

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 décembre 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Bidiville et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

V. _____, à Pompaples, recourant, représenté par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 44 LPGA; 4, 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant serbe né en 1958, a déposé une première demande de prestations AI pour adultes en août 2005. Statuant le 24 octobre 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) lui a refusé l'octroi de toute rente, le degré d'invalidité qui lui était reconnu, par 5,10%, ne lui ouvrant pas le droit à celle-ci.

Par une nouvelle demande déposée le 6 juillet 2009, V._____ a derechef sollicité l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Dans un rapport médical du 29 juin 2009, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin traitant de l'assuré, précisait ce qui suit:

"De fait, ce patient sans formation en Suisse, n'a plus travaillé depuis 1994, il a bénéficié de sa perte de gain puis du chômage plusieurs années, puis il a été au bénéfice de l'aide sociale.

Ces dernières années, il a développé des douleurs de l'épaule gauche, les radiographies standard ne démontrant pas d'omarthrose ou de calcification. Par la suite il a présenté des lombalgies et des sciatgies atypiques, mais là avec une certaine organicité, la radiographie de la colonne lombaire en novembre 2006, puis l'IRM de février 2007 démontrant une lyse isthmique bilatérale de L5 et un canal étroit avec des discopathies indéniables en L2-L3 et L3-L4.

Je me suis passablement engagé avec notre assistante sociale puis avec le service Z._____ pour rechercher un travail pour ce patient, mais aucune activité n'a été réellement trouvée, le patient se plaignant à la fois d'une limitation de ses épaules dans le travail en hauteur, mais également d'une incapacité à maintenir la position debout ou assise en lien à ses lombalgies.

Récemment entre mars et avril 2009, il a bénéficié par le biais d'Z._____ d'un stage aux Fondation L._____, dans un travail de reliures où il a pu travailler à 40%. Les conclusions du stage parlent d'un homme assez volontaire qui semble parfois souffrir et qui paraît non reclassable et peu rentable en terme de travail, pour le moins pas au-delà d'un 50%. Par contre, la notion d'alcoolisme, qui avait été évoquée, n'a pas été confirmée lors de ce stage où plusieurs tests ont été effectués.

Dès lors, avec le service social, nous pensons qu'une nouvelle demande d'AI peut se justifier au vu de la nouvelle pathologie lombaire, non pas dans l'optique d'un reclassement professionnel, mais plutôt de l'octroi d'une demi rente, puisqu'il paraît très peu probable que ce patient retravaille une fois dans sa vie."

Dans un avis médical du 4 novembre 2009, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), a mis en œuvre un examen clinique de médecine physique-rhumatologique. Il a aussi demandé d'emblée de "récupérer auprès de Z._____ le rapport complet du stage effectué en mars-avril 2009 aux Fondation L._____".

L'examen clinique rhumatologique a été effectué le 27 novembre 2009 par le Dr W._____, rhumatologue auprès du SMR. Dans son rapport du 18 décembre 2009, ce spécialiste pose les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de "status post-rupture du muscle supra-épineux" et de "lombo-sciatalgies G chroniques dans un contexte de protrusions discales étagées, discarthrose L2-L3, troubles dégénératifs postérieurs étagés" et, sans répercussion sur la capacité de travail, d'obésité et d'hypertension artérielle. Le Dr W._____ estime la capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide de cuisine à 0% mais à 70% dans une activité adaptée. Il apprécie le cas de la manière suivante:

"Lors de l'entretien, Monsieur V._____ se dit être incapable de reprendre une activité d'aide de cuisine, en raison de douleurs des épaules, prédominant à D [droite] et en raison d'une douleur lombaire irradiant au membre inférieur G [gauche]. Les symptômes décrits sont de type mécanique.

Les douleurs de l'épaule sont déclenchées par les mouvements d'abduction. Monsieur V._____ est particulièrement gêné au niveau lombaire lors de position debout statique, qu'il tolère 20 minutes au maximum, l'assuré est capable de regarder un film, sans interruption, s'il s'installe confortablement avec un coussin derrière le dos, les jambes surélevées. Monsieur V._____ a stoppé toute activité physique depuis 2000.

Il prend quotidiennement un traitement d'anti-inflammatoires à doses importantes, sous forme d'Ecofénaç®, il prend en réserve un contre-douleur sous forme de Dafalgan®, de fréquence non-quantifiable.

L'assuré n'a plus de suivi psychiatrique, a été suivi 1 an en 2005. Le Dr D._____, aux dires de l'assuré, a réintroduit un traitement d'Efexor® depuis le début de l'année 2009; théoriquement l'assuré devrait prendre un comprimé par jour, Monsieur V._____ prend les comprimés à la demande; nous avons conseillé à l'assuré de reparler avec le Dr D._____ de la posologie à prendre et nous lui avons fait remarquer que ce n'était pas un traitement à prendre de façon épisodique.

L'assuré participe au ménage, fait à manger, fait des commissions, il est capable de porter 5 kg ddc [des deux côtés].

L'examen clinique montre un assuré en bon état de santé, avec une obésité de classe II, un déconditionnement physique. Nous auscultons un souffle systolique à foyer pulmonaire, l'assuré a un oedème au niveau des membres inférieurs, une TA légèrement augmentée; l'assuré n'a pas de veinetasies pouvant orienter vers une insuffisance veineuse; l'oedème aux membres inférieurs pouvant être corrélé à une insuffisance cardiaque D, nous laissons le soin au Dr D. _____ de réévaluer la situation. L'assuré n'a pas de signes pour une insuffisance cardiaque G, il n'a pas de stase pulmonaire, il ne décrit pas de difficultés à respirer et la nuit.

Le status neurologique est sp [sans particularité], il permet d'exclure une atteinte radiculaire autant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs. Nous avons un doute sur la présence d'une sciatatalgie irritative du côté G, l'assuré décrivant une douleur postérieure de la cuisse et du mollet à 70° d'élévation, mais pas d'irradiation plus distalement. Le trajet radiculaire décrit à l'anamnèse évoque plutôt une irritation de la racine L5. Nous verrons plus loin qu'il n'y a pas de signes clairs de compression radiculaire à l'IRM.

L'examen des épaules montre une mobilité sub-totale en flexion et abduction, avec un arc douloureux du côté D à 90°, l'assuré est légèrement limité en rotation interne du côté G; le testing musculaire de la coiffe des rotateurs n'est pas pathognomonique d'une rupture du supra-épineux, l'assuré lâche la manoeuvre contre résistance, non seulement pour le supra-épineux, mais également pour le long chef du biceps et l'infra-épineux; l'examen à lui seul ne permet pas de confirmer une rupture complète du supra-épineux; d'autres signes orientent vers une surcharge de ce muscle, notamment une diminution de la trophicité musculaire de la fosse supra-épineuse, une douleur à la palpation du tubercule majeur. Il n'y a pas de conflit sous-acromial franc à l'examen clinique, pas de capsulite rétractile.

Au niveau des membres inférieurs, la mobilité des hanches est légèrement limitée en flexion, rotation interne et abduction ddc, avec une sensibilité ddc à la palpation coxo-fémorale. L'examen de la cheville G est peu spécifique, avec seulement une sensibilité à la palpation sous-malléolaire, mais pas d'instabilité, pas de tuméfaction.

Au niveau du rachis, l'assuré a des troubles statiques sous forme d'un relâchement de la sangle abdominale, une diminution de la cyphose dorsale, il n'a pas d'attitude antalgique lorsqu'il se tient en station debout, immobile; à la marche, l'assuré déporte son tronc vers la D en phase d'appui. La mobilité de la nuque est dans les limites des normes. La mobilité lombaire est normale en flexion, limitée de 1/3 en extension, l'assuré n'a pas de douleurs conséquentes, il décrit une légère douleur lombaire en extension, peut-être une douleur lombaire en flexion. Lorsqu'on lui demande de toucher ses pieds, assis les jambes tendues sur la table d'examen, l'assuré décrit une douleur postérieure des cuisses. La palpation appuyée de la région lombaire déclenche une douleur en L5, sans contracture. Au vu de la mobilité constatée et de la palpation, nous excluons un syndrome rachidien. Le score de Waddell est négatif pour des signes de non-organicité.

La lecture du dossier radiologique confirme le diagnostic de rupture complète du muscle supra-épineux D visible à l'IRM de 2002. Les autres muscles sont intacts, il n'y a pas d'arthrose gléno-humérale. Fonctionnellement, l'assuré compense la perte de fonction de ce muscle

avec l'utilisation du muscle deltoïde qui lui permet d'amener ses bras en abduction.

Les radiographies lombaires de 2006 et l'IRM de 2007 montrent des protrusions discales étagées, un début de discarthrose en L2-L3, une composante de canal lombaire étroit en L3-L4, un spondylolisthésis de grade I en L5-S1, sans compression de racines, il n'y a pas de hernie discale visible. Il se surajoute des troubles dégénératifs postérieurs étagés.

Limitations fonctionnelles

Épaule D: pas de travail prolongé au-delà de l'horizontale, pas de mouvements répétés d'abduction-adduction, pas de soulèvement de charges de plus de 2 kg, pas de port de charges en mono-manuel D de plus de 5kg, plus de 10kg en bi-manuel.

Rachis: pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas d'exposition aux vibrations basses, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assis au-delà de 1 heure.

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

Depuis mars 2002.

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

Initialement IT de 50% depuis mars 2002. Le rapport de consultation orthopédique de la Dresse F. _____ du 17.01.2003 n'est pas inquiétant avec une disparition des douleurs du côté droit, des douleurs seulement à gauche, une mobilité complète. La Dresse F. _____ estime à cette époque que dans un travail adapté de petite manutention, l'assuré devrait être apte à 100 %.

La situation se décompense en novembre 2006 avec des lombalgies dans un contexte de discopathies étagées et canal étroit. Depuis cette date, au vu des deux pathologies associées non retenons une IT complète dans l'activité habituelle d'aide de cuisine.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance mécanique de l'épaule D et du rachis lombaire.

L'assuré nous transmet, ce jour, le rapport final attendu de l'Z. _____, concernant son stage à la Fondation L. _____ du 03.02. au 30.04.2009.

L'assuré a effectué des travaux légers, tels que la réalisation de boîtes, mise en classeurs et assemblage et utilisation de relieuses, ceci à temps partiel, pendant 2 mois à 40%. Il est mentionné que le rendement de l'assuré est bas, dû essentiellement à ses soucis de santé ne lui permettant pas de soulever des charges ni d'effectuer des travaux répétitifs impliquant une mobilisation des membres supérieurs. Les travaux répétitifs, le soulèvement de charges sont des limitations fonctionnelles à respecter.

Dans une activité adaptée, nous retenons une exigibilité de 70 % en raison de l'atteinte du membre dominant et des limitations fonctionnelles multiples touchant le MSD et le rachis, ceci depuis novembre 2006.

L'examen de ce jour appuyé par les examens complémentaires confirme la rupture du muscle supra-épineux du côté D, avec une incapacité à soulever des charges; l'assuré n'a cependant pas une impotence fonctionnelle majeure du membre supérieur D, il conserve une bonne mobilité, compense la rupture de son supra-épineux par les autres muscles à disposition. Le descriptif de la vie de tous les jours, l'examen clinique de ce jour, montre que l'assuré est capable d'avoir une activité ne

nécessitant pas de mouvements de force. Au niveau du rachis, l'assuré n'a pas de syndrome rachidien, pas de sciatalgie systématisable."

Dans un avis médical SMR du 1^{er} février 2010, la Dresse Q._____ reprend les conclusions du Dr W._____ pour retenir une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée, à traduire "en termes de métier" par un spécialiste de la réadaptation.

Dans un rapport d'évaluation/assessment du 24 février 2010, établi par un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, il est indiqué en conclusion - l'assuré ne souhaitant pas s'engager dans des mesures de réadaptation professionnelle - qu'il s'agit dans un premier temps, compte tenu du faible rendement de l'assuré évalué par la Fondation L._____ dans une activité légère, de demander un avis SMR pour déterminer si la capacité de travail dans une activité adaptée est toujours de 70%. Dans un avis médical du 26 mai 2010, le Dr G._____, du SMR, se réfère à l'avis clairement exprimé par le Dr W._____ dans son rapport du 18 janvier 2010 quant à la capacité de travail résiduelle de 70% dans une activité adaptée et estime que, dans ces conditions, ses conclusions sont inchangées.

Le rapport final établi le 30 avril 2009 par la Fondation Z._____ décrit le stage effectué par l'assuré comme ouvrier à l'atelier d'impression numérique auprès de la Fondation L._____, [...], pour la période du 2 mars au 30 avril 2009. Ce document comporte notamment les remarques suivantes:

"L'évaluation du stage met en évidence un très faible absentéisme et une certaine motivation à vouloir bien faire. Par contre, sa capacité de travail est réduite en raison d'un rendement très faible en terme de quantité produite. La qualité est cependant acceptable. D'après les observations effectuées, le rendement bas est dû essentiellement à ses soucis de santé qui ne lui permettent pas de soulever de charges, ni d'effectuer de travaux répétitifs impliquant une mobilisation des membres supérieurs. M. V._____ s'est plaint de fortes douleurs, notamment en fin de journée et en fin de semaine d'activité. Les douleurs se traduisent chez M. V._____ par une forte transpiration lorsqu'il effectue des travaux pourtant adaptés, mais pénibles pour lui. Au contraire, lors de travaux légers, les transpirations ne se manifestent pas. A la suite de ces constats,

selon le processus Z._____, nous ne pouvons pas l'accompagner dans une démarche de réinsertion professionnelle dans l'économie".

A la demande de l'OAI, le médecin traitant de l'assuré, le Dr D._____, à Orbe, s'est prononcé sur l'évolution de santé de l'intéressé depuis son rapport de juin 2009. Dans son rapport du 7 juillet 2010, ce spécialiste ne note globalement aucun changement depuis 2009. Il estime, sans fournir d'indications précises à ce sujet, que le patient pourrait être actif à 50% dans une activité adaptée (pas de port de charge, changement de posture lombaire et pas d'activité des épaules au dessus de l'horizontale). Interpellé par le SMR sur la différence du taux de capacité de travail qu'il mentionne par rapport à dont fait état le Dr W._____, le Dr D._____ a, par courrier du 31 août 2010 à l'OAI, confirmé qu'il parvenait à comprendre l'évaluation de son confrère, contre laquelle il n'avait pas d'argument suffisant pour s'y opposer.

Par décision du 23 novembre 2010, qui confirmait un projet du 14 octobre 2010, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, au motif que l'intéressé disposait d'une capacité de travail exigible de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis novembre 2006. Il en résultait une perte de gain de 20'633 fr. 90, correspondant à un taux d'invalidité de 34%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

B. Le 28 décembre 2010, par son conseil, V._____ a recouru contre la décision précitée et conclu principalement à son annulation, une expertise psychiatrique étant ordonnée et le droit à des prestations lui étant reconnu. L'intéressé conclut subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, expertise médicale et nouvelle décision au sens des considérants.

A titre provisionnel, le recourant demandait en outre qu'il soit ordonné à l'intimé de mettre sans tarder V._____ au bénéfice de mesures de réinsertion professionnelle au sens de l'art. 14a LAI (Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20). Le juge instructeur a rejeté cette requête par ordonnance du 4 février 2011.

Dans sa réponse du 31 mars 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le recourant a déposé une réplique le 10 mai 2011.

E n d r o i t :

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

2. Le recourant critique le refus d'une rente AI, sur la base de l'évaluation de son taux d'invalidité. Selon lui, la question de sa capacité de travail en termes de rendement n'a fait l'objet d'aucune investigation, la Dresse Q._____, du SMR, ayant bien spécifié, dans son rapport du 1^{er} février 2010, que la capacité de travail de 70% déterminée par son collègue W._____ devait encore être traduite en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation, ce qui n'a pas été fait. Le recourant relève en outre que les conclusions du Dr W._____ n'emportent pas la conviction, étant totalement contredites par le rendement mesuré par Z._____ durant le stage effectué à la Fondation L._____. Cela étant, il réclame la mise en oeuvre d'une expertise, un tel complément d'instruction étant à ses yeux indispensable pour statuer en toute connaissance de cause sur son droit aux prestations.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte

d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4 ; 115 V 133, consid. 2 ; 114 V 310, consid. 3c ; 105 V 156, consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 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 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). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). On soulignera enfin qu'il appartient en principe aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail fonctionnelle résultant d'une atteinte à la santé. Un rapport d'un spécialiste de la réadaptation professionnelle peut toutefois aussi être pris en considération, notamment lorsqu'il existe une divergence importante entre l'évaluation de la capacité de travail faite par les médecins et les résultats obtenus pendant un stage (cf. sur cette question, l'arrêt du Tribunal fédéral du 4 juillet 2008, 9C_833/2007; TF 8C 468/2010).

c) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les

renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L'office AI dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93, consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas

suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157, consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

3. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré présente une capacité de travail nulle dans son ancienne activité d'aide de cuisine. La question qui se pose est dès lors celle de savoir si le recourant présente néanmoins une capacité de travail exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et, si oui, dans quelle mesure.

a) Selon l'OAI, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est de 70% depuis novembre 2006. Il se fonde en cela sur l'analyse de la situation médicale de l'assuré, en particulier sur l'examen clinique rhumatologique effectué le 27 novembre 2009 par le SMR. Le recourant conteste cette appréciation, estimant que les conclusions du Dr W._____ n'emportent pas la conviction, celles-ci étant totalement

contredites par les rendements mesurés par Z._____ durant le stage effectué à la Fondation L._____. Le recourant souligne en outre que la question de la capacité de travail en termes de rendement n'a fait l'objet d'aucune investigation de la part de l'autorité intimée.

b) Le recourant a suivi un stage de deux mois à la Fondation L._____ à 40%, travaillant tous les après-midi à l'atelier de reliure du 3 février 2009 au 30 avril 2009. Z._____ a mis en évidence un très faible absentéisme et une certaine motivation à bien faire. Par contre, la capacité de travail était réduite en raison d'un rendement très faible en terme de qualité produite. La qualité du travail était acceptable.

Dans son avis médical du 1^{er} février 2010, le SMR a estimé que la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée était de 70%. Ultérieurement, le 26 mai 2010, le SMR a encore relevé que les résultats du stage Z._____ avaient été discutés lors de l'examen clinique effectué par le Dr W._____, ce dernier ayant à ses yeux clairement expliqué pour quelles raisons il retenait une capacité résiduelle de travail de 70%. Cela étant, le SMR a estimé que les conclusions émises dans l'avis du 1^{er} février 2010 restaient inchangées.

Cette dernière appréciation est quelque peu sommaire. Retenir en l'espèce une diminution de rendement de 30% seulement alors que le rapport de stage est clair et semble plutôt admettre une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 50% est discutable dès lors que cette décision n'apparaît pas clairement motivée, contrairement à ce que prétend le SMR. La lecture du rapport de l'examen clinique rhumatologique donne en effet l'impression que le Dr W._____ a évalué la capacité de travail exigible surtout sur la base du rapport Z._____ - dont il vient de prendre connaissance - mais qu'il ne prend pas véritablement position sur les lacunes que ce rapport révèle. Par la suite, aucun avis d'expert n'a été émis, les médecins SMR se bornant à retenir une capacité de travail résiduelle de 70% en se référant sur ce point à l'avis émis par le Dr W._____ dans le cadre de son examen clinique

rhumatologique. Le rapport médical du Dr D._____, du 7 juillet 2010, n'apporte au demeurant rien de nouveau à cet égard.

C'est à juste titre dans ces circonstances que le recourant conteste la valeur probante des rapports SMR sur lesquels l'OAI s'est fondé pour prendre sa décision de refus de rente, dans la mesure où les avis médicaux figurant au dossier n'exposent pas de manière suffisamment complète et détaillée les raisons pour lesquelles ils retiennent une capacité de travail résiduelle de 70% dans une activité adaptée et qu'ils maintiennent cette position après avoir eu connaissance du rapport établi par Z._____ à la suite du stage effectué à la Fondation L._____.

c) Cela étant, force est de constater que l'instruction sur le plan médical se révèle lacunaire, de sorte que la Cour de céans n'est pas en mesure de se prononcer en toute connaissance de cause. Il se justifie ainsi de faire droit aux conclusions subsidiaires du recourant, soit d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA, qui traite des aspects rhumatologiques, mais aussi qui examine globalement, du point de vue de la médecine interne, l'état de santé du recourant (si le problème n'est pas d'ordre purement rhumatologique, vu notamment l'excès pondéral). Cette expertise globale comprendra également un volet psychiatrique, car il est possible que des aspects psychiatriques ou des difficultés d'ordre psychologique soient de nature à influencer la capacité de travail. Sur la base de ce complément d'instruction sur le plan médical, l'OAI rendra ensuite une nouvelle décision. En l'occurrence, le renvoi est justifié dès lors que l'on peut admettre que l'instruction menée par l'OAI n'est pas complète sur ce point, les médecins SMR ne s'étant pas déterminés de manière suffisamment claire et motivée sur la capacité de travail résiduelle réelle de l'assuré, compte tenu des constatations faites dans le cadre du stage Z._____. La jurisprudence n'exclut pas une telle solution, pour compléter l'instruction, dans cette situation (cf. supra, consid. 2c in fine).

4. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat d'une organisation nationale d'aide aux personnes handicapées, a droit à des dépens (cf. ATF 122 V 278; art. 55 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]; art. 61 let. a LPGA) qu'il convient de fixer équitablement à 1'000 francs.

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, l'assuré obtenant gain de cause (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD en relation avec l'art. 69 al. 1bis LAI) et l'OAI, comme établissement de droit public du canton, ne pouvant pas en principe être condamné aux frais du tribunal (art. 52 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 23 novembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision, au sens de considérants.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V. _____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour V. _____),
- 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 :