

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mai 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bonard et Pittet, assesseurs
Greffière: Mme Barman

Cause pendante entre :

W._____, à Crissier, recourant, représenté par Me Marc-Aurèle Vollenweider, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après: l'assuré), né en 1974, marié et père de quatre enfants mineurs, a déposé le 13 novembre 2008 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), indiquant présenter une incapacité de travail totale depuis le 13 février 2008 en raison d'une atteinte au dos et aux reins. Il ressortait de cette demande et du questionnaire adressé à l'employeur que, sans formation professionnelle, l'assuré travaillait en qualité de machiniste auprès de l'entreprise [...] depuis 1996 et percevait un salaire horaire brut de 36 fr. 80, treizième salaire compris.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a transmis le dossier au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) afin d'obtenir des renseignements sur les limitations fonctionnelles et l'atteinte exacte à la santé auprès du médecin traitant. Au cours de l'entretien téléphonique du 25 novembre 2008, le Dr C._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a indiqué au SMR qu'à la suite d'une intervention chirurgicale (urologie au CHUV) en 2005 pour maladie rénale de la jonction pyélo-urétérale, avec évolution favorable, l'assuré avait présenté des lombalgies persistantes. Il avait alors complété les investigations par une IRM, laquelle avait montré une petite hernie discale. Les divers traitements mis en place, successivement par le Dr V._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, médecin adjoint au service de rhumatologie et rééducation du CHUV, et le Dr L._____, spécialiste FMH en neurologie, s'étaient révélés un échec. Au terme de l'entretien téléphonique, le Dr C._____ a cependant indiqué avoir relevé des discordances entre les plaintes douloureuses du patient et les constatations objectives.

A réception de ces informations, l'OAI a requis le médecin traitant ainsi que les spécialistes nommés par ce dernier de lui adresser un rapport médical.

Dans son rapport du 8 décembre 2008, le Dr C._____ a retenu le diagnostic affectant la capacité de travail de lombosciatalgie bilatérale dans le cadre d'une hernie discale L5-S1 droite avec importante surcharge fonctionnelle. Il a diagnostiqué, comme sans effet sur la capacité de travail, un status post-pyéloplastie droite en mars 2005 pour une maladie de la jonction pyélo-urétérale, de status post-incision de la jonction pyélo-urétérale droite au laser et de status post-lithiases rénales droites. Il a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 22 février 2008 jusqu'à la fin décembre 2008 et indiqué que "le patient prétend[ait] souffrir de lombosciatalgie bilatérale de façon persistante avec une forte surcharge fonctionnelle et composant non organique, il prétend[ait] ne pouvoir reprendre aucun travail et toutes les positions [étaient] douloureuses." Il a conclu qu'après un examen de contrôle par le médecin de l'AI, un recyclage professionnel pourrait être envisagé. Il annexait à son rapport l'avis des différents spécialistes auxquels il avait adressé l'assuré.

Dans le rapport médical du 28 mars 2008 adressé au Dr C._____, le Dr J._____, spécialiste FMH en urologie, a posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - tels que retenus par le médecin traitant dans le rapport du 8 décembre 2008. Suspectant une récurrence de la maladie de la jonction pyélo-urétérale, le Dr J._____ avait alors confié le patient aux chefs de service d'urologie du CHUV. Le chef de clinique Dr S._____ avait mentionné, aux termes de son rapport du 15 juillet 2008, qu'il résultait des différents examens réalisés que la situation était plutôt rassurante. Il préconisait de laisser au médecin traitant le soin de poursuivre les investigations à la recherche d'une étiologie pouvant expliquer les douleurs mal systématisées aussi bien du côté gauche que du côté droit.

Le Dr V._____ avait fait part de son avis au Dr C._____, dans le rapport du 9 octobre 2008, au terme duquel il mentionnait ce qui suit:

"Il est certain que ton patient présente un syndrome lombosciatalgique et qu'il y a des discopathies étagées et une petite hernie discale paramédiane droit qui entre en conflit avec la racine

S1. Toutefois, la composante non-organique me paraît importante et la discordance radio-clinique trop nette. Dans ce contexte j'aurai des craintes que le patient attribue à la péridurale tout un tas de symptômes qui conduiraient inévitablement vers une prolongation de l'incapacité de travail et la recherche de bénéfice secondaire qu'il ne pourrait obtenir."

Dans le rapport du 29 octobre 2008 adressé au Dr C._____, le Dr L._____ avait estimé n'avoir une nouvelle fois pas obtenu la preuve d'une atteinte radiculaire significative. Il a conclu que, tout comme le Dr V._____, il était frappé par une forte composante non organique aux plaintes.

Interpellés par l'OAI, les Drs L._____ et V._____ ont indiqué, respectivement les 8 et 17 décembre 2008, n'avoir examiné l'assuré qu'à une seule reprise, de sorte qu'ils n'étaient pas à même de remplir le rapport médical qui leur avait été adressé.

Dans son rapport du 25 janvier 2009 à l'OAI, le Dr J._____ a retenu le même diagnostic qu'en mars 2008 et estimé que, bien que ne connaissant pas l'activité professionnelle de l'assuré, et à la lecture du rapport du CHUV du 15 juillet 2008, il n'y aurait pas de contre-indication à voir ce patient reprendre quelque activité professionnelle que ce soit. Il conseillait dès lors de regarder avec le médecin traitant si d'autres problèmes - que le présent problème urologique - empêchaient l'assuré de reprendre le travail.

Dans l'avis établi le 16 mars 2009, le SMR, par le Dr N._____, a indiqué que le Dr C._____ avait réalisé un bilan exhaustif des lombalgies sans signes de souffrance radiculaire (imagerie, avis neurologique et second avis rhumatologique) et écarté un problème rénal et/ou urinaire. Afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'assuré, de leurs évolutions, de l'observance thérapeutique et des possibles limitations fonctionnelles sur le plan somatique, un examen clinique rhumatologique a été réalisé au SMR par le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, le 8 avril 2009. Son rapport, établi le 9 avril suivant, contenait en conclusion les passages suivants:

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- lombo-sciatalgies bilatérales sur troubles dégénératifs (protrusion discale L5-S1 de localisation paramédiane D). M 54.42
 - o déconditionnement musculaire global et focal
 - o troubles statiques fonctionnels

- sans répercussion sur la capacité de travail

- plaintes algiques diffuses, sans substrat organique avec mise en évidence de tous les signes de non-organicité selon Smythe, Waddell et Kummel.

APPRECIATION DU CAS

Jeune assuré âgé de 34 ans, machiniste, en incapacité de travail depuis le 13.02.2008, dans un contexte algique diffus centré sur le rachis, avec mise en évidence de troubles dégénératifs modérés sous la forme de protrusion discale de localisation L5-S1.

Les différents bilans complémentaires réalisés à ce jour (rhumatologiques, neurologiques et radiologiques) n'ont pas mis en évidence de pathologie significative, hormis le trouble dégénératif évoqué. La globalité des plaintes mises en avant par l'assuré ne peut pas être raisonnablement expliqué par les atteintes organiques à la santé mises en évidence par les examens complémentaires.

Lors de l'examen clinique au SMR, nous nous trouvons en présence d'un assuré adoptant une attitude caricaturale et théâtrale, extrêmement démonstratif, mettant en œuvre des attitudes de contrepulsion dans un contexte de discours algique global. A signaler l'absence de mise en évidence de limitations dans les amplitudes articulaires de façon stricte. La seule diminution d'amplitude articulaire constatée est une diminution du Schober lombaire à 10-13 cm, vraisemblablement dans un contexte de déconditionnement musculaire avancé, accompagné d'un trouble dégénératif modéré.

Sur le plan neurologique, aucun déficit n'a été objectivé lors de cet examen clinique.

Le reste de l'examen de médecine générale met en évidence des signes de non-organicité selon Smythe, Waddell et Kummel qui s'intègrent dans un contexte de plaintes algiques polymorphes centrées sur le rachis.

Dans les antécédents de l'assuré, à signaler la notion d'une malformation rénale, à l'origine de rétention urinaire et de lithiases rénales D, ayant bénéficié à plusieurs reprises d'interventions chirurgicales. L'assuré déclare toujours une symptomatologie algique, en fonction du «remplissage urinaire du rein droit», selon ses propres mots.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence un trouble dégénératif débutant au niveau du rachis lombaire sous la forme d'une discopathie étagée L4-L5, L5-S1 accompagnée d'une protrusion discale de localisation médiane-paramédiane D L5-S1, sans mise en évidence de compression radiculaire objective.

En conclusion, cet assuré de 34 ans présente une symptomatologie algique diffuse, d'intensité sub-maximale, sans mise en évidence de pathologie ostéoarticulaire ou neurologique significative pouvant expliquer l'ampleur des plaintes mises en avant par l'assuré. Les trouvailles objectives aux différents examens cliniques et complémentaires réalisés à ce jour mettent en évidence un trouble dégénératif au niveau du rachis lombaire accompagné d'un trouble statique modéré et d'un déconditionnement musculaire. Les atteintes à la santé objectives mises en évidence ne peuvent pas expliquer la globalité des plaintes mises en avant par l'assuré ni l'incapacité de travail totale revendiquée par celui-ci. Objectivement, au vu des atteintes à la santé présentées, l'activité antérieure de l'assuré, machiniste, ne peut pas être considérée comme une activité adaptée. De ce fait, une incapacité de travail partielle de 50% dans une telle activité peut être retenue. Toute forme d'activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100%, sans diminution de rendement. L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des atteintes à la santé objectives mises en évidence par les examens complémentaires et les différents examens cliniques effectués à ce jour. La composante à caractère non-organique, déjà signalée par les différents médecins-traitants de l'assuré, est clairement mise en évidence par l'examen de ce jour, n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail. Une telle atteinte à la santé n'est réputée comme invalidante qu'en présence de pathologie psychiatrique pré-existante à caractère invalidant, de comorbidité psychiatrique invalidante ou de signes de gravité selon la jurisprudence.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 7,5 kg de façon répétitive et occasionnellement de 12,5 kg. Pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout, minimum 1x/heure, de préférence à la guise de l'assuré. Pas d'activité en porte-à-faux, en antéflexion du rachis contre résistance. Pas d'exposition à des vibrations de 5 Herz ou plus, de façon continue et prolongée. Pas d'activité en position statique debout au-delà de 10 à 15 minutes, immobile. Diminution du périmètre de marche à environ $\frac{3}{4}$ heure à 1 heure. Eviter les activités en hauteur ou sur terrain instable.

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

Sur la base de la documentation mise à notre disposition et de l'anamnèse fournie, l'assuré est en incapacité de travail à 100% depuis le 13.02.2008.

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

L'assuré est toujours en incapacité de travail à 100% depuis le 13.02.2008 selon les documents mis à disposition au dossier médical.

A la suite de l'examen clinique réalisé ce jour au SMR, une capacité de travail de 50% a été retenue dans son activité habituelle. Une telle capacité de travail peut être raisonnablement mise en œuvre depuis novembre 2008 (date de l'introduction de la demande de prestations AI). Depuis la même date, une pleine capacité de travail a été retenue dans une activité adaptée.

Concernant la capacité de travail exigible,

Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100%, sans diminution de rendement. L'activité habituelle de l'assuré ne pouvant pas être adaptée de façon stricte aux limitations fonctionnelles établies, une incapacité de travail de 50% dans ce domaine a été retenue. Cette incapacité de travail de 50% est pertinente depuis novembre 2008.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 50%		novembre 2008	
Dans une activité adaptée: 100%		depuis: novembre	2008"

Par avis du 30 avril 2009, le Dr N. _____ a considéré que, l'activité habituelle de l'assuré ne pouvant être adaptée de façon stricte aux limitations fonctionnelles établies, une incapacité de travail de 50% dans ce domaine, depuis novembre 2008, devait être retenue. Au surplus, toute activité respectant les limitations fonctionnelles étaient théoriquement possibles à un taux de 100%, sans diminution du rendement.

B. Le 7 juillet 2009, la Division réadaptation de l'OAI a examiné le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel. Le revenu sans invalidité a été estimé à 76'867 fr. 60, correspondant à la moyenne des revenus des cinq dernières années (2003 à 2007) après indexation à l'évolution des salaires pour l'année 2009. Le revenu d'invalidité a été évalué conformément à la jurisprudence constatée du Tribunal fédéral selon laquelle référence peut être faite aux données statistiques lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est le cas en l'espèce - repris d'activité professionnelle. Selon les données statistiques résultant des enquêtes sur

la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, le salaire de référence était celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services; ESS 2006, TA1; niveau de qualification 4). En tenant compte d'une capacité de travail de 100% et d'un abattement de 10%, le salaire exigible final était de 55'996 fr. 40.

Par communication du 9 juillet 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'une orientation professionnelle pour déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle aurait lieu à l'Office. A la suite de l'entrevue du 17 septembre 2009, une visite a été organisée auprès du Centre de formation professionnelle Orif de Morges le 3 novembre 2009. Aux termes de la visite à l'unité d'évaluation et d'orientation professionnelle, l'assuré a déclaré qu'il souhaitait en priorité se soigner, avant d'entreprendre une mesure d'orientation professionnelle, ce qu'il a confirmé à l'OAI lors d'un entretien téléphonique du 10 novembre 2009, conformément à la note au dossier y relative, précisant que ce stage n'était pas pour lui car il devrait y aller à plein temps.

Avant de rendre sa décision sur le droit aux prestations de W._____, l'OAI a requis de l'assureur perte de gain (U._____) qu'il lui fasse parvenir le dossier de l'assuré.

Une expertise médicale avait été confiée par l'assureur perte de gain au Dr X._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Dans le rapport du 13 mai 2009, l'expert faisait les mêmes constatations que son confrère du SMR, retenant des lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques sur discopathies pluriétagées, prédominant en L5-S1, des cervicalgies chroniques et des plaintes douloureuses diffuses accompagnées de nombreux signes de non-organicité. Il cautionnait l'incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle actuelle, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, mais postulait pour une activité professionnelle légère, épargnant les travaux lourds, les contraintes rachidiennes, les mobilisations du rachis en porte-à-faux et autorisant

l'alternance de la position assise et debout. Il a indiqué laisser le soin à l'OAI de déterminer la capacité de travail et de rendement, signalant que des mesures de réinsertion semblaient compromises en raison de l'attitude de l'assuré qui annonçait ne plus pouvoir exercer une activité professionnelle quelconque en raison de ses symptômes douloureux.

Par avis du 15 décembre 2009, le SMR, sous la signature du Dr P._____, a conclu qu'il n'y avait pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier les conclusions du rapport SMR du 30 avril 2009.

Dans le rapport final du 17 décembre 2009, l'OAI a observé ce qui suit:

"Notre assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Nous lui avons proposé d'effectuer un stage d'orientation à l'Orif de Morges. Suite à la visite du Centre, M. W._____ nous a informés qu'il était incapable de suivre un tel stage, qu'il devait d'abord se soigner et qu'il ne pouvait pas travailler.

Nous avons alors soumis le cas au SMR avec de nouvelles pièces médicales demandées à l'assureur perte de gain. Selon l'avis médical établi le 15 décembre 2009, l'exigibilité n'est pas modifiée; la capacité de travail est entière dans une activité adaptée. Dès lors, nous nous voyons contraints de clore le dossier par une approche théorique.

Au vu du manque de qualification de l'assuré et des nombreuses limitations fonctionnelles, il n'existe pas de mesure professionnelle proportionnée qui aurait permis de réduire le préjudice économique (cf. formule de calcul du salaire exigible du 7 juillet 2009)."

C. Le 13 avril 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité. Se référant aux pièces médicales en sa possession, il a retenu qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 13 février 2009, l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. Toutefois, une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis le mois de novembre 2008 déjà. Procédant à une évaluation économique, l'OAI a considéré que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 55'996 fr. 40. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 76'867 fr. 60,

mettait en évidence une perte de gain de 20'871 fr. 20, qui correspondait à un degré d'invalidité de 27.15%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

L'assuré a fait part de ses objections relatives au projet de décision par écriture du 11 mai 2010, faisant valoir que son problème était davantage médical (reconnaissance médicale de son incapacité de gain) que juridique (interprétation de la loi ou de la jurisprudence). Il énumérait les affections dont il souffrait, précisant que les problèmes à la colonne vertébrale, les fortes douleurs abdominales et les douleurs à la jambe droite s'étaient intensifiées depuis une année, alors que l'hépatite B, les autres problèmes liés au foie, l'atteinte aux reins et la perte de force du bras gauche étaient de nouvelles affections qui n'existaient pas au printemps 2009. Il joignait à son écriture un certificat médical établi le 29 avril 2010 par son médecin traitant - attestant d'une incapacité de travail du 1^{er} mai 2010 au 30 juin 2010 - ainsi que les résultats d'une IRM lombaire pratiquée le 10 juillet 2008 - discopathies L2-L3, L4-L5 et L5-S1 associées, en L5-S1, à une hernie discale médiane puis paramédiane droit luxée vers le bas, entrant en conflit avec la racine S1 droite à son émergence du sac thécal. Il soutenait que son degré d'invalidité était à l'inverse de ce que l'OAI avait estimé, à savoir d'environ 75% et non de 27.15%, concluant ainsi à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Par courrier du 17 mai 2010, l'OAI a imparti à l'assuré un délai au 20 juin 2010 pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé, précisant que le rapport d'IRM du 10 juillet 2008 figurait déjà au dossier, de sorte il n'avait amené aucun élément nouveau susceptible de revoir la position de l'office.

En préambule de sa détermination du 16 juin 2010, l'assuré s'est exprimé comme il suit:

"Je me détermine de la manière suivante sur la prédite lettre et vous communique, dans le délai que vous m'avez imparti au 20 juin 2010, mes remarques et les documents ou rapports médicaux actuellement en ma possession."

Après avoir rappelé le contenu de sa précédente écriture, il s'est référé au rapport anatomo-pathologique du 27 mai 2010 du laboratoire de cytologie et pathologie UNILABS, retenant le diagnostic d'hépatite chronique compatible avec une hépatite virale B, ainsi que le rapport médical établi le 9 juin 2010 par le Dr C._____, puis a conclu à l'octroi de mesures de réadaptation, subsidiairement à l'octroi d'une rente AI complète

Le médecin traitant relevait dans son rapport du 9 juin 2010 que l'assuré souffrait depuis mars 2008 de lombosciatalgie bilatérale à prédominance droite, de topographie à la fois latéral et postérieur, se compliquant de parasthésies au niveau de la jambe et du pied droit et diminution de force globale des deux membres inférieurs, précisant que les traitements n'avaient engendré aucune amélioration. Il ajoutait que, récemment, une hépatite B chronique assez avancée avait été découverte, contre laquelle le Dr F._____, gastroentérologue, proposait un traitement assez lourd. Au terme de son rapport, il mentionnait que l'incapacité de travail était totale depuis environ deux ans et que son patient ne pouvait reprendre une activité pour le moment.

Par décision du 17 juin 2010, dont la motivation était identique à celle du projet de décision du 13 avril 2010, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a expliqué que les contestations des 11 mai et 16 juin 2010 ne permettaient pas de remettre en cause le bien-fondé de sa position et que son projet reposait sur une instruction complète, tant sur le plan médical que sur le plan économique.

D. W._____ a formé recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales par acte du 18 août 2010, en concluant, avec dépens, à la réforme de la décision attaquée dans le sens de la reconnaissance de son droit à des prestations AI. Il fait valoir en substance que sa capacité de travail est inexistante, comme l'attestent le certificat médical du Dr C._____ du 9 juin 2010, le diagnostic posé par le Dr F._____ le 19 avril 2010 et le diagnostic confirmé par le laboratoire de

cytologie et pathologie du 27 mai 2010. Il fait grief à l'intimé de ne pas avoir examiné les pièces précitées et d'avoir violé son droit d'être entendu, dans la mesure où il a rendu sa décision le 17 juin 2010, soit avant l'échéance du délai de détermination au 20 juin 2010. Il soutient par ailleurs qu'en raison de son hépatite B, il est dans l'impossibilité de travailler à 100% et qu'il ne peut raisonnablement être exigé de lui la réalisation d'un revenu annuel de 55'996 fr. 40, précisant de surcroît que les montants retenus ne reposent sur aucune base solide.

Dans sa réponse du 23 septembre 2010, l'intimé conclut au rejet du recours.

Dans une détermination du 19 novembre 2010, le recourant rappelle le contenu du rapport du Dr J. _____ du 15 juillet 2010 [recte: 2008], celui du Dr L. _____ établi le 29 août 2008, les conclusions du rapport de l'examen clinique rhumatologique du 8 avril 2009 ainsi que l'expertise du Dr X. _____ du 13 mai 2009, pour finalement contester l'abattement de 10%, le qualifiant d'arbitraire, et estimant qu'un abattement de 50% (*sic*) doit être retenu, correspondant à l'incapacité partielle posée par l'examen clinique rhumatologique du SMR. Il fait également valoir que le revenu sans invalidité doit être porté à 85'427 fr. 55, correspondant ainsi à une moyenne annuelle des salaires perçus au cours des mois de janvier, février et mars 2008. Finalement, il argue qu'avec un revenu sans invalidité de 85'427 fr. 55 et un revenu d'invalidité de 46'663 fr. 50 - prenant en compte un abattement de 25% - la perte de gain s'élève à 38'764 fr. 05, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 45.37%, taux ouvrant le droit à une rente.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'applique à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, 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. 53 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

b) La Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile – compte tenu des feries judiciaires (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) – par W. _____ contre la décision rendue le 17 juin 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

2. Le recourant se plaint d'une violation du droit d'être entendu en reprochant à l'OAI d'avoir notifié sa décision avant l'échéance du délai imparti pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé.

a) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle expressément consacrée par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101). La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos. Le droit de s'exprimer sur les points pertinents implique la possibilité de prendre position, avant la décision, sur tous les éléments de fait et de droit qui peuvent l'influencer (ATF 133 I 98 et 133 I 100).

b) Faisant valoir une aggravation de son état de santé dans ses contestations du 11 mai 2010, le recourant a obtenu de l'OAI un nouveau délai pour rendre plausible ses allégations, Partant, un délai échéant au 20 juin 2010 lui a été imparti pour fournir de nouveaux rapports médicaux.

Le recourant a fait usage de la possibilité qui lui était offerte, comme il l'a mentionné en préambule de sa détermination du 16 juin 2010: *"Je me détermine de la manière suivante sur la prédite lettre et vous communique, dans le délai que vous m'avez imparti au 20 juin 2010, mes remarques et les documents ou rapports médicaux actuellement en ma possession"*. L'intimé a rendu sa décision le 17 juin 2010, soit après réception de dite détermination. En outre, dans la lettre d'accompagnement adressée le même jour, il est fait référence aux rapports médicaux transmis par le recourant le 16 juin 2010.

Le recourant ne serait fondé à se plaindre d'une violation de son droit d'être entendu que si l'intimé avait statué sur son droit aux prestations avant la réception de sa détermination. Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence. Partant, l'OAI était en droit de statuer avant l'expiration du délai supplémentaire d'objections qu'il avait fixé, dans la mesure où l'assuré avait clairement signifié qu'il se déterminait, conformément à la possibilité qui lui avait été offerte. Le grief de violation du droit d'être entendu se révèle dès lors mal fondé.

3. Cela étant, il convient d'examiner si l'office intimé était en droit de nier tout droit à une rente d'invalidité. A cet égard, il retient, sur la base des éléments médicaux et économiques établis dans le cadre de la procédure AI, que le recourant a présenté, avant l'échéance du délai d'attente d'une année, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant conteste cette appréciation, au motif que son médecin traitant atteste d'une incapacité de travail totale. Il affirme ne pas être en mesure de réaliser le revenu d'invalidé tel que fixé par l'intimé, invoquant au demeurant un abattement de 50% (sic), et critique l'appréciation de l'OAI quant au revenu sans invalidité, lequel devrait être déterminé conformément aux revenus perçus en 2008.

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). Toute "invalidité" n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Il sied de préciser que l'incapacité de gain se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité de travailler dans sa profession habituelle. Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut accomplir une partie ou la totalité du travail qui peut raisonnablement être exigée d'elle dans sa profession ou son domaine d'activité. 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 (cf. art. 6 LPGGA). Est par contre 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 LPGGA).

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 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. 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; TF8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1; I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3; I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6.1).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de 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 de l'expert soient motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecins traitants. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I_81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer

en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). Le Tribunal fédéral a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert de l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références).

4. En premier lieu, il convient d'apprécier la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies.

a) Dans le rapport d'examen clinique rhumatologique du 9 avril 2009, le Dr T._____ explique que les bilans rhumatologiques, neurologiques et radiologiques réalisés lors de l'examen n'ont pas mis en évidence de pathologie significative, hormis des lombosciatalgies bilatérales sur troubles dégénératifs (protrusion discale L5-S1 de localisation paramédiane droite). Il retient qu'une incapacité de 50% peut être admise dans l'activité habituelle de l'assuré (machiniste) - dite activité ne pouvant être adaptée de façon stricte aux limitations fonctionnelles établies - et qu'une capacité de travail est exigible à 100% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles.

Le Dr T._____ pose un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail que le médecin traitant et les autres spécialistes préalablement consultés ont également retenu. En effet, le Dr C._____, dans le rapport du 8 décembre 2008 à l'OAI, pose le diagnostic de lombosciatalgie bilatérale dans le cadre d'une hernie discale L5-S1 droite avec importante surcharge fonctionnelle. Dans le rapport du 9 octobre 2008 adressé au médecin traitant, le Dr V._____ confirme que le patient présente un syndrome lombosciatalgique, des discopathies étagées et une

petite hernie discale paramédiane droit entrant en conflit avec la racine S1. Le 13 mai 2009, l'expertise médicale du Dr X. _____, mise en œuvre par l'assureur perte de gain, retient des lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques sur discopathies pluriétagées, prédominant en L5-S1. Cependant, et bien que ces médecins attestent d'une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle actuelle du recourant, aucun ne se prononce sur la capacité de travail de ce dernier dans une activité adaptée. Au demeurant, seul le Dr X. _____ fait état de limitations fonctionnelles, postulant une activité professionnelle légère, épargnant les travaux lourds, les contraintes rachidiennes, les mobilisations du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout, laissant toutefois le soin à l'OAI de déterminer la capacité de travail et de rendement. A cet égard, on constate que ces limitations correspondent à celles énumérées au terme du rapport d'examen clinique rhumatologique du 9 avril 2009 (cf. lettre A *supra*).

De surcroît, le Dr T. _____ relève une composante à caractère non-organique - déjà signalée par les différents médecins - et non prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail, précisant qu'une telle atteinte à la santé n'est réputée comme invalidante qu'en présence de pathologie psychiatrique pré-existante à caractère invalidant, de comorbidité psychiatrique invalidante ou de signes de gravité selon la jurisprudence. Sous la rubrique "*appréciation du cas*", il conclut que l'examiné présente une symptomatologie algique diffuse, d'intensité sub-maximale, sans mise en évidence de pathologie ostéoarticulaire ou neurologique significative ne pouvant expliquer l'ampleur des plaintes mises en avant par l'assuré, ni l'incapacité de travail totale revendiquée par celui-ci. A cet égard, on rappelle que le Dr C. _____, lors de l'entretien téléphonique du 25 novembre 2008 avec le SMR, a mentionné des discordances entre les plaintes douloureuses du patient et les constatations objectives. Le Dr V. _____ a également retenu que la composante non-organique lui paraissait importante, précisant "*[avoir] des craintes que le patient attribue à la péridurale tout un tas de symptômes qui conduiraient inévitablement vers une prolongation de l'incapacité de travail et la recherche de bénéfice*

secondaire qu'il ne pourrait obtenir". Le Dr L._____ a conclu son rapport du 29 octobre 2008 en indiquant être frappé, tout comme le Dr V._____, par une forte composante non-organique aux plaintes. Le Dr X._____ a relevé, quant à lui, que les mesures de réinsertion semblaient compromises en raison de l'attitude de l'assuré qui annonçait ne plus pouvoir exercer une activité professionnelle quelconque en raison de ses symptômes douloureux.

b) Le Dr T._____ a rédigé son rapport après avoir étudié les éléments médicaux versés au dossier de l'OAI et procédé à un examen clinique, des examens rhumatologiques, neurologiques et radiologiques. Son rapport contient une anamnèse familiale, sociale et systémique, la description des plaintes et données subjectives de l'assuré, la description de l'observation clinique avec status neurologique et ostéoarticulaire, les résultats des examens radiologiques, les diagnostics selon la CIM-10, une appréciation du cas et les influences sur la capacité de travail. A l'issue de son examen, il a estimé que toute forme d'activité respectant les limitations fonctionnelles étaient théoriquement possible à un taux de 100%, sans diminution de rendement.

A l'aune de ces conclusions, le SMR a considéré, par avis du 30 avril 2009, qu'il n'existait pas de limitation physique invalidante. L'activité habituelle de l'assuré ne pouvant être adaptée de façon stricte aux limitations fonctionnelles établies, une incapacité de 50% dans ce domaine devait être retenue et toute activité respectant les limitations fonctionnelles était possible à un taux de 100%, sans diminution de rendement.

c) Les conclusions du Dr T._____ ne sont mises en doute par aucun avis médical contraire probant versé au dossier. En particulier, la Cour ne saurait écarter l'avis de l'examineur aux profits de celui du Dr C._____. En effet, le médecin traitant a un mandat de soin. Il est dans une position particulière en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation

d'évaluation difficile. En principe, il fait confiance à son patient – ce qui est souhaitable – et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé par le souci – louable en soit – d'être le plus utile possible à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc; 122 V 157 consid. 1c et les références). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins mais d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001, 109 consid. 3b/bb).

L'appréciation du SMR doit d'autant plus être privilégiée que le Dr C. _____ n'a fourni aucun élément tendant à démontrer en quoi les conclusions de l'examen clinique rhumatologique seraient erronées. En effet, le certificat médical du 29 avril 2010 se limite à attester d'une incapacité de travail du 1^{er} mai 2010 au 30 juin 2010 pour maladie, de sorte qu'il ne suffit pas à mettre en doute l'avis du Dr T. _____. Quant au rapport du 9 juin 2010, il fait état d'une incapacité de travail totale depuis environ deux ans, en raison de lombosciatalgie bilatérale à prédominance droite, diagnostic retenu dans l'examen clinique rhumatologique et à l'origine des limitations fonctionnelles établies.

Le Dr C. _____ mentionne par ailleurs la découverte d'une hépatite B chronique assez avancée, pour laquelle un traitement assez lourd a été proposé par le Dr F. _____. Cependant, il ne mentionne pas que cette atteinte entraîne des limitations ou à une quelconque influence sur la capacité de travail. A cet égard, le recourant allègue, dans l'écriture du 18 août 2010, qu'il est dans l'impossibilité de travailler à 100% en raison de son hépatite B, sans fournir d'autres éléments que le rapport du 9 juin 2010 et la confirmation de ce diagnostic.

Au demeurant, dans sa détermination du 19 novembre 2010, le recourant rappelle le contenu du rapport du Dr J. _____ du 15 juillet 2008, celui du Dr L. _____ du 29 août 2008, le contenu de l'expertise du Dr X. _____ du 13 mai 2009 ainsi que les conclusions de l'examen clinique rhumatologique du Dr T. _____. La Cour relève à cet égard que

le recourant ne conteste pas l'avis de ces médecins mais, *a contrario*, fait siennes leurs conclusions et admet – certes, par un raisonnement erroné – qu'il y a lieu de retenir l'incapacité de 50% telle que posée par l'examen clinique rhumatologique. Partant, on relèvera que le recourant admet – implicitement – présenter une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Preuve en est le revenu d'invalidité tel que retenu dans son calcul du degré d'invalidité (46'663 fr. 50 correspondant au revenu d'invalidité selon l'ESS, au taux de 100%, avec un abattement de 25%; cf. consid. 5 et 6 *infra*).

d) A l'aune de ce qui précède, l'appréciation du Dr T. _____ est concluante, son rapport d'examen, convaincant et étayé, remplit les exigences pour se voir reconnaître pleine valeur probante, et aucune opinion contraire ne vient sérieusement la remettre en cause.

C'est dès lors à juste titre que l'intimé s'est fondé sur cet examen, corollairement sur les avis du SMR des 30 avril et 15 décembre 2009, et a arrêté qu'à compter du mois de novembre 2008, soit avant l'échéance du délai de carence d'une année, l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de machiniste.

5. Cela étant, il convient de déterminer la perte de gain que subirait le recourant dans l'exercice d'une activité médicalement exigible.

a) L'invalidité, au sens du droit fédéral, est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidité) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité), ce qui correspond à la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la

demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1; 110 V 273 consid. 4b).

La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) 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, exprimée en pour-cent (ATF 114 V 310) permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé en tenant compte de l'évolution des salaires. A la question de savoir s'il y a lieu de prendre en considération un changement hypothétique d'activité, la jurisprudence retient que des possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement ne doivent être prises en considération que lorsqu'il est très vraisemblable qu'elles seraient advenues. Il convient, à cet égard, d'exiger la preuve d'indices concrets que l'assuré aurait obtenu dans les faits un avancement ou une augmentation corrélative de ses revenus, s'il n'était pas devenu invalide. Des indices concrets en faveur de l'évolution de la carrière professionnelle doivent exister, par exemple, lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. De simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas. L'intention de progresser sur le plan professionnel doit, bien plutôt, déjà s'être manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation de cours, le début d'études ou la passation d'examens (TF

9C_523/2008 du 25 mai 2009, consid. 2.2; B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2 et les références, résumé *in* REAS 2004 p. 239).

Selon la jurisprudence constante, lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité, ou alors aucune activité adaptée normalement exigible, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ci-après: ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/bb; 124 V 321 consid. 3b/aa; TF 9C_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2; TFA I 864/2005 du 26 octobre 2006 consid. 2.5; I 298/2004 du 21 juillet 2005 consid. 6; RCC 1991 p. 332 consid. 3c). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa).

c) Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques précitées, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération sur les salaires ESS (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb; cf. pour exemple TF 9C_91/2010 du 2 juillet 2010 consid. 4.1). 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 (ATF 134 V 322 consid. 5.2). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui correspond au plus près à la mise en valeur exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc; VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b). La déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'OAI. Le juge ne peut, sans motif pertinent,

substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 6.2; 134 V 322 consid. 5.2 et 6.2; 126 V 75 consid. 5b/dd).

6. a) Pour fixer le revenu sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur le salaire que l'assuré a réalisé durant les cinq dernières années, soit de 2003 à 2007, dans l'activité de machiniste auprès de l'entreprise [...], conformément aux informations transmises par cette dernière. Il a ainsi retenu un revenu annuel moyen brut, après indexation à l'évolution des salaires pour l'année 2009 – année de la naissance éventuelle du droit à la rente – de 76'867 fr. 60. Dans la mesure où le recourant travaille en qualité de machiniste depuis 1996 pour le compte de la même entreprise et qu'il s'est satisfait d'un revenu annuel moyen de 76'867 fr. 60 durant les cinq années précédant l'apparition des douleurs dorsales, il n'y a aucun indice concret permettant d'admettre que, sans invalidité, il aurait cherché à augmenter ses revenus ou opter pour une autre activité professionnelle.

Le recourant se méprend lorsqu'il retient, dans la détermination du 19 novembre 2010, un revenu sans invalidité de 85'427 fr. 55, fondé sur la moyenne des mois de janvier, février et mars 2008. En effet, comme mentionné précédemment (cf. consid. 5.b *supra*), il convient de prendre en compte le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé. Les salaires perçus aux mois de février et mars 2008 ne sont pas déterminants puisque le recourant, en incapacité de travail depuis le 13 février 2008, a bénéficié, dès cette date, d'indemnités journalières de son assurance perte de gain.

Rien ne justifie dès lors de s'écarter de l'appréciation de l'intimé, de sorte qu'il convient de retenir un revenu sans invalidité de 76'867 fr. 60.

b) S'agissant du revenu avec invalidité, la méthode employée par l'intimé, à savoir la référence aux salaires statistiques ressortant de l'ESS pour l'année 2009, ne porte pas flanc à la critique. Cette pratique est parfaitement admise dans l'éventualité où, comme cela est le cas en l'espèce, l'assuré n'a pas repris l'exercice d'une activité adaptée

normalement exigible de sa part (cf. consid. 5.b *supra*). Partant, le grief du recourant selon lequel les montants retenus ne reposent sur aucune base solide ne saurait être retenu.

De surcroît, le recourant ne critique pas le salaire selon l'ESS, mais soutient qu'il ne peut raisonnablement être exigé de lui la réalisation d'un revenu annuel de 55'996 fr. 40. A cet effet, dans la détermination du 19 novembre 2010, il conteste l'abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, soutenant que les limitations provoquées par son handicap justifient un abattement largement supérieur, soit de 50% (sic).

Le recourant semble méconnaître la notion d'abattement, lorsqu'il requiert un abattement d'au moins 50% "*correspondant à l'incapacité partielle posée par l'examen clinique rhumatologique du 8 avril 2009*" (cf. détermination du 19 novembre 2010, p. 3). A cet égard, on lui rappellera que l'incapacité de travail (cf. consid. 3.a *supra*) ne saurait se confondre avec le taux d'abattement (cf. consid. 5.c. *supra*), la première étant une notion médicale, alors que l'abattement est une notion juridico-économique. Au demeurant, la jurisprudence fédérale n'admet pas un taux d'abattement supérieur à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc).

Selon les éléments médicaux du dossier, il est admis que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. consid. 5.c *supra*). Le revenu d'invalidé tel que retenu par l'OAI correspond au salaire de référence auquel peut prétendre un homme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit des activités compatibles avec les limitations invoquées. Ainsi, l'office intimé a tenu compte, dans l'évaluation du revenu d'invalidé, de l'atteinte à la santé physique (lombosciatalgies bilatérales sur troubles dégénératifs) du recourant, respectivement des limitations fonctionnelles telles que décrites par le Dr T._____.

Compte tenu en particulier de l'âge de l'assuré (il est né en 1974), de la nationalité suisse acquise il y a trois ans (cf. contestation à

l'OAI du 11 mai 2010, p. 4), du taux d'activité de 100% et des limitations fonctionnelles retenues, un abattement de 10% n'est pas critiquable; l'OAI n'a pas fait, à ce propos, un mauvais usage de son pouvoir d'appréciation.

c) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a fixé le revenu d'invalidé à 55'996 fr. 40, retenant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et un abattement de 10%, lequel tient raisonnablement compte de la situation du recourant.

En conclusion, le degré d'invalidité de 27.15% doit être confirmé. Vu le taux d'invalidité retenu, le recourant n'a pas droit à une rente, le seuil minimum de 40% n'étant pas atteint (art. 28 al. 2 LAI; cf. consid. 3.a *supra*).

7. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs. En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr.; en principe, ils sont mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

8. Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du Bureau de l'assistance judiciaire du 16 août 2010.

Il s'ensuit que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire

est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité d'office - laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3]) -, il y a lieu de relever ce qui suit: le conseil d'office a produit une liste de ses opérations, qui mentionne quelques démarches postérieures à la dernière écriture destinée à la Cour des assurances sociales. Ces opérations n'apparaissent pas nécessaires, pour la présente procédure de recours. Il convient donc de fixer équitablement l'indemnité à 1'700 fr., TVA comprise.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 17 juin 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Marc-Aurèle Vollenweider, conseil du recourant, est arrêtée à 1'700 fr. (mille sept cents francs).

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Marc-Aurèle Vollenweider, à Lausanne (pour W. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :