

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 août 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, marié et père de quatre enfants, a déposé le 2 juin 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), faisant valoir qu'il souffrait depuis quatre mois de fortes douleurs, du fait d'un mal de dos causé par l'arthrose. Il résulte d'un questionnaire pour l'employeur signé le 15 juillet 2008 par la société Q._____ SA que l'assuré a travaillé pour cette entreprise depuis le 16 mars 1987 jusqu'au 4 juin 2008 en qualité de manutentionnaire et d'opérateur sur raboteuse, et que son salaire se serait élevé au jour de la signature du questionnaire à 67'000 fr.

Le 7 juillet 2008, à la requête de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), l'assureur maladie perte de gain de l'assuré a notamment produit :

- un rapport du 12 décembre 2007 du Dr P._____, spécialiste en rhumatologie, indiquant en particulier ce qui suit :

"[...]

Nette aggravation sans facteur déclenchant depuis environ début octobre 2007 de lombalgies basses situées devenant quotidiennes, en barre horizontale, avec irradiations fessières surtout du côté gauche. Les douleurs sont décrites comme parfois très vives, d'allure mixte, souvent insomniantes. Aggravation lors des efforts, lors des positions statiques, la position assise étant limitée à environ 30 minutes, la position debout à environ 10 minutes. Même la marche à plat reste difficile, de même que la pratique des escaliers.

[...]

Au status dirigé, patient très démonstratif, pesant 90 kilos pour 179 cm. Minime bascule du bassin sur la droite. Importante accentuation de la cyphose dorsale, moindre de la lordose lombaire. Mobilisation dorso-lombaire hyperalgique dans toutes les directions, forte limitation en antéflexion avec distance doigts-sol d'environ 52 cm, Schober lombaire modifié de 15-20,5 cm. Extension et inclinaisons latérales relativement mieux préservées.

Parmi les signes de non organicité, la rotation simulée du tronc, l'appui axial sur la tête déclenchent des lombalgies. Lasègue provoquant en position couchée des lombalgies à partir de 50° ddc, ce qui n'est pas le cas en position assise.

Importantes douleurs à la palpation médiane de L3 à S1 environ; contractures paralombaires gauches, douleurs à la palpation du haut

des sacro-iliaques, les épreuves de cisaillement étant négatives. La mobilisation des hanches déclenche d'importantes lombalgies. Status neurologique succinct des membres inférieurs sp.

Ce patient présente des lombalgies basses subaiguës accompagnées de pygalgies bilatérales et d'un syndrome tombe-vertébral marqué. Des facteurs de mauvais pronostic sont présents, dont une profession à risque, la constatation au status de signes de non-organicité selon Waddell, et l'absence d'efficacité des traitements médicamenteux prescrits.

Les radiographies de colonne lombaire amenées montrent une scoliose lombaire gauche discrète, des discopathies légères à modérées en L2 à L3 et L3 à L4 avec discarthrose.

[...] Concernant l'incapacité de travail, je vous propose de la poursuivre jusqu'au 21 décembre y compris, le patient ayant ensuite 2 semaines de vacances. Une reprise à plein temps devrait être tentée par la suite."

- un compte-rendu du 21 avril 2008 du Dr P._____,
mentionnant les points suivants :

"Je me réfère au consilium réalisé en décembre 2007. L'évolution reste donc défavorable malgré un traitement intensif de réadaptation [...]. Vous avez relevé l'inefficacité des médicaments prescrits, incluant des opiacés. Le status rhumatologique est inchangé. Le patient a repris son travail à 50%, éprouvant de grandes difficultés.

[...] Malgré l'absence de sciatalgie et la normalité du status neurologique, nous pensons qu'il est tout de même justifié d'organiser une IRM lombaire. Si cet examen révèle la présence d'une hernie discale (alors probablement médiane) ou des discopathies relativement importantes, il n'y aura pas d'autre solution que d'envisager des mesures professionnelles. Dans le cas contraire, cela permettra peut-être de rassurer le patient et de l'encourager à tenter de reprendre son travail à plein temps. [...] Le port intermittent d'un lombostat a déjà été tenté, sans succès. Des mesures actives de physiothérapie seront toujours à privilégier."

Dans un rapport du 15 juillet 2008, le Dr O._____, médecin généraliste, a posé le diagnostic de «*lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs radiologiquement encore peu importantes actuellement (discopathie L2-L3, L3-L4), existant depuis le printemps 2007*». Il indiquait les incapacités de travail médicalement attestées de 100% du 4 décembre 2007 au 6 avril 2008, de 50% du 7 avril au 4 juin 2008 et de 100% depuis lors. Le Dr O._____ faisait état de lombalgies en nette augmentation depuis octobre 2007 et ne répondant pas aux traitements entrepris, avec

des douleurs continues d'intensité forte, gênantes dans les positions assise, debout et couchée. Il mentionnait également une exacerbation des lombalgies dans les mouvements en porte-à-faux, à long bras de levier ou en rotation, ainsi qu'une «[i]rritation segmentaire L3 à L5 des deux côtés, schobber 10-14, distance doigt-sol 30 cm».

Le 5 septembre 2008, le Dr O._____ a adressé au Dr X._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), un rapport du 6 mai 2008 émanant du Dr D._____, spécialiste en radiologie. Suite à une IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire de l'assuré réalisée le 5 mai 2008, le Dr D._____ concluait à l'absence de hernie et de signe de conflit radiculaire, tout en observant ce qui suit :

"Discopathie modérée en L2-L3 et L3-L4 avec une petite composante inflammatoire sous-chondrale à droite dans le plateau inférieur de L3, en faveur d'une discarthrose discrètement inflammatoire. Pas de spondylodiscite. Pas de canal étroit."

Dans un rapport du 11 septembre 2008, le Dr X._____ a indiqué ce qui suit :

"L'activité doit éviter :

postures statiques, en torsion, inclinaison, rotation ou extension-flexion du tronc, assis, debout et/ou piétinement bipodal. La station debout doit impliquer la possibilité d'un support monopodal en flexion alternée genou-hanche et, si possible, des membres supérieurs. En station assise, accoudoirs et support en flexion cruro-jambière, permettant le déroulement de la lordose lombaire (= escabeau sous les pieds[])

mouvements, avec ou sans charge, répétitifs, en torsion, inclinaison, rotation ou extension-flexion du tronc

Vibrations de 5 Hz (vhc automobile)

Charges : soulèvement occasionnel, sans technique de levage particulière de 10 kg au max.

(réf. Suva SBA 132 chap. 10 (reprise par l'OFIAMT en 1995, Commentaire des Ordonnances relatives à la loi sur le travail)

activités **monotones**

rendement **imposé** (travail à la chaîne)

L'activité doit permettre :

tâches variées

alternance des activités assis-debout"

Le Dr X. _____ a mentionné qu'une tentative de reprise du travail après quatre mois d'arrêt s'était soldée par un échec, et que l'assuré était décrit comme motivé pour trouver un emploi adapté. Il a estimé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement.

A titre de mesure d'intervention précoce et d'orientation professionnelle, l'assuré a débuté, le 1^{er} octobre 2008, un stage prévu jusqu'au 24 décembre 2008, auprès de la coopérative F. _____, à [...]. Il résulte d'un compte rendu d'entretien du 2 octobre 2008 que l'assuré a déclaré que ses douleurs ne lui permettaient pas de terminer sa journée, et qu'il a quitté l'atelier en fin de matinée le premier jour du stage, renonçant à poursuivre la mesure après avoir participé à l'accueil et passé deux heures en atelier de démontage assis et debout en alternance.

Le 7 octobre 2008, l'assureur maladie perte de gain de l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 26 août 2008 du Dr V. _____, spécialiste en neurochirurgie, mentionnant des lombalgies et précisant ne pas avoir indiqué d'incapacité de travail; à ce rapport était joint un protocole opératoire, dont il ressortait que le 21 août 2008 avait eu lieu l'intervention suivante «*Blocs facettaires L3-L4 bilatéraux sous guidage radioscopique*».

Le 24 novembre 2008, le Dr O. _____ a indiqué qu'il ne voyait pas d'activité adaptée pour l'assuré, mais qu'il n'était pas compétent pour en juger. Il a toutefois mentionné une activité évitant le port de charges répétitives et ménageant le dos.

A la suite d'un examen radiologique de l'assuré, le 29 janvier 2009, le Dr R. _____, spécialiste en radiologie, mentionnait :

"Discrets troubles statiques sous forme d'une légère scoliose lombaire sinistro-convexe régulière centrée en L3, sans bascule du bassin, asymétrie minimale de hauteur des têtes fémorales d'à peine 5 mm en défaveur du côté droit, donc non significative. 5 vertèbres de type lombaire, pas d'anomalie transitionnelle lombo-sacrée. Discopathie très modérée en L3-L4, légère en L2-L3. Pas de

spondylolisthésis, pas de lyse isthmique visible. Pas de tassement ni de lésion osseuse localisée anormale décelable. Aspect normal des articulations sacro-iliaques.

Conclusion :

Discrète scoliose lombaire sinistro-convexe, sans déséquilibre pelvien. Pas de lésion osseuse focale visible. Discopathie d'importance modérée en L3-L4, encore plus modérée en L2-L3 Aspect normal des articulations sacro-iliaques."

L'assuré a été soumis à un examen clinique rhumatologique réalisé par le Dr W. _____ (spécialiste en rhumatologie) du SMR le 23 janvier 2009. Dans son rapport du 23 février suivant, ce médecin a notamment fait état de ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- **LOMBO-PYGIALGIES, NON-DÉFICITAIRES, DANS UN CONTEXTE DE PROTRUSIONS DISCALES ET DE TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS POSTÉRIEURS EN L3-L4, L4-L5. M54.5**

- sans répercussion sur la capacité de travail

- **AUCUN**

APPRÉCIATION DU CAS

[...]

Lors de l'entretien, Monsieur S. _____ nous décrit son poste de travail. L'assuré devait faire pivoter des poutres depuis un wagon jusqu'à son poste de travail, puis les raboter. Cette activité est physiquement contraignante, non seulement due au port de charges, mais en raison des contraintes par cisaillement induites par la flexion et rotation du tronc. Monsieur S. _____ est en longue maladie depuis le 04.12.2007, en incapacité totale depuis juin 2008.

Monsieur S. _____ décrit des lombo-pygialgies extrêmement intenses, d'allure mécanique, avec une tolérance très limitée dans toutes les positions. Les différents traitements effectués jusqu'alors, avec notamment la prise d'antalgiques majeure, deux séries de blocs facettaires, une infiltration récente n'ont pas amélioré les symptômes. L'assuré décrit une symptomatologie ciblée au niveau de la région lombaire basse, il n'a pas de douleurs ubiquitaires, pas d'autres douleurs s'étendant sur le rachis. [...]

[...]

A l'examen clinique, après avoir retourné sa chaise et en s'appuyant sur le dossier, l'assuré est capable de tenir la position assise pendant une quarantaine de minutes. Le comportement algique

devient marqué dès qu'il se déshabille et surtout lorsqu'il se trouve sur la table d'examen. Monsieur S. _____ doit se lever une première fois après 5 minutes en décubitus dorsal et change à tout moment la position des jambes. Il ne tient pas en place lors de l'examen final du rachis debout. La TA diastolique est légèrement élevé à 100mmHg, l'examen de médecine interne sp. L'assuré a une pré-obésité.

L'examen neurologique est normal, sans atteintes radiculaires au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

L'examen articulaire périphérique ne montre pas d'atteinte articulaire focale, la mobilité à l'examen des hanches est modérément limitée par une violente douleur lombaire. Dans les suites d'entorses à répétition des chevilles bilatérales annoncées par l'assuré, il n'y a pas de laxité, pas de douleurs. Les points de Smythe à la recherche d'une poliinsertionite sont négatifs.

A l'examen du rachis, l'attitude antalgique a tendance à fluctuer; en station debout lors d'évaluation des amplitudes et de la statique, l'assuré a tendance à avoir une légère bascule des épaules sur la D; à l'analyse de la marche, il se tient en inflexion latérale G du tronc. La mobilité du rachis cervical est complète et indolore. La mobilité au niveau lombaire est modérément restreinte dans tous les axes; la douleur identique en flexion et en extension ne permet pas d'orienter vers une composante discale ou articulaire postérieure. A l'ébranlement du rachis, en percutant le rachis avec le poing, l'assuré a des douleurs au niveau lombaire bas, mais surtout au niveau du sacrum, ceci de même qu'à la palpation. La mobilisation des articulations sacro-iliaques est douloureuse ddc. Il n'y a pas de signes de sciatique ou de cruralgie irritative. Le score de Waddell est positif pour des signes de non-organicité.

La lecture du dossier radiologique contenant uniquement l'IRM du 05.05.2008, montre une discopathie débutante en L2-L3, L3-L4 avec une protrusion circonférentielle, ainsi qu'un remaniement inflammatoire de type MODIC I, en relation avec une vraisemblable micro-instabilité. Par rapport à l'éventuelle discarthrose avancée, il n'y a pas de sclérose, pas d'ostéophytose. Les discopathies lombaires mises en évidence à l'IRM sont de faibles corrélation avec les plaintes de l'assuré et l'examen clinique qui orientent vers un problème de la jonction lombo-sacrée, voire des sacro-iliaques.

Nous avons demandé des radiographies complémentaires du rachis lombaire face/profil et un médaillon du sacrum. Les clichés effectués à l'hôpital [...] n'apportent pas d'éléments supplémentaires et ne permettent pas de confirmer notre hypothèse d'un problème de la jonction lombo-sacrée ou des sacro-iliaques; il n'y a notamment pas d'érosion au niveau des sacro-iliaques; les discopathies connues en L2-3 et L3-4 se manifestent par un léger pincement et une spondylose antérieure.

Les limitations fonctionnelles

Rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 9

kg, pas de position statique debout de plus de 30 minutes, assise au-delà de 1 heure.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Depuis le 04.12.2007.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Dans l'activité habituelle d'opérateur sur raboteuse, il y a lieu de reprendre les incapacités de travail annoncées par le médecin traitant.

Concernant la capacité de travail exigible,

Elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis décrites, l'exigibilité est complète depuis le 07.04.2008, date de la première reprise à 50% dans l'activité habituelle.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'OPÉRATEUR SUR RABOTEUSE : 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%

DEPUIS : LE 7.4.08"

Dans un rapport médical du 9 mars 2009, le Dr B. _____ du SMR a indiqué que l'ancienne activité était contre-indiquée, que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, et que rien ne devrait empêcher l'assuré de suivre des mesures d'évaluation professionnelles ou des mesures de réinsertion. Il a retenu que l'incapacité de travail durable avait commencé le 4 décembre 2007 et que la capacité de travail exigible était entière dans une activité adaptée depuis le 7 avril 2008.

Le 17 septembre 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de prestations, le taux d'invalidité étant de 16.5%.

Par courrier du 29 septembre 2009, S. _____ a fait valoir qu'il ne pouvait travailler plus d'une heure par jour du fait de ses douleurs, auxquelles thérapie et médicaments n'avaient rien changé. Il faisait aussi référence à l'échec de son placement auprès de F. _____ pour considérer qu'en définitive il ne pouvait travailler, ni assis, ni debout.

Invité par l'OAI à présenter d'autres éléments, l'assuré a obtenu plusieurs prolongations du délai accordé pour ce faire, la dernière avec une échéance au 20 janvier 2010.

Par décision du 23 mars 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a notamment considéré ce qui suit :

"Résultat de nos constatations :

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration recueille des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré et, le cas échéant, fait procéder à des expertises par des médecins neutres. 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.

En date du 23 janvier 2009, vous avez été examiné par un rhumatologue auprès du Service médical régional (ci-après : SMR).

Il ressort de l'examen clinique du SMR que votre atteinte à la santé contre-indique depuis le 4 décembre 2007 votre activité de manutentionnaire - opérateur sur raboteuse.

Par contre, vous conservez une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical, à savoir [:] mouvements répétés en flexion-extension du tronc, attitude en porte-à-faux, port de charges de plus de 9 kg, position statique debout de plus de 30 minutes, de plus de 60 minutes assise.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, les constatations émanant des médecins consultés 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. Dès lors, en cas d'avis médicaux contradictoires, l'avis du spécialiste, respectivement de l'expert, doit en principe l'emporter sur l'avis du médecin traitant / des médecins consultés, pour autant qu'il ait pleine valeur probante et que l'avis du médecin traitant / des médecins consultés ne soit pas de nature à mettre en doute ses conclusions (ATF 125 V 350 spéc. cons. 3b/cc p. 353 et la jurisprudence citée; VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106; RCC 1988 pp. 504 ss).

L'examen clinique du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cet examen a dès lors pleine valeur probante.

Afin de déterminer le préjudice économique, et par conséquent le degré d'invalidité, présenté à l'échéance du délai de carence d'une

année prévu à l'article 28 LAI, à savoir au 4 décembre 2008, le revenu que vous auriez pu obtenir en poursuivant votre activité de manutentionnaire - opérateur sur raboteuse, à savoir CHF 67'000.00, est comparé avec les gains résultant de l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles présentées[.]

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'732.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009 (+ 1.60% pour 2006 à 2007, + 2% pour 2007 à 2008, + 1.35% pour 2008 à 2009; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'175.56 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité l catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).
Compte tenu des limitations fonctionnelles présentées, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 55'958.00.

Le degré d'invalidité découle du calcul suivant :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité	CHF	67'000.00		
avec invalidité	CHF	55'958.00		
La perte de gain s'élève à	CHF	11'042.00	=	un degré
d'invalidité de 16.5%				

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

Il convient de préciser qu'il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail « fût-ce au prix d'efforts même importants ». Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas ; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique, voire le manque de bonne volonté) (RCC 19978 [sic], 65 : 1970, 162).

Quant au droit au reclassement, il existe si, compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable est de 20% au moins (RCC 1984 p. 95, 1966 p. 410). Le reclassement n'est pas nécessaire si l'assuré est déjà suffisamment réadapté ou s'il est possible de lui offrir un poste de travail approprié sans formation supplémentaire (RCC 1963 p. 127).

Dans l'exercice d'une activité adaptée à votre handicap, sans formation professionnelle préalable, vous pourriez réaliser un revenu excluant un préjudice économique égal ou supérieur à 20 %, de sorte que le droit au reclassement ne vous est pas ouvert.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée."

B. Par acte du 7 mai 2010, S._____ a recouru contre cette décision alléguant être en incapacité de travail totale. Le 10 mai 2010, il a produit un certificat médical du 29 avril 2010 du Dr O._____, attestant une incapacité de travail complète dès le 5 juin 2007, et ce pour une durée indéterminée.

Par mémoire du 11 août 2010, le recourant a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2008 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction puis décision. Le recourant allègue que son médecin traitant l'estime incapable d'exercer une quelconque activité lucrative, contrairement aux conclusions des médecins du SMR. Il reproche ensuite à l'OAI de ne citer aucune activité correspondant à ses

limitations fonctionnelles et critique la prise en compte par celui-ci de revenus théoriques ayant trait au secteur de la production et plus précisément de l'industrie manufacturière. Il soutient qu'il y a une contradiction entre l'appréciation de la capacité de travail exigible dans son ancienne profession de manutentionnaire, qui est nulle, et celle estimée entière dans une activité adaptée dans le domaine de la manutention notamment. Il ajoute que le fait de se référer au secteur 3 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] est par trop insuffisant, dès lors qu'il n'est pas établi qu'il puisse exercer une activité dans le commerce, les transports et la communication notamment. Il ajoute que l'échec de la mesure de reclassement atteste de son incapacité de travail totale. Le recourant requiert enfin des mesures d'instructions sous forme d'une expertise bidisciplinaire (orthopédique et rhumatologique).

Dans sa réponse du 13 septembre 2010, l'intimé conclut au rejet du recours. Pour l'office, les limitations fonctionnelles du recourant sont compatibles avec des activités légères, au contraire de son ancienne activité qui impliquait le soulèvement régulier de charge et était donc une activité lourde.

Le 3 janvier 2011, le recourant a produit un avis médical du 21 décembre 2010 établi par le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie. Le Dr L._____ relève notamment ce qui suit :

"J'ai rediscuté le cas de Monsieur S._____ en colloque multidisciplinaire, réunissant radiologues, chirurgiens orthopédistes, anesthésistes ainsi que la Dresse N._____ et le Docteur Q._____.

La révision en détails des données radiologiques n'apporte rien entre les deux IRM, à une année d'intervalle, hormis ce qui est connu, c'est[-]à[-]dire des troubles dégénératifs banals, avec une composante de micro-instabilité segmentaire lombaire basse. Celle-ci justifie l'approche de rééducation active, celle qui, jusqu'à présent, n'a pas apporté d'amélioration à Monsieur S._____.

Lui-même m'a téléphoné, comme c'était prévu, je lui ai réexpliqué que sur la base des documents actuels, il n'y avait pas d'autres traitements que la rééducation, c'est-à-dire s'investir lui-même dans un cycle de réadaptation et de reconditionnement physique, signifiant des exercices quotidiens au début de l'ordre de 35 à 45 minutes, pendant plusieurs mois, puis progressivement et en fonction des améliorations, une diminution de ceux-ci au profit de la

pratique d'un sport d'endurance. Ceci représente l'aspect purement médical et théorique fondé sur des données biologiques. Il est évident que la réalité sociale ne permet pas toujours d'y arriver.

Sur le plan professionnel, il m'a lu partiellement le recours qu'a déposé son avocate auprès [de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal], recours qui devrait être assorti si possible comme document complémentaire de l'absence, à ma connaissance en tous cas, d'une évaluation de la capacité fonctionnelle résiduelle selon les procédures existantes, évaluation que le SMR de Suisse Romande refuse systématiquement, pour des raisons qui m'échappent.

Hormis le problème asséculoologique pur, sur le plan de la reprise de travail, après 3 ans d'arrêt complet, seule une approche fondée sur une reprise progressive est envisageable. Cette approche pourrait être demandée auprès des instances de l'assurance chômage, en reconnaissant à Monsieur S._____ une aptitude au placement progressive, de 30 % au début pendant quelques semaines, et dans une activité légère et adaptée dont la définition reste encore à donner.

[...] J'ai insisté sur le fait qu'il n'y a pas d'approche chirurgicale ou instrumentale utile dans son cas et que seule la récupération d'une musculature en bon état, dans les délais nécessaires et qui sont forcément longs, lui permettraient de retrouver une quelconque capacité de travail et donc de défendre celle-ci sur le marché de l'emploi actuel."

Sur base de cet avis, le recourant requiert une évaluation de sa capacité fonctionnelle résiduelle et conclut qu'au vu d'une aptitude au placement de 30%, une incapacité de travail invalidante à 70% doit lui être reconnue.

Dans ses déterminations du 31 janvier 2011, l'intimé a maintenu ses conclusions et s'est référé à un avis établi le 21 janvier 2011 par le Dr X._____ du SMR. Celui-ci relève que l'évaluation de la capacité fonctionnelle résiduelle proposée par le Dr L._____ est une expertise pluridisciplinaire incluant un ergothérapeute et un physiothérapeute avec observation en atelier, ce type d'évaluation, qui nécessite généralement plusieurs jours, pouvant s'avérer utile dans des cas particulièrement complexes où la seule observation médicale ne suffirait pas pour déterminer la capacité de travail. Il estime que le cas du recourant, qui présente des troubles dégénératifs rachidiens banals, ne nécessite certainement pas une telle procédure, l'évaluation clinique par un spécialiste suffisant parfaitement à établir l'exigibilité médicale. Il

considère en outre que la capacité de travail de 30 % durant les quelques semaines de reprise d'une activité, comme le mentionne le Dr L._____, n'est justifiée que par le déconditionnement résultant de trois ans d'inactivité mais que ce déconditionnement ne saurait en lui-même ouvrir le droit à des prestations, attendu qu'il ne représente pas une atteinte à la santé durable puisqu'il est réversible. Il ajoute que le recourant jouit d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis avril 2008 et que par conséquent son état de santé objectif lui permettait de se maintenir en condition physique suffisante pour travailler dans une activité adaptée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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). 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. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

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

assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351, consid. 3a; 122 V 157, consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

c) En matière d'appréciation des preuves, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465, consid. 4.6 et les références citées; TF 8C_149/2010 du 30 novembre 2010, consid. 5).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a précité).

3. a) En l'espèce, le Dr W. _____ dans son rapport du 23 février 2009 a posé les diagnostics de lombo-pygalgies, non-déficitaires, dans un contexte de protrusions discales et de troubles dégénératifs postérieurs en L3-L4, L4-L5. Il a constaté que l'examen neurologique était normal, que l'examen articulaire périphérique ne montrait pas d'atteinte articulaire focale, la mobilité à l'examen des hanches étant modérément limitée par une violente douleur lombaire, et qu'il n'y avait pas de laxité, ni de douleurs aux chevilles. Il a également constaté que l'IRM du 5 mai 2008 avait mis en évidence des discopathies lombaires qui étaient de faibles corrélations avec les plaintes du recourant et que les radiographies complémentaires qu'il a fait effectuer n'apportaient pas d'éléments supplémentaires. Ces constatations l'ont conduit à retenir une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité du recourant mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de celui-ci (pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 9 kg, pas de position statique debout de plus de 30 minutes, assise au-delà de 1 heure) dès le 7 avril 2008.

Les constatations du Dr W. _____ sont corroborées par celles des autres médecins spécialistes qui ont examiné le recourant. Ainsi, le Dr P. _____ a retenu les 12 décembre 2007 et 21 avril 2008 des discopathies légères à modérées en L2 à L3 et L3 à L4 avec discarthrose ainsi que l'absence de sciatalgies et la normalité du status neurologique. Il estimait qu'une reprise de travail à plein temps devait être tentée. Le Dr D. _____ a conclu le 15 juillet 2008 à l'absence de hernie et de signe de conflit radiculaire. Le 29 janvier 2009, le Dr R. _____ a évoqué une discrète scoliose lombaire sinistro-convexe, sans déséquilibre pelvien, pas de lésion osseuse focale visible, et une discopathie d'importance modérée en L3-L4, encore plus modérée en L2-L3. Enfin, le Dr L. _____ a également constaté que la révision en détail des données radiologiques n'apportait rien entre les deux IRM, à une année d'intervalle, hormis ce qui était connu, à savoir des troubles dégénératifs qu'il qualifie de banals, avec une composante de micro-instabilité segmentaire lombaire basse, celle-ci justifiant l'approche d'une rééducation active. Certes, le Dr

L._____ mentionne une capacité de travail de 30% pendant quelques semaines au motif que le recourant n'a plus travaillé depuis trois ans. Toutefois, comme le relève le Dr X._____, le déconditionnement est réversible et n'a pas à être pris en compte sous forme de rente par l'assurance-invalidité. En ce qui concerne l'absence d'évaluation dynamique, une telle évaluation de la capacité fonctionnelle, qui nécessite en partie des installations relativement complexes, ne saurait être réalisée dans tous les détails lors d'un examen clinique au SMR. L'observation clinique par un spécialiste apparaît suffisante en tout cas dans le cas d'une pathologie peu complexe comme en l'occurrence. L'absence d'évaluation dynamique complète ne met ainsi pas en doute les conclusions du rapport d'examen clinique du Dr W._____.

Seul le Dr O._____ retient une incapacité de travail totale. Il n'est toutefois pas spécialiste, comme il le déclare lui-même dans son rapport du 24 novembre 2008. En outre, ses conclusions sont peu étayées. Son avis ne saurait dès lors être suivi.

Enfin, le fait que le recourant ait interrompu un stage dès le premier jour n'est pas de nature à mettre en doute les constatations objectives des spécialistes qui l'ont examiné.

En définitive, il apparaît que le rapport médical du Dr W._____ fait état des plaintes de l'assuré, comporte une anamnèse et procède d'un examen détaillé du cas du recourant. Exempt de contradictions, ses conclusions, claires et motivées, ne sont mises en doute par aucun autre rapport médical. Il a ainsi valeur probante.

Il y a dès lors lieu de retenir l'existence d'une incapacité de travail dès le 4 décembre 2007, la capacité de travail du recourant étant nulle dans son activité habituelle mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis 7 avril 2008.

b) Le dossier étant complet et permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en

compléter l'instruction et les requêtes du recourant en ce sens doivent être rejetées. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C_818/2008 du 18 juin 2009 consid. 2.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

4. 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 règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

L'incapacité de travail ayant débuté le 4 décembre 2007, et la demande de prestations datant du 2 juin 2008, le droit à la rente serait ouvert en décembre 2008, année qui doit être prise en compte pour la comparaison des revenus (ATF 128 V 174 consid. 4a).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 135 V 297, consid. 5.1; 134 V 322, consid. 4.1, 129 V 222, consid. 4.3.1).

En l'espèce, il résulte du questionnaire pour l'employeur du 15 juillet 2008 que le salaire du recourant se serait élevé à 67'000 fr. en 2008.

c) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque 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 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 résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). 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; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2 ; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). La juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de

l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait plus approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71, consid. 5.2).

En l'espèce, le recourant n'a pas repris d'activité lucrative, de sorte que l'utilisation des données résultant de l'ESS est justifiée pour l'établissement du revenu d'invalidé. Pour retenir au titre du revenu d'invalidé exigible de l'assuré les chiffres médians correspondant aux activités légères et répétitives, il n'y a pas lieu d'établir une liste exemplative des activités qu'il pourrait mener. On doit en effet admettre que, vu le large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les données ressortant de l'ESS, un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations fonctionnelles du recourant (cf. notamment TF I 112/06, consid. 6, I 111/06, consid. 5, I 372/06, consid. 5 et I 700/05, consid. 8, des 16 août, 19 avril, 25 et 12 janvier 2007). Les critiques du recourant à cet égard apparaissent ainsi infondées.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, 4'806 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2008, TA 1 niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, 6-2011, p. 94, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'998 fr. 24 (4'806 fr. x 41,6 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 59'978 fr. 88. Compte tenu d'un abattement de 10% tel que l'a retenu l'OAI, lequel n'apparaît pas critiquable, le salaire sans invalidité s'élève ainsi à 53'981 francs.

d) Le taux d'invalidité s'élève ainsi à 19.43% ($[(67'000 \text{ fr.} - 53'981 \text{ fr.} \times 100) / 67'000 \text{ fr.}]$) au lieu de 16.5% retenu par l'OAI. Le droit à la rente n'est ainsi pas ouvert et la décision attaquée doit être confirmée sur ce point.

5. En revanche, dite décision ne saurait être confirmée lorsqu'elle dénie au recourant le droit à des mesures de reclassement au motif que sa perte de gain est de 16.5%.

a) En effet, l'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI.

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). Le Tribunal fédéral a en outre admis qu'un taux d'invalidité de 18,52 %, suivant les circonstances du cas, permettait de considérer que le seuil minimum de 20 % environ pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement était atteint (TFA I 665/99 du 18 octobre 2000).

En l'espèce, le taux d'invalidité s'élève à 19.43% et le recourant est né en 1966, de sorte que l'on doit considérer que le seuil minimum fixé par la jurisprudence est atteint.

b) Pour déterminer si une mesure de réadaptation est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain de l'assuré (art. 8 al. 1 LAI), il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2; 110 V 102). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/07 du 15 février 2008 consid. 4.3; TF I 938/06 du 29 octobre 2007 consid. 4.1; TF I 170/06 du 16 février 2007 consid. 3.2). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la

réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.4; 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.2; TFA I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111).

Selon l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7b al. 1 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

En l'occurrence, en dehors du fait qu'aucune mise en demeure n'y figure, le dossier ne permet pas de savoir si les conditions rappelées ci-dessus sont réalisées ou non.

Il y a dès lors lieu d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur cette question, puis nouvelle décision, le recours étant admis en ce sens.

6. Le recourant voit ses conclusions admises, de sorte qu'il peut prétendre à des dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD) qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. En outre, la procédure est onéreuse et les frais de justice, par 400 fr, sont à la charge de l'intimé, dont la décision est annulée (art. 69 al. 1bis LAI; cf. également arrêt CASSO AI 230/11 - 144/2012 du 23 avril 2012, consid. 7).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S. _____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

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