

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 février 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Métral et Mme Pasche
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ 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. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, ressortissant de l'ex-Yougoslavie au bénéfice d'un permis d'établissement, sans formation, a déposé le 12 novembre 2007 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'un reclassement professionnel dans une autre profession ou d'une orientation professionnelle, pour cause de douleurs au dos et à la jambe droite, apparues à la suite d'une opération d'hernie discale effectuée le 15 janvier 2006 à Pristina.

Il ressort d'un questionnaire pour l'employeur complété le 20 décembre 2007 par la société W. _____ SA que l'assuré a travaillé pour le compte de cette entreprise comme aide-machiniste sur appel du 9 avril 2005 au 4 mai 2006, pour un salaire horaire de 28 francs. L'assuré s'est par ailleurs retrouvé en totale incapacité de travail du 19 novembre 2005 au 2 avril 2006. Il a ensuite retrouvé 50% de sa capacité de travail du 3 au 18 avril 2006, puis l'a reperdue totalement et de façon définitive dès le 5 mai 2006.

Le 7 novembre 2008, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique au Service médical régional de l'AI (SMR) par le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 20 novembre 2008, ce médecin a posé les diagnostics suivants, avec répercussions sur la capacité de travail de l'assuré :

- lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques du rachis avec status après cure de hernie discale L5-S1 droite compliquée d'une fibrose péri-radriculaire S1 droite et d'une récurrence de petite hernie discale L5-S1 droite ;
- syndrome rotulien droit.

Ce rapport contient notamment les indications suivantes :

« APPRECIATION DU CAS

L'assuré se plaint actuellement essentiellement de douleurs de la fesse D irradiant à la face postérieure du membre inférieur D jusqu'à la cheville. Ces douleurs sont intermittentes, elles s'accompagnent également de lombalgies intermittentes. Ces douleurs ont un caractère essentiellement mécanique. L'assuré signale également des crampes du membre inférieur D. Il se plaint aussi de céphalées occipitales pouvant prendre parfois un hémicrâne ou l'autre.

Au status actuel, on note des troubles statiques modérés du rachis. La mobilité lombaire est diminuée surtout en flexion. Il n'y a pas de signes de non organicité selon Waddell. La mobilité cervicale est satisfaisante. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, il n'y a pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note un syndrome rotulien D.

Le status neurologique est sp, mis à part une aréflexie achilléenne D. Il n'y a notamment pas de syndrome radiculaire, l'épreuve de Lasègue étant limitée à D à 70° et à G à 80° par un raccourcissement des muscles ischio-jambiers.

Les examens radiologiques mettent en évidence une fibrose péri-radicaire S1 D avec une récurrence de petite hernie discale L5-S1 préforaminale D.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens radiologiques, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité d'aide-maçon ou d'aide-monteur de voies. Dans ces deux activités, la capacité de travail est donc nulle. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 70% en raison d'une certaine baisse du rendement liée aux limitations fonctionnelles ainsi qu'au vu de la fibrose péri-radicaire S1 D et de la micro-hernie discale L5-S1 D.

Les limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvements réguliers de poids excédant 5 kg. Pas de ports réguliers de poids excédant 10 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Genoux : pas de genuflexions répétées. Pas de franchissements réguliers d'escabeaux, échelles ou escaliers.

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

Il y a une incapacité de travail de 100% dans l'activité d'aide-monteur de voies depuis le 19.11.2005. Depuis le 03.04.2006, l'incapacité de travail a passé à 50% et s'est prolongée jusqu'au 18.04.2006. Par la suite, l'assuré est à nouveau en incapacité de travail totale depuis le 05.05.2006 et cette incapacité de travail se prolonge encore actuellement. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 70% depuis le 15.07.2006, soit 6 mois après l'intervention chirurgicale.

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

L'incapacité de travail est restée complète et stationnaire depuis le 05.05.2006 dans l'activité d'aide-monteur de voies. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 70% depuis le 15.07.2006. »

Dans un rapport SMR du 2 décembre 2008, basé sur le rapport d'examen rhumatologique susmentionné, le Dr F. _____ a retenu, à titre d'atteinte principale à la santé, des lombosciatalgies droites sur fibrose péri-radiculaire après cure de hernie discale L5-S1 en janvier 2006 et récurrence de hernie discale L5-S1 droite. Un syndrome rotulien à droite était mentionné à titre de pathologie associée. Le début de l'incapacité de travail était fixé au 19 novembre 2005. La capacité de travail était considérée nulle de façon stationnaire depuis le 5 mai 2006 dans l'activité habituelle et de 70% depuis le 15 juillet 2006 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : alternance de la position assise et debout 2 fois par heure, pas de soulèvement régulier de poids de plus de 5 kg, pas de port régulier de poids de plus de 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de genuflexions répétées et pas de franchissements réguliers d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers.

Dans un rapport daté du 25 novembre 2008 mais parvenu à l'OAI le 9 décembre 2008, le Dr B. _____, médecin traitant généraliste, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de sciatalgies séquellaires S1 droite à caractère neurogène existant depuis mai 2006. Il a également mentionné, à titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un état dépressif réactionnel, existant depuis mai 2007. L'incapacité de travail était évaluée comme suit : 100% du 19 novembre 2005 au 2 avril 2006, 50% du 3 au 30 avril 2006 et 100% dès le 1^{er} juin 2007. L'état de santé de l'assuré s'aggravait et l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible. Par contre, une activité légère, non statique, sans port de charges ni position assise ou debout prolongée restait possible à plein temps.

Du 7 septembre au 6 décembre 2009, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle, sous la forme d'un stage d'évaluation au Centre Orif de [...]. A l'issue de ce stage, un collaborateur du Centre Orif a informé l'OAI qu'il était impossible de déterminer une cible professionnelle précise, du fait de la réticence de l'assuré à s'engager dans un processus de réinsertion professionnelle. L'assuré ne se voyait pas travailler, il ne montrait ni dynamisme ni motivation. Une activité industrielle légère était toutefois envisageable, moyennant possibilité d'alterner les positions, mais avec un rythme lent. Actuellement, l'assuré n'était manifestement pas apte au placement. Quant au rapport final de l'Orif du 25 janvier 2010, il contient notamment ce qui suit :

« Intégration socioprofessionnelle

Remarques:

Votre assuré est conscient qu'il ne pourra plus travailler dans le même genre d'activité qu'auparavant, compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles. Il a toujours été actif dans des secteurs qui exigeaient un engagement physique important. Son état de santé actuel lui fait ressentir qu'il ne sera plus jamais en mesure d'exercer un travail intense et productif. Pour lui, cette situation est difficile à accepter.

A l'heure actuelle, M. M. _____ peine à s'imaginer évoluer dans un nouveau domaine professionnel. Il dit ne pas savoir du tout vers quelle nouvelle activité s'orienter, et il ne possède pas la capacité d'élaborer de nouveaux projets.

Il est actuellement au bénéfice de l'aide sociale. Il affirme que ce soutien financier l'aide à vivre, mais que cela n'est pas suffisant pour mener une vie de famille convenable. Pour cette raison, il se rend compte qu'un nouvel avenir professionnel lui permettrait d'entrevoir des jours meilleurs.

Il est vrai que ses problèmes de santé réduisent considérablement les perspectives professionnelles. L'approche de certains domaines de travail au travers des modules d'évaluation n'a pas apporté de solution probante. De ce fait, M. M. _____ peine à entrer dans une démarche de réinsertion concrète et il n'arrive pas à donner un sens aux actions qu'il entreprend. Il se sent diminué physiquement et il a le sentiment de ne plus être le même qu'auparavant. Ce constat l'amène à avoir un regard négatif sur sa propre personne et le pousse à croire qu'il n'est plus bon à rien sur le marché du travail.

Il n'a pas de formation reconnue et ses compétences professionnelles se limitent à des connaissances pratiques acquises en travaillant. Son parcours professionnel se situe principalement dans le secteur de la construction, du gros oeuvre. Ses compétences actuelles sont difficilement exploitables en vue d'une orientation dans un nouveau secteur. Il faut également être attentifs au fait qu'il ne lit et n'écrit pas le français, ce qui est aussi un obstacle dans cette démarche de réinsertion.

En l'état actuel, l'élaboration d'un projet est rendue difficile pour lui car il n'est pas en mesure de nous faire part du moindre centre d'intérêt. Lors d'un entretien en vue d'un stage (en compagnie de M. [...] du service d'intégration socioprofessionnel de l'Orif), M. M. _____ s'est dit prêt à entreprendre n'importe quel travail dans une activité adaptée. En fait, il lui a été impossible de se projeter de manière concrète et aucune piste n'a pu être retenue. Ceci démontre bien son grand désarroi face à cette démarche de réinsertion.

De son côté, votre assuré n'a proposé aucune solution de stage ou d'emploi et il n'a entrepris, à notre connaissance, aucune démarche dans ce sens. En ce qui nous concerne, nous avons élaboré dans un premier temps des projets de stage d'orientation en entreprise. Mais après discussion au sein de l'équipe, nous avons conclu qu'il n'était pas prêt à entrer dans cette approche d'insertion professionnelle.

M. M. _____ a entretenu de bons contacts avec les autres assurés et il a été respectueux envers le personnel d'encadrement. Il est venu dans une tenue vestimentaire adaptée aux conditions d'un travail en atelier. Par souci de conformité et pour répondre aux exigences de ce stage d'évaluation, il s'est montré collaborant.

Actuellement, il ne conçoit pas du tout qu'un patron d'entreprise puisse lui donner sa chance ni lui faire confiance sachant ses limitations fonctionnelles. Il dit ne plus pouvoir du tout être productif, ce qui ne l'aide pas à se projeter dans l'économie.

[...]

Conclusion et proposition

Dans la perspective de définir une activité adaptée à ses limitations et avec la possibilité d'entreprendre éventuellement une formation pratique, M. M. _____ n'est actuellement pas en mesure de répondre favorablement aux objectifs projetés. Ses déplacements et son rythme de travail sont très lents et sa capacité à augmenter son rendement est faible en regard de ce qu'il démontre. Dans chaque activité, il marque régulièrement des pauses pour marcher, effectuer des étirements ou pour supporter les crampes qu'il subit. Une intégration dans un emploi devra être clairement ciblée, compte tenu de son incapacité à atteindre un rythme de travail adapté aux divers postes testés dans notre atelier. Avec la prise de ses médicaments, ses gestes sont ponctués par des tremblements fréquents et de ce fait imprécis. De plus, il peine à se concentrer dans la durée.

Nous proposons une orientation dans une activité qui occasionnerait des déplacements avec la possibilité de varier régulièrement les positions de travail debout et assise. Il convient à M. M. _____ de se diriger vers un emploi qui exige un minimum de compétences intellectuelles et qui propose des tâches simples et répétitives où le rendement n'est pas un élément prioritaire. Le travail en équipe est recommandé et ses prédispositions professionnelles conviennent à une structure qui produit en série avec des postes définis et organisés. C'est vers une activité d'ouvrier en usine ou dans un emploi auxiliaire que M. M. _____ devrait s'orienter.

Une telle intégration ne sera possible qu'au travers d'emplois ne requérant pas de connaissances professionnelles particulières. M. M. _____ n'est pas en mesure de définir des centres d'intérêt mais il se dit ouvert à tout travail adapté. Il devrait viser une activité dans des secteurs de production qui n'exigent pas d'efforts physiques importants, par exemple dans une centrale de distribution pour des travaux de conditionnements de petits articles ou dans des sociétés de fabrication de petites pièces, roulements, ferrements, charnières pour de petits assemblages, pour le tri en bout de chaîne et ou le démontage/récupération d'éléments, voir dans des secteurs tels que l'injection plastique en qualité d'opérateur pour alimenter les machines et conditionner le matériel. Un plus serait une intégration au sein d'une équipe comprenant une personne parlant la même langue que lui. »

Par un projet de décision du 14 décembre 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Procédant à une approche théorique de la capacité de gain de l'assuré, au vu des réticences de ce dernier à s'engager dans un processus de réinsertion professionnelle, l'OAI retenait un taux d'invalidité de 37% ne donnant pas droit à une rente. Le 8 février 2010, l'assuré a contesté ce projet, au motif notamment qu'il n'avait pas été tenu compte de sa situation psychique, telle que décrite dans le rapport du Dr B. _____ du 25 novembre 2008, ainsi que de son faible niveau scolaire et de sa connaissance limitée de la langue française.

Dans un avis du 8 avril 2010, les médecins du SMR ont notamment retenu que le rapport du Dr B. _____ mentionnait un diagnostic d'état dépressif réactionnel sans influence sur la capacité de travail de son patient, dont il évaluait la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, soit une capacité de travail supérieure à celle retenue par l'OAI. Quant au faible niveau scolaire et à la méconnaissance du français, ces facteurs ne relevaient pas de l'assurance-invalidité. Ainsi,

le courrier de l'assuré du 8 février 2010 n'apportait aucun élément susceptible de modifier la position de l'OAI.

Par décision du 4 mai 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Considérant que, en l'absence de diagnostic psychiatrique entraînant une incapacité de travail, l'appréciation de la capacité de travail de ce dernier ne devait être évaluée que sur le plan rhumatologique, et au vu des réticences de l'assuré à s'engager dans un processus de réinsertion professionnelle, l'OAI a retenu, sur la base notamment du rapport du SMR du 2 décembre 2008, que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 5 mai 2006 dans son activité habituelle d'aide-monteur de voies - le début de l'incapacité de travail durable étant fixé au 19 novembre 2005 -, mais qu'elle était de 70% depuis le 15 juillet 2006 (soit six mois après l'intervention chirurgicale pratiquée à Pristina) dans une activité adaptée à son état de santé, qui respecterait les limitations fonctionnelles suivantes : alternance de position assise et debout 2 fois par heure, pas de soulèvement régulier de poids de plus de 5 kg, pas de port régulier de poids de plus de 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de genuflexions répétées et pas de franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers. Procédant au calcul du revenu d'invalidé, l'OAI a retenu comme salaire de référence celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'933 fr. 11 par mois, part au 13^{ème} salaire et adaptation à la durée hebdomadaire de travail en 2006 (41,7 heures) comprises (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2006, TA1, niveau de qualification 4). Attendu qu'il ne pouvait être exigé de l'assuré qu'une activité à 70%, le salaire hypothétique devait dès lors être porté à 41'438 fr. 12 par année. Compte tenu enfin des limitations fonctionnelles de l'assuré et de son taux d'activité réduit, l'OAI a considéré qu'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé était justifié, portant ce dernier à 37'294 fr. 31. Concernant le revenu sans invalidité, l'OAI a retenu que, si l'assuré avait poursuivi son activité antérieure d'aide-monteur, il aurait pu prétendre à un revenu annuel de 59'197 fr. en 2006 (montant résultant de l'ESS). La perte de gain de l'assuré se montant ainsi à 21'903

fr., son degré d'invalidité était de 37%, ce qui ne lui ouvrait aucun droit à une rente.

B. Par acte du 7 juin 2010, M. _____ a interjeté recours contre la décision du 4 mai 2010, concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 70% lui soit octroyée. Il allègue que son état de santé psychique n'a pas été pris en compte par l'intimé dans la fixation de son taux d'activité exigible et qu'il est incapable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, activité qui au demeurant n'a pas été suffisamment précisée. Le recourant a également demandé un délai, afin de pouvoir produire un rapport pluridisciplinaire. A l'appui de son recours, il a produit un courrier du Dr B. _____ du 3 juin 2010, dont la teneur est la suivante :

« M. M. _____ présente actuellement une symptomatologie douloureuse, probablement séquellaire après la cure de hernie discale effectuée à Pristina début 2006. Il est à noter que cette symptomatologie s'est réinstallée rapidement dès la reprise même partielle des activités lourdes (poseur de voies de chemin de fer) qui étaient les siennes à ce moment-là. Cette symptomatologie s'avère professionnellement totalement invalidante chez ce patient dépourvu d'alternatives pour des raisons culturelles et linguistiques. Avis d'experts à l'appui aucune ré-intervention n'est indiquée dans ce cas ; des mesures d'antalgie ne visant a priori pas une guérison définitive sont en cours. Il est à signaler [que] le fait que cette situation perdure chez ce père de famille motivé, qui ne demande qu'à reprendre un travail dont il se sent capable, a entraîné un état dépressif progressif, actuellement grave et pour lequel il a été récemment mis en contact avec un psychiatre de référence (Dr T. _____ à [...]) qui le verra tout prochainement. Ce patient est à mon avis avant tout une victime de plus de l'application bornée de la nouvelle loi AI, qui voudrait en faire le 837^{ème} gardien de parking de la région [...] où il n'y a accessoirement pas de parking! »

Par réponse du 3 août 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que le rapport du SMR du 20 novembre 2008 détient pleine valeur probante et que le rapport du Dr B. _____ du 25 novembre 2008 mentionne que le diagnostic d'état dépressif réactionnel n'a pas d'effet sur la capacité de travail du recourant, raison pour laquelle il n'a pas été tenu compte de cette affection dans la fixation de celle-ci.

Le 1^{er} octobre 2010, le recourant a maintenu ses conclusions et a produit les pièces suivantes :

- Une attestation médicale établie le 29 septembre 2010 par le Dr B._____, dont la teneur est la suivante :

« Le soussigné, médecin traitant, déjà sollicité à ce propos, confirme par la présente que le patient susnommé, en situation d'impasse thérapeutique avérée, ne possède, compte tenu de ses compétences à ce jour, aucune capacité de travail utilisable dans une activité lucrative réaliste.

Les possibilités d'orientation professionnelles paraissent limitées dans ce cas, pour des raisons linguistiques, transculturelles et partiellement psychiatriques. »

- Un rapport établi le 15 septembre 2010 par les Drs K._____ et S._____ du Service d'anesthésiologie du [...], qui diagnostiquent un "failed back surgery syndrome post hernie discale L5-S1 D" et qui attestent la persistance de douleurs sciatiques chroniques, n'ayant que très partiellement diminué suite au traitement d'infiltrations effectué. Ces médecins expliquent également qu'une prise en charge invasive est envisagée, sous la forme par exemple d'une stimulation médullaire.

Le 9 novembre 2010, l'OAI a confirmé ses conclusions sur la base d'un avis médical du Dr V._____ du SMR, qui retient que l'attestation du Dr B._____ n'apporte aucun élément nouveau sur le plan médical, ce médecin ne faisant que confirmer l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, ainsi que les facteurs extra-médicaux faisant obstacle à une réorientation professionnelle. Quant au rapport des Drs K._____ et S._____, les éléments objectifs qu'il contient attestent une absence de changement significatif depuis l'examen rhumatologique du 7 novembre 2008. Par ailleurs, le Dr V._____ indique que la prise en charge psychiatrique mentionnée par le Dr B._____ le 3 juin 2010 constitue un fait médical nouveau postérieur à la décision attaquée, qui mériterait une instruction complémentaire dans le cadre d'une révision.

Le 5 décembre 2011, le recourant a produit un courrier du 16 novembre 2011 du Dr X._____, médecin-chef au Service

d'anesthésiologie et antalgie de [...], qui indique avoir tenté d'effectuer un test de neuromodulation par insertion d'une électrode octopolaire, afin de stimuler les cordons postérieurs de la moelle (sorte de filtre à la douleur). Or ce système, loin de soulager le recourant, lui a procuré des douleurs supplémentaires, raison pour laquelle il a été abandonné, aucun autre traitement n'étant prévu.

Le 9 janvier 2012, l'OAI a soutenu que les douleurs dont souffre l'assuré sont assimilables à un trouble somatoforme douloureux. Le recourant ne remplit toutefois pas les critères posés par la jurisprudence permettant d'admettre exceptionnellement le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et se réintégrer dans un processus de travail, raison pour laquelle l'exigibilité retenue dans la décision litigieuse doit être confirmée.

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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 2008 ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique

notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté auprès du tribunal compétent 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). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, notamment à une rente.

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 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, anciennement art. 29 al. 1 LAI).

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. Pour procéder à la comparaison des revenus sans et avec invalidité, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). 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).

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 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; 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 ; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En particulier, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il a été établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans avoir examiné autrement sa valeur probante. En effet, il peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

4. Le recourant fait grief à l'intimé de ne pas avoir pris en compte, dans la fixation de sa capacité de travail, ses problèmes psychiques ainsi que ses difficultés liées à son faible niveau scolaire et à sa méconnaissance du français.

Le diagnostic d'état dépressif réactionnel apparaît pour la première fois au dossier dans le rapport établi par le Dr B._____ le 25 novembre 2008. Ce rapport est toutefois parvenu à l'OAI le 9 décembre 2008, soit après la rédaction par le SMR du rapport du 2 décembre 2008

sur lequel se base notamment la décision litigieuse, raison pour laquelle ce diagnostic n'y apparaît pas. L'existence d'une atteinte psychique n'était par ailleurs mentionnée dans aucun autre document médical antérieur figurant au dossier. Cela étant, le Dr B._____ lui-même indique dans son rapport que ce diagnostic n'a aucune influence sur la capacité de travail de son patient, qu'il considère apte à travailler à plein temps dans une activité légère qui respecte ses limitations fonctionnelles, alors que l'OAI ne retient qu'une capacité de travail réduite à 70%. Aucune diminution de la capacité de travail du recourant pour cause d'atteinte à sa santé psychique ne saurait donc être retenue sur la base du rapport du Dr B._____ du 25 novembre 2008. Quant aux difficultés observées pendant le stage à l'Orif, soit notamment le manque de dynamisme et de motivation, ainsi que le faible niveau scolaire et les difficultés en français, elles ne peuvent être expliquées par l'atteinte à la santé dont souffre le recourant et ne sont dès lors pas des facteurs dont l'intimé devait tenir compte dans la fixation de la capacité de travail de l'assuré.

En ce qui concerne le rapport d'examen rhumatologique effectué par le Dr Q._____, dont les conclusions sont claires et dûment motivées, il remplit tous les réquisits posés par la jurisprudence pour détenir valeur probante. L'attestation du Dr B._____ du 29 septembre 2010, qui ne fait que confirmer la totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et l'existence de facteurs non médicaux faisant obstacle à une réorientation professionnelle, n'apporte aucun élément nouveau sur le plan médical. Quant au rapport des Drs K._____ et S._____ du 15 septembre 2010 et celui du Dr X._____ du 16 novembre 2011, ils attestent la persistance de douleurs sciatiques chroniques n'ayant pas répondu au traitement instauré mais ne font état d'aucun changement significatif dans les éléments objectifs depuis l'examen rhumatologique du Dr Q._____. Ces trois documents produits par le recourant n'apportent par conséquent aucun fait qui serait de nature à mettre en doute, même faiblement, l'examen rhumatologique du 7 novembre 2008 et donc à modifier la capacité de travail retenue par l'intimé.

Il faut toutefois relever que dans son rapport établi le 3 juin 2010, soit un mois après la décision litigieuse, le Dr B._____ a fait état d'un état dépressif progressif actuellement grave, pour lequel une prise en charge psychiatrique devrait débuter prochainement. Ces considérations ne peuvent toutefois pas être prises en compte dans le cadre du présent recours, du fait qu'elles ont été attestées postérieurement à la décision litigieuse et que la prise en charge psychiatrique, si elle a bien eu lieu, a également été rendue nécessaire postérieurement à cette décision, les troubles dépressifs antérieurs à celle-ci n'ayant pas eu d'effet sur la capacité de travail du recourant, comme l'a attesté le Dr B._____ lui-même dans son premier rapport. Néanmoins, si l'état de santé de l'assuré devait effectivement se péjorer, cela constituerait un fait médical nouveau pouvant justifier une instruction complémentaire sous la forme d'une révision menée d'office par l'OAI ou sur demande dûment étayée de l'assuré, sans qu'il ne soit toutefois préjugé ici de l'issue d'une telle requête ni de la mise en œuvre d'office d'une révision par l'OAI.

Il résulte de ce qui précède que l'assuré présente dès le 15 juillet 2006 une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Quant au calcul du taux d'invalidité, il n'est pas contesté pour lui-même. Il convient toutefois de le vérifier d'office dans ce qui suit.

5. a) 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 129 V 222, consid. 4.3.1 ; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1 ; TF I 1034/06 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1).

En l'espèce, l'année de comparaison des revenus est 2006, année de l'ouverture du droit à la rente (ATF 128 V 174, consid. 4a), soit

un an après le début, le 19 novembre 2005, de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle (art. 28 al. 1 let. b LAI).

Pour établir le salaire sans invalidité, l'OAI s'est basé sur les données résultant de l'ESS, soit sur un salaire de 59'197 francs (ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4). La prise en compte d'un tel revenu s'avère favorable au recourant. En effet, il ressort de son extrait de compte individuel AVS que ce dernier, qui travaillait sur appel pour un salaire horaire de 28 fr. auprès de son dernier employeur, n'a jamais réalisé un revenu aussi élevé. Il aurait toutefois pu être à même de réaliser un tel revenu s'il avait travaillé à temps plein pour le compte de ce même employeur.

b) 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, comme en l'espèce, 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 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 7/06 du 12 janvier 2007, consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à

garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TF 8C_22/2009 du 22 décembre 2009 ; TF I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991, consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; TFA I 329/88 du 25 janvier 1989, consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (TFA I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références).

En l'espèce, le recourant était âgé de moins de 40 ans au moment de la décision litigieuse. Compte tenu de ses limitations fonctionnelles (alternance de position assise et debout 2 fois par heure,

pas de soulèvement régulier de poids de plus de 5 kg, pas de port régulier de poids de plus de 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de genuflexions répétées et pas de franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers), on doit admettre, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives, sans formation nécessaire, que recouvrent les données ressortant de l'ESS, qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté au handicap dont souffre le recourant (cf. notamment TF I 112/06 du 16 août 2007 ; TF I 111/06 du 19 avril 2007 ; TF I 372/06 du 25 janvier 2007 ; TF I 700/05 du 12 janvier 2007). Par ailleurs, il est à relever que le fait que le recourant ne maîtrise pas le français ne l'a pas empêché de travailler pour le compte de divers employeurs pendant plusieurs années.

Au vu de ces éléments, on ne saurait considérer irréaliste le fait que le recourant puisse retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. L'office intimé a donc appliqué de façon correcte l'art. 16 LPGA en considérant que le recourant peut encore pleinement exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail.

Par conséquent, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant en 2006 des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit 4'732 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 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), le revenu mensuel s'élève à 4'933 fr. 11 ($4'732 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$), ce qui donne un salaire annuel de 59'197 francs 32.

c) Afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation réduit du recourant, l'OAI a réduit les revenus ESS de 10%.

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, 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).

En l'espèce, le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI tient raisonnablement compte des limitations fonctionnelles du recourant, qui n'apparaissent pas excessives, de son manque de formation et de connaissances linguistiques, ainsi que de son taux d'occupation réduit. Dans ce contexte, il convient d'observer que certains facteurs étrangers à l'invalidité n'ont pas été pris en considération pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité, sur la base de données salariales statistiques (cf. supra, consid. 5a). On ne saurait donc attribuer à ces facteurs une importance excessive pour fixer le revenu d'invalidé (cf. ATF 135 V 297 ; 134 V 322, consid. 4 et 5.2 ; cf. Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2^{ème} éd., p. 321 ss). Concrètement, le recourant, qui est encore jeune et qui bénéficie d'un permis d'établissement, n'a pas été empêché de travailler par sa méconnaissance de la langue écrite (lecture et écriture). Il peut donc trouver une activité simple dans des secteurs de production n'exigeant pas d'efforts physiques importants (cf. les conclusions de l'Oriph). La déduction de 10% à laquelle a procédé l'intimé n'est donc pas critiquable et doit dès lors être confirmée.

d) Le salaire avec invalidité s'élève ainsi à 37'294 fr. 30 ([59'197 fr. 32 x 0,7] - 10%). Comparé au revenu sans invalidité de 59'197 fr., le taux d'invalidité est de 37% ($\{(59'197 \text{ fr.} - 37'294 \text{ fr. } 30) \times 100\} / 59'197 \text{ fr.}$), ce qui n'ouvre aucun droit à une rente (cf. art. 28 LAI).

e) Concernant d'éventuelles mesures d'ordre professionnel, force est de constater qu'il n'est pas possible en l'état de les mettre en oeuvre. Il ressort en effet du rapport de l'Orif que le recourant peine à s'imaginer évoluer dans un nouveau domaine professionnel, ne sait pas du tout vers quelle nouvelle activité s'orienter et ne possède pas la capacité d'élaborer de nouveaux projets. L'approche de certains domaines de travail au travers des modules d'évaluation n'a d'autre part pas apporté de solution probante et le recourant peine à entrer dans une démarche de réinsertion concrète. Dans ses écritures, il ne sollicite par ailleurs aucune mesure professionnelle, mais uniquement l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 sociales est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 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 et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 mai 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, à concurrence de 400 fr. (quatre cents 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 :

- M. _____,
- 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 :