclut pas à l'octroi d'une telle mesure dans son recours du 27 octobre 2009, de sorte que cette question n'est pas litigieuse.

Partant, il ne peut être reproché à l'office intimé d'avoir procédé à une approche théorique de la capacité de travail de l'assuré.

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 1'000 fr. (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 23 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, par 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, à Lausanne (pour P. _____)
- 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 :