

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 novembre 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Bonard et Mme Feusi, assesseurs,
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

V. _____, à Bussigny-près-Lausanne, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss et 16 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) V. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 14 juillet 1957, opérateur sur machines jusqu'en 2008, souffre de diverses atteintes à la santé (cervicalgies chroniques, syndrome du tunnel carpien bilatéral, hernie discale, dépression, etc.). En incapacité de travail totale depuis fin 2007, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes en date du 23 septembre 2008.

Dans une correspondance du 18 août 2008 adressée à l'assuré, la H. _____, assureur perte de gain maladie selon la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1), a communiqué sa décision de mettre fin au versement des indemnités journalières au 31 décembre 2008. Cet assureur indiquait en effet que de l'avis de son médecin-conseil et sur la base des pièces médicales en sa possession, la capacité de travail de l'assuré était de 100% dans le cadre d'une activité sans port de charges.

b) Dans un rapport médical du 14 novembre 2008, le Dr A. _____, médecin praticien à Renens, a attesté d'une capacité de travail sur le plan organique de 50%, ce dans une activité adaptée sans port de charges, de préférence en position assise ou alternée assise debout. Dans un nouveau certificat médical établi en date du 21 janvier 2010, ce même praticien a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré.

c) Dans un rapport médical du 6 mars 2009 adressés à l'OAI, la Dresse W. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation (F43.2 CIM-10) existant depuis 2008, sans incidence sur la capacité de travail. Expliquant que l'assuré avait débuté un suivi chez elle à compter du 7 janvier 2009, la praticienne a indiqué avoir prescrit une médication légère avec pour résultat une modeste amélioration de l'humeur de son patient. En sus d'un abaissement de l'humeur, elle a par ailleurs relevé une perte d'énergie, une diminution de plaisir, des angoisses ainsi que des troubles du sommeil

de l'assuré. Dans ses rapports médicaux des 4 juin, 13 août et 2 novembre 2009, la Dresse W. _____ a attesté en substance que l'assuré souffrait d'un "état dépressif majeur", cet état ayant suivi une péjoration durable sur plusieurs mois. Cette situation médicale a notamment eu pour conséquence de contre-indiquer tout déménagement de l'assuré, lequel changement de domicile aurait entraîné avec certitude une plus grave détérioration de l'état de santé.

d) L'assuré a été convoqué pour un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR, effectué le 29 avril 2009 par la Dresse E. _____ (ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie, qui a entre-temps obtenu le titre de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie) et par le Dr F. _____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie. Au terme de leur rapport du 5 mai 2009 (également signé par la Dresse O. _____, médecin-chef du SMR), ces spécialistes se sont prononcés en ces termes sur l'état médical, respectivement sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré:

"Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail

- Lombosciatalgies D chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L4-L5 D. M 54.4.

- Syndrome rotulien D. M 22.2.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- Obésité.

- Cervicalgies intermittentes. M 54.2.

- Troubles de l'adaptation en rémission F 43.2.

Appréciation du cas

L'assuré se plaint actuellement surtout de lombalgies irradiant à la face externe du membre inférieur D jusqu'à la cheville. Il signale également des douleurs de la fosse iliaque D irradiant au testicule D. Les lombosciatalgies D s'accompagnent de fourmillements au genou D, de perte de sensibilité du genou D et de la face interne de la cheville D. L'assuré signale également des gonalgies D avec lâchages du genou et rares blocages. L'assuré se plaint également parfois de cervicalgies, mais tout à fait supportables.

Au status actuel, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais on note des signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une certaine démonstrativité, l'assuré se plaignant notamment de lombalgies à la manœuvre de Phalen au poignet D et de troubles sensitifs mal systématisés de tout l'hémicorps D sous forme d'une hypoesthésie diffuse de cet hémicorps qui est probablement d'origine fonctionnelle, au vu du reste du status neurologique qui est

normal. La mobilité cervicale est bien conservée, mais la mobilisation cervicale entraîne non des cervicalgies, mais des lombalgies. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part la flexion des hanches qui est non limitée par un problème local, mais par les lombalgies. Il n'y a par ailleurs pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Il existe un syndrome rotulien D. Le status neurologique est par ailleurs sp, mis à part les troubles sensitifs mal systématisés de l'hémicorps D susmentionnés sous forme d'une hypoesthésie de tout l'hémicorps D. A noter encore que les épreuves de Lasègue ne sont pas limitées par un syndrome radiculaire, mais sont limitées à 60° ddc par un raccourcissement des muscles ischio-jambiers et par des lombalgies. Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis. Un premier CT-scan lombaire du 21 janvier 2008 a mis en évidence une hernie discale L4-L5 postéro-latérale D avec contrainte sur la racine L4 D. Un nouveau CT-scan pratiqué le 17 mars 2009 a mis en évidence une petite diminution de l'hernie discale, le comblement du trou de conjugaison D étant moins marqué actuellement. Il persiste néanmoins une certaine contrainte sur la racine L4 D. Par ailleurs, ce CT-scan lombaire n'a pas mis en évidence de nouvelle hernie discale aux autres niveaux et il n'y a pas de rétrécissement du canal spinal. Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle d'employé de production chez [...]. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète dès le 3 juin 2008, date où l'assuré a été récusé pour une opération chirurgicale par le service de neurochirurgie du [...].

[...]

Au plan psychiatrique, il s'agit d'un assuré âgé de 51 ans, originaire du Portugal, sans formation professionnelle qui a travaillé comme employé de production aux [...] de [...] avec port de charges lourdes. A la suite d'un lumbago aigu il souffre de sciatique L4 D légèrement déficitaire et très algique sur hernie discale L4-L5 D irritant la racine L4 D. Afin de préciser les limitations fonctionnelles et fixer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, le Dr G._____, médecin SMR demande un examen clinique rhumatologique et psychiatrique.

Dans le rapport médical du 6 mars 2009, le Dr W._____, psychiatre traitant depuis le 7 janvier 2009 retient le diagnostic de trouble de l'adaptation existant depuis janvier 2008. Or, selon la CIM-10, quand les symptômes persistent au-delà de six mois, on doit modifier le diagnostic pour celui qui correspond au tableau clinique, et on peut noter les facteurs de stress persistants.

Selon le psychiatre, "d'un point de vue psychiatrique, le pronostic est bon mais ce sera l'état algique lié à l'hernie discale qui pourrait compromettre la réinsertion professionnelle".

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de troubles de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, de

perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Le diagnostic de trouble de l'adaptation F43.2, à notre avis l'assuré aurait présenté une réaction mixte anxieuse et dépressive soit F43.22, qui est caractérisé selon la CIM-10 par la prédominance simultanée de symptômes anxieux et dépressifs dont la sévérité ne dépasse pas celle d'un trouble anxieux et dépressif mixte, est en rémission complète et n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant nous n'avons pas retenu ce diagnostic car la douleur décrite par l'assuré est de nature organique et les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

En conclusion, sur la base d'un examen clinique psychiatrique dans les limites de la norme, notre assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques

Les limitations fonctionnelles somatiques sont:

Rachis: Nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kilos, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques: Il n'y a pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. [...]"

e) Le 1^{er} juillet 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité, confirmé par décision du 15 décembre 2009. Cette décision retient en substance que dans son ancienne activité d'opérateur sur machines, la capacité de travail de l'assuré est nulle mais qu'elle serait entière dans une activité adaptée à son état de santé, soit sans port de charges de plus de 10 kg, sans mouvements en porte-à-faux du tronc avec alternance des positions. Après comparaison des revenus annuels sans et avec invalidité, l'OAI aboutit à un degré d'invalidité de 7%, justifiant le rejet de la demande de l'assuré. Il est en outre précisé que tant le droit à obtenir des mesures professionnelles que le droit à un reclassement ne sont pas ouverts à l'assuré.

B. a) L'assuré recourt contre cette décision de refus par acte du 26 janvier 2010.

Le recourant reproche à l'OAI d'avoir retenu qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il se réfère en

premier lieu à l'avis du Dr A._____, qui atteste d'une incapacité de travail totale dans son dernier certificat du 21 janvier 2010; si ce praticien avait fait état d'une capacité exigible à mi-temps dans un certificat du 14 novembre 2008, il n'a pas réitéré cette constatation dans son dernier certificat, ce qui donne très clairement à penser que l'incapacité de travail du recourant sur le seul plan organique est à ce jour totale. A cela s'ajoute également une incapacité de travail totale en raison de l'état dépressif majeur du recourant, diagnostiqué par la Dresse W._____, selon laquelle l'état du recourant est tel que ce dernier n'est même pas en mesure d'assumer un déménagement, activité que l'on peut qualifier de ponctuelle. C'est dire qu'une activité professionnelle sur le moyen ou long terme est absolument inexigible en raison de son état de santé psychique, lequel se serait apparemment encore péjoré, à lire en tout cas le rapport de la Dresse W._____ du 2 novembre 2009. Le recourant relève également qu'une orientation professionnelle et un soutien dans les recherches d'emploi ont été mis sur pied par l'OAI auprès de la Fondation [...], mais que ces mesures de placement n'ont finalement pas abouti en raison de son état de santé, ce qui confirmerait qu'aucune activité lucrative ne saurait être exigible du recourant, à tout le moins hors atelier protégé.

Le recourant soutient ainsi que sa capacité de travail est nulle dans toute activité et qu'il est en droit de prétendre à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Partant, il conclut principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à un rente d'invalidité entière à compter d'une date qui sera précisée en cours d'instance, alternativement fixée à dire de justice. A titre subsidiaire, le recourant conclut à l'annulation de cette décision et au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Il requiert par ailleurs la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, à tout le moins bi-disciplinaire (orthopédique et psychiatrique), qui serait justifiée en présence d'opinions médicales divergentes.

b) Le 4 février 2010, le recourant a produit un rapport médical établi le 2 février 2010 par la Dresse W._____, dont il résulte que cette

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suit le recourant depuis le 7 janvier 2009, a constaté lors de sa consultation du 27 janvier 2010 une forte aggravation de l'état de santé psychiatrique de son patient, lequel décompense massivement sur un mode dépressif; à partir de cette date, en raison de cette décompensation (diagnostic d'épisode dépressif sévère, F32.2), l'incapacité de travail est de 100% pour une période indéterminée; ce pourcentage sera périodiquement réévalué.

Le 8 février 2010, le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 500 fr. qui lui a été demandée. Il a ensuite produit une décision d'octroi de l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Gilles-Antoine Hofstetter.

c) Dans sa réponse du 5 mars 2010, l'OAI produit un avis médical SMR du 25 février 2010, dans lequel le Dr T. _____ conclut ce qui suit au sujet des pièces médicales produites par l'assuré dans le cadre de son recours:

"En résumé, ces documents établissent que l'assuré présente des troubles dégénératifs cervicaux modérés sans atteinte radiculaire ou médullaire, et un syndrome du canal carpien bilatéral traité conservativement. Des cervicalgies intermittentes étaient en effet déjà signalées par le rhumatologue consultant du SMR, qui les a jugées sans influence sur la capacité de travail.

Ils font également allusion à un état dépressif majeur pris en charge depuis janvier 2009. Cet aspect était connu lors de l'examen bi-disciplinaire au SMR au terme duquel le psychiatre consultant a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation en rémission (F43.2), sans répercussion sur la capacité de travail, et ceci en accord avec le contenu du rapport de la Dresse W. _____ du 6.3.2009.

Comme vous le soulignez, une éventuelle aggravation en janvier 2010 ne doit pas être prise en considération dans le cadre du recours.

Au vu de ce qui précède, nous n'avons pas de raison de modifier notre position."

Déclarant se rallier à la position du SMR, l'OAI estime qu'il n'est pas nécessaire de procéder à des investigations médicales complémentaires. Il propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

d) Dans sa réplique du 17 mai 2010, le recourant produit un nouveau rapport médical du Dr A. _____ du 5 mai 2010, qui fait état des mêmes constatations objectives qu'auparavant et estime que la capacité de travail du recourant est nulle dans son ancienne activité mais devrait être d'au moins 50% dans un travail adapté; relevant que le recourant a aussi développé un syndrome anxio-dépressif consécutif à sa longue maladie pour lequel il est suivi par la Dresse W. _____, le Dr A. _____ estime qu'un recours contre la décision AI est impératif et important. Le recourant se propose d'intervenir auprès de son psychiatre traitant puis d'en référer au Tribunal dès que possible.

Le 20 mai 2010, le recourant constate avoir déjà recueilli, le 2 février 2010, l'appréciation de la Dresse W. _____ et indique que la situation est inchangée depuis l'établissement de ce rapport médical.

Le 21 mai 2010, le juge instructeur a informé les parties que, la cause apparaissant suffisamment instruite sur le plan médical, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire était rejetée, l'avis des autres membres de la cour qui sera appelée à statuer dès que l'état du rôle le permettrait étant réservé.

Le 27 août 2010, le recourant produit copie de deux certificats médicaux délivrés par les Drs A. _____ et W. _____, respectivement en date des 25 et 26 août 2010. Le Dr A. _____ atteste une incapacité de travail de 100% dans la dernière activité professionnelle de son patient dès le 25 août 2010. La Dresse W. _____ mentionne pour sa part, une incapacité de travail entière du recourant dès le 27 janvier 2010, ceci pour une durée probable de huit mois.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, 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 n'y déroge (cf. art. 69 LAI). Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours a été déposé en temps utile. Il répond en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non contestés ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c et les références). Le juge n'a ainsi pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1; TF 9C_831/2009 du 12 août 2010, consid. 3.1).

b) Est litigieux en l'espèce, le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement la capacité de travail entière retenue

par l'autorité intimée dans une activité réputée adaptée aux atteintes fonctionnelles du recourant.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 261 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. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, 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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2, 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

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 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

c) Selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b et 116 V 246 consid. 1a et les références citées; TF 9C_803/2009 du 25 mars 2010, consid. 5.2; TFA I 266/2006 du 19 juin 2006, consid. 4.2). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid.

1b et 117 V 287 consid. 4; TF 9C 537/2009 du 1^{er} mars 2010, consid. 3.2 et 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4).

4. a) En l'espèce, il existe une divergence entre les constatations des avis émis par les médecins traitant du recourant et celles du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR du 5 mai 2009. Alors que le Dr A._____ a retenu dans son premier rapport médical du 14 novembre 2008 une capacité résiduelle de l'ordre de 50% de son patient dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que la Dresse W._____ a diagnostiqué, les 4 juin, 13 août et 2 novembre 2009, une incapacité de travail entière dans toute activité en raison d'un état dépressif majeur, le rapport d'examen clinique du SMR du 5 mai 2009 établi par la Dresse E._____ et le Dr F._____ conclut à l'existence d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

Le rapport d'examen clinique du SMR au 5 mai 2009 fait suite à un examen rhumatologique et psychiatrique effectué par deux spécialistes; il se fonde en outre sur l'étude détaillée des antécédents de l'examiné (cf. anamnèse), énonce les plaintes subjectives du recourant, recèle un status clinique fouillé, pose des diagnostics clairs en lien avec la répercussion sur la capacité de travail et discute ensuite en détail l'appréciation du cas d'espèce concernant la capacité de travail exigible du recourant. Eu égard à la qualité de son contenu, ce rapport satisfait pleinement aux réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer valeur probante (cf. consid. 3b supra).

Sous l'angle somatique, il appert qu'à l'instar du rapport médical du Dr A._____ du 14 novembre 2008, le rapport d'examen clinique du SMR précité tient également compte des troubles affectant la colonne lombaire décelés en décembre 2007. Ainsi, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail (lombosciatalgies D chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L4-L5 D) du SMR est superposable à celui posé par le médecin traitant. En présence d'éléments médicaux identiques, il appert que la divergence d'avec le Dr A._____ réside exclusivement dans

l'appréciation des conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail résiduelle. Or, force est de constater que le rapport médical du 14 novembre 2008 du Dr A._____ ne contient aucun élément médical suffisamment pertinent et précis quant à la nature des troubles présentés susceptible de remettre en cause le bien-fondé des conclusions des médecins du SMR.

Sous l'angle psychiatrique, dans ses diverses lettres adressées en 2009 aux services sociaux, la Dresse W._____ se limite à indiquer que son patient "souffre d'un état dépressif majeur" et qu'il est suivi depuis janvier 2009 en raison de cette pathologie. Ce constat médical - au demeurant non précisé en fonction de la classification CIM-10 - contraste avec le diagnostic de trouble de l'adaptation (F43.2 CIM-10) sans atteinte sur la capacité de travail, existant depuis 2008, posé par cette praticienne dans son rapport médical du 6 mars 2009 à l'intention de l'OAI. Eu égard aux contradictions dans les avis de la Dresse W._____ s'agissant de son appréciation de la situation médicale au début 2009, considérant en outre que l'examen clinique effectué le 29 avril 2009 par le SMR n'a pas mis en évidence de symptômes en faveur d'un quelconque diagnostic d'ordre psychologique (en particulier pas de syndrome douloureux somatoforme ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques détecté), il n'existe en l'espèce aucun élément médical probant justifiant de se distancer des conclusions psychiatriques du rapport d'examen clinique du SMR du 5 mai 2009.

En définitive, les seules divergences d'opinion des médecins traitants, au demeurant non objectivement étayées sur le plan médical, ne sauraient suffire à rediscuter le bien-fondé de la valeur probante attribuée par la décision attaquée aux conclusions du rapport d'examen clinique du SMR admettant l'existence d'une capacité de travail résiduelle entière du recourant dans une activité adaptée à la pathologie ostéoarticulaire diagnostiquée.

b) Les rapports médicaux produits par le recourant en cours de procédure, à savoir, d'une part, celui du 2 février 2010 de la Dresse

W._____ - attestant d'une "forte aggravation de l'état de santé psychiatrique" (diagnostic d'épisode dépressif sévère F 32.2 CIM-10) du recourant suite à une consultation du 27 janvier 2010 et d'une incapacité de travail de 100% de l'intéressé de durée indéterminée (ou à tout le moins pour une durée de huit mois selon le certificat médical de cette praticienne du 26 août 2010) - et, d'autre part, ceux des 5 mai et 25 août 2010 du Dr A._____ - faisant état d'une incapacité de travail du recourant d'au moins 50% dans un travail adapté, sans plus amples précisions temporelles, et de 100% dès le 25 août 2010 - se rapportent tous à la description de la situation médicale du recourant depuis la fin janvier 2010, laquelle se serait aggravée par rapport à la situation existant en décembre 2007. La cour retient ainsi qu'à la date déterminante où la décision attaquée a été rendue, savoir à la mi-décembre 2009, le recourant présentait effectivement une capacité de travail complète dans une activité adaptée à son état de santé. L'aggravation postérieure invalidante rapportée par les médecins traitants (en particulier l'incapacité constatée par la Dresse W._____ à compter de la fin janvier 2010) doit, le cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, respectivement être sujette à une nouvelle décision administrative (cf. consid. 3c supra).

En conclusion, aucun motif ne justifie que l'on s'écarte des motifs et conclusions du rapport d'examen clinique du SMR du 5 mai 2009, lesquels ont été repris par la décision litigieuse. Le dossier étant complet sur le plan médical, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, ou à tout le moins bi-disciplinaire, comme le requiert le recourant.

c) Le recourant soutient pour terminer que l'échec des mesures liées à son placement professionnel, attesté selon correspondance du 22 octobre 2009 de la Fondation [...], tiendrait à son état de santé, les responsables de la Fondation ayant estimé que certains aspects de sa santé rendaient toute mesure prise à cet égard inadéquate et prématurée. De l'avis du recourant, ces éléments confirmeraient qu'aucune activité lucrative, à tout le moins hors atelier protégé, ne saurait être exigible de sa part.

La Fondation [...], de siège social à [...], a pour principal but (reconnu d'utilité publique) d'encourager, développer et financer l'intégration professionnelle des personnes handicapées physiques, psychiques, mentales et sociales. Cette entité se définit en tant que "trait d'union entre les milieux économiques et le monde social afin de combattre l'exclusion". Eu égard à sa finalité, il est évident que la Fondation [...] n'a aucune compétence en matière médicale mais se concentre exclusivement à la résolution de problèmes d'intégration socioprofessionnels rencontrés par des personnes atteintes dans leur santé. Partant, d'éventuelles remarques ou observations médicales de ses responsables, non médecins, ne peuvent en aucun cas être considérées en tant que pièces médicales probantes au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3b supra), de sorte qu'il n'est pas envisageable de pouvoir s'y fier en vue d'en tirer quelque conclusion que ce soit sur l'état de santé du recourant à la fin octobre 2009.

d) S'agissant du calcul du préjudice économique, non contesté par le recourant, la comparaison des revenus telle qu'effectuée par l'OAI n'apparaît pas critiquable dans son résultat et doit donc être confirmée, de sorte que le degré d'invalidité de 7% s'avère nettement inférieur au minimum de 40% ouvrant le droit à bénéficier d'un quart de rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, 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; 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 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, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 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 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 15 décembre 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 :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour V. _____),
- 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 :