

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mars 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Pierre Moser, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI, 43 et 44 LPG

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après: l'assuré), né en 1962, employé d'exploitation à l'hôpital de [...], a déposé le 26 mars 2009 un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI). Il indiquait être en incapacité de travail totale depuis le 19 décembre 2008 pour cause de maladie et renvoyait à l'avis de son médecin traitant pour le surplus.

Selon un procès-verbal d'entretien téléphonique du 15 avril 2009 avec l'OAI, l'assuré expliquait souffrir d'un problème de dos et avoir subi une intervention chirurgicale le 2 mars 2009. Une reprise du travail était prévue au 15 juin 2009 à 50%, avec une augmentation à 100% au mois de juillet 2009.

Le 17 septembre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, en raison d'une hernie discale.

Dans un rapport du 4 septembre 2009, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré accusait un syndrome de fatigue musculaire dans toute la ceinture pelvienne, en particulier sur le sacro-iliaque. Il estimait que l'intéressé pouvait bénéficier d'un arrêt de travail à 75% dès le mois d'octobre et à 50% dès le mois de janvier 2010.

Dans un rapport du 22 octobre 2009, le Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de dorsolombalgies avec hernie discale L4-L5, de discopathies lombaires basses et de canal lombaire étroit, lesquelles affectaient la capacité de travail. Le pronostic initial était bon mais, au moment de la rédaction du rapport, était très réservé eu égard à la "chonification". Il indiquait que les restrictions physiques étaient totales alors qu'aucune restriction mentale ou psychique n'était à retenir. Selon

lui, il devait être possible d'améliorer et de stabiliser la situation, mais il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Le 20 février 2010, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, chef de service à l'hôpital de [...], a rédigé un rapport après avoir examiné l'assuré. Il constatait une indubitable amélioration depuis l'intervention du 2 mars 2009 bien que l'assuré fût toujours hyper algique avec des lombalgies chroniques handicapant sa vie de tous les jours. L'hypercaptation des articulations sacro-iliaques était compatible avec une sacro-iliite mais il n'y avait aucun argument clinique. S'agissant des lombalgies, une nouvelle infiltration pouvait peut-être améliorer la situation. Selon le Dr C._____, l'assuré était "inutilisable" dans toute activité puisqu'il ne pouvait rester assis, devait bouger quand il était debout et ne pouvait rien porter.

En février 2010, le Dr A._____ est intervenu téléphoniquement auprès de l'OAI pour notamment l'informer que plusieurs témoins avaient vu l'assuré se déplacer sans aucun problème ni boiterie alors qu'il ne pouvait presque pas se mouvoir lorsqu'il se rendait en consultation chez son médecin. Le Dr A._____ mentionnait que "l'assuré n'est pas honnête et joue la comédie en face des médecins" (cf. note d'entretien téléphonique du 9 février 2010). Dans un rapport du 26 février 2010 adressé au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), le Dr A._____ écrivait que l'évolution actuelle était toujours défavorable, avec la persistance de lombalgies et surtout de douleurs sur la sacro-iliaque gauche. L'assuré se déplaçait avec précaution, évitant les mouvements de rotation du tronc. Le médecin traitant estimait qu'il n'était pas possible d'exiger une activité professionnelle.

Le 24 mars 2010, le Dr A._____ relevait qu'en dépit d'une opération sans complication, l'évolution n'avait jamais permis au patient de reprendre le travail de façon prolongée. Une scintigraphie pratiquée au

mois de décembre 2009 révélait une hyperfixation des sacro-iliaques dans le contexte d'une éventuelle maladie de Bechterew.

Le 20 avril 2010, la Dresse Q._____, médecin associé à l'hôpital ophtalmique [...], indiquait que lors d'une consultation spécialisée de rétine médicale du 12 mars 2010, elle avait diagnostiqué une chorioretinopathie centrale séreuse à l'oeil droit, forme aiguë et anamnestiquement deuxième épisode. L'atteinte était probablement en rapport avec le traitement cortisonique de la maladie de Bechterew de l'assuré. Elle répondait comme suit aux questions posées par le SMR, s'agissant des répercussions de l'atteinte sur l'activité professionnelle:

"1) La fonction visuelle était réduite à une acuité visuelle centrale de 0.5 à droite lors de la consultation du 12.03.10. La vision de près était encore plus limitée 0.2 avec la meilleure correction. L'oeil gauche par contre avait une acuité visuelle entièrement maintenue à 1.25 à distance et 0.9 de près. Il s'agit donc d'une atteinte touchant uniquement la vision centrale sans affecter le champ visuel. Une telle atteinte peut surtout gêner à toute activité nécessitant une acuité visuelle de précision combinée à la stéréoscopie. La majorité des activités quotidiennes peut en général être réalisée normalement, hormis les activités nécessitant une vision de précision telles celles d'un horloger ou d'un électricien.

2) Répondu sous question 1).

3) Le pronostic est en général favorable, avec une amélioration de l'acuité visuelle au cours des mois jusqu'à un niveau presque normal. En cas d'association avec un traitement cortisonique, comme suspecté chez ce patient, une amélioration ne peut en général s'obtenir aussi longtemps que le traitement cortisonique doit être poursuivi.

4) La question de compatibilité avec un travail de concierge à plein temps et plein rendement est très difficile à répondre, puisqu'il s'agit d'une activité extrêmement variée. La plupart des activités ne posent certainement pas de problème. Je ne peux par contre exclure la présence de quelques exigences professionnelles nécessitant vraiment une acuité visuelle stéréoscopique de précision. Si l'évaluation de l'ensemble de ces tâches professionnelles révèle une suspicion que certaines activités soient effectivement impossibles aussi longtemps que l'acuité visuelle ne s'est pas encore améliorée, je reste à disposition pour répondre à nouveau à cette question une fois qu'une description concrète de ces tâches en question est disponible."

La Dresse Q._____ concluait son rapport en relevant que d'éventuelles limitations de la capacité de travail ou de rendement

dépendaient, d'une part, de l'existence d'activités de précision visuelle et, d'autre part, de l'évolution ultérieure de la maladie qui normalement était favorable.

Le 21 mai 2010, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin au SMR, a procédé à un examen de l'assuré. Au terme de son rapport du 15 juin 2010, il était mentionné ce qui suit:

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- LOMBOPYGIOINGUINALGIES GAUCHES DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS AVEC STATUS APRÈS CURE DE HERNIE DISCALE L4-L5 GAUCHE ET STABILISATION PAR SYSTÈME DYNESYS L4-S1 AINSI QU'AVEC SUSPICION SCINTIGRAPHIQUE DE SACROILIITE BILATÉRALE. M 54.4
- SYNDROME ROTULIEN DROIT. M 22.2

- sans répercussion sur la capacité de travail

- OBÉSITÉ.
- SUSPICION CLINIQUE DE SYNDROME DE TUNNEL CARPIEN GAUCHE.
- STATUS APRÈS 2 ÉPISODES DE CHORIORÉTINOPATHIE SÉREUSE.

APPRÉCIATION DU CAS

Depuis quelques années. M. S._____ présente des douleurs lombaires prédominant le week-end après le travail. Depuis 2008, ces lombalgies se sont aggravées et il a développé une douleur de la fesse droite avec irradiation à la face externe de la cuisse droite jusqu'au genou. Malgré un traitement conservateur avec notamment infiltrations rachidiennes, ces douleurs ne se sont pas améliorées. Le 02.03.2009, l'assuré bénéficie donc d'une stabilisation par système Dynesys L4-S1 et d'une décompression sous forme d'une hémilaminectomie, arthrectomie, facettectomie partielle L4-L5 gauche, cure de hernie discale L4-L5 plutôt gauche, nucléotomie et ablation de fragments libres. Suite à cette opération, les douleurs ont diminué. Les douleurs de la fesse et de la cuisse droites ont totalement disparu. Les lombalgies ont persisté. Cependant, après l'opération, M. S._____ a développé des douleurs de la fesse gauche, du pli inguinal gauche et du grand trochanter gauche comme des décharges électriques. Ces douleurs ont un caractère essentiellement mécanique. Elles s'accompagnent de réveils

nocturnes, mais posturo-dépendants. Cependant, l'assuré signale tout de même un dérouillage matinal de 2 heures. Suite à de nombreuses infiltrations rachidiennes par cortisone et d'un traitement cortisonique per os, l'assuré a développé une chorioretinopathie centrale séreuse droite à 2 reprises, qui aurait entraîné une quasi cécité de l'oeil droit. Cependant, M. S. _____ a récupéré partiellement la vision à l'oeil droit après arrêt des corticoïdes, mais présente toujours une photophobie et une intolérance à la fumée au niveau de l'oeil droit. Il faut encore signaler que l'assuré a bénéficié d'une opération du tunnel carpien droit. Actuellement il se plaint de fourmillements des doigts de la main gauche autant diurnes que nocturnes.

Au status actuel, on note un assuré en bon état général, très démonstratif lors de l'examen clinique, poussant des gémissements et faisant de nombreuses grimaces lors de l'examen, surtout du rachis.

Au status général, M. S. _____ est hypertendu avec une tension à 150/110 mmHg (valeurs tensionnelles à reconstrôler chez le médecin traitant). Le reste du status général est normal.

Au status ostéoarticulaire, on note des troubles statiques lombaires. La mobilité lombaire et cervicale est très diminuée, mais on note la présence de 3 signes de non organicité selon Waddell sous forme d'une importante démonstrativité, de lombalgies à la pression axiale céphalique et à la rotation du tronc, les ceintures bloquées. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note cependant un syndrome rotulien droit.

Le status neurologique est par ailleurs sp. Notamment les épreuves de Lasègue sont limitées à 60°, non par un syndrome radiculaire, mais par un raccourcissement des muscles ischio-jambiers et par des lombalgies. Cependant, la manoeuvre de Tinel est positive au poignet gauche, ce qui laisse suspecter cliniquement un syndrome du tunnel carpien gauche pour lequel nous laissons le soin au médecin traitant de pratiquer un EMG, afin de confirmer ou d'infirmer cette suspicion clinique, si cela n'a pas déjà été effectué.

L'assuré ne nous a amené que des radiographies lombaires d'avril 2009 post-opératoire. Ces radiographies mettent en évidence un status satisfaisant après décompression et cure de hernie discale L4-L5 et stabilisation par système Dynesys L4-S1 avec matériel d'ostéosynthèse bien en place. Cependant, M. S. _____ ne nous a pas amené de radiographies préopératoires ou la scintigraphie osseuse du 09.12.2009. Dans cette situation, nous lui avons demandé de nous faire parvenir ces examens au plus vite, ce qu'il n'a pas fait. Cette scintigraphie de décembre 2009 aurait mis en évidence une hyperfixation sur les sacro-iliaques pouvant traduire des signes inflammatoires de type sacroiliite. Cependant, sur les radiographies d'avril 2009, les sacro-iliaques ont un aspect normal; elles sont également décrites comme normales dans le rapport d'une radiographie du bassin du 30.12.2008. Par ailleurs, actuellement, nous n'avons pas de signe clinique compatible avec une sacroiliite, les manoeuvres des sacro-iliaques étant négatives. Cependant, nous proposons tout de même au médecin traitant de

doser l'antigène HLA B27, de rechercher un syndrome inflammatoire et de discuter avec le rhumatologue traitant, le Dr C. _____, de la nécessité d'une IRM des sacro-iliaques pour confirmer cette suspicion scintigraphique de sacroiliite.

Dans cette situation clinique, nous retenons donc les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle d'employé d'exploitation à l'Hôpital de [...]. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 80%, afin de tenir compte d'une baisse de rendement liée à la nécessité de changer de position.

Les limitations fonctionnelles sont:

Nécessité de changer 2 à 3 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

Genoux: pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escaliers, échelles ou escaliers.

Oculaires: pas de travail nécessitant une excellente vue stéréoscopique.

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

Depuis le 19.12.2008.

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

Il y a une incapacité de travail complète depuis le 19.12.2008 dans l'activité habituelle d'employé d'exploitation. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il y a une capacité de travail de 80% depuis le 02.09.2009, soit 6 mois après l'intervention chirurgicale lombaire.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 0% COMME EMPLOYÉ D'EXPLOITATION.

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 80% DEPUIS LE : 02.09.2009. A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION."

Dans un rapport du 5 juillet 2010, le Dr R. _____, médecin au SMR, a décrit les limitations fonctionnelles suivantes: position statique

assis/debout au-delà de 20 à 30 minutes, soulèvement régulier de charges au-delà de 5 kg, port régulier de charges au-delà de 10 kg, porte-à-faux statique prolongé du tronc, exposition aux vibrations, activités nécessitant une excellente vue stéréoscopique.

Lors d'un entretien du 2 août 2010, l'assuré a déclaré à l'OAI qu'il contestait l'exigibilité retenue et qu'il ne s'estimait pas en état de travailler.

B. Par préavis du 2 septembre 2010, l'OAI a informé l'assuré du fait qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, le degré d'invalidité étant de 33.8%.

L'assuré, par l'intermédiaire de Me Moser, a contesté ce projet de décision les 6 octobre et 2 novembre 2010.

Dans un avis du 22 novembre 2010, le Dr R._____ a considéré que les arguments de Me Moser n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de modifier la position de l'assurance-invalidité. Le Dr R._____ relevait en particulier que ni le médecin généraliste ni le rhumatologue traitant de l'assuré n'avaient cherché à investiguer plus la présence ou non d'une maladie de Bechterew.

Par décision du 18 avril 2011, l'OAI a maintenu son refus de droit aux prestations. Une lettre d'accompagnement, datée du même jour, avait la teneur suivante:

"Vous contestez principalement l'exigibilité fixée par le Service médical régional AI (SMR) en relevant une contradiction entre le rapport du Dr C._____, médecine interne-rhumatologie FMH du 20 février 2010 et le Dr V._____, médecine interne et rhumatologue FMH du Service médical régional AI (SMR) en sollicitant une expertise médicale.

Contacté par nos soins, le SMR estime que vous n'apportez aucun élément médical nouveau. Vous vous bornez à critiquer le travail effectué par le Dr V._____ et à dénoncer ses conclusions, les estimant insuffisamment motivées.

Vous argumentez vos contestations pour l'essentiel sur l'incertitude diagnostique concernant la présence ou non d'une maladie de Bechterew, que jusque là ni le Dr A. _____, médecin généraliste FMH, ni le Dr C. _____, rhumatologie FMH, n'ont cherché à infirmer ou à confirmer.

Dans les faits, ce n'est pas seulement et de loin pas le diagnostic d'une affection médicale qui va dicter les limitations fonctionnelles, partant la capacité de travail, mais surtout les observations cliniques.

Or, en l'état, force est d'admettre que sur la base des constatations objectives à l'examen clinique, il n'y a aucun élément pour une sacro-iliite (ce que d'ailleurs le Dr C. _____ a bien précisé en page 2 de son rapport daté du 20.02.2010 «actuellement il n'y a aucun argument clinique» pour une sacro-iliite). Enfin le rapport du Dr V. _____ témoigne de la qualité du travail accompli, puisque tous les points à traiter le sont (anamnèse, traitement, status, etc).

D'autre part, selon un entretien téléphonique avec le Dr A. _____ le 19 novembre 2010 aucun nouvel examen paraclinique (sanguin ou radiologique) n'a été effectué depuis l'examen clinique rhumatologique effectué au SMR le 21 mai 2010.

En conclusion, nous constatons que le dossier médical de M. S. _____ étant suffisamment complet, une nouvelle expertise médicale ne se justifie pas. En outre, nous estimons que vous n'avez pas apporté d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier la capacité de travail de 80% dans une activité médicalement adaptée retenue par le SMR.

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

Vous contestez également le revenu que nous avons retenu sans invalidité de Fr. 66'600.-. Vous arrivez à un revenu sans invalidité de Fr. 73'244.50 en tenant compte des indemnités de nuit, du dimanche et d'une allocation de formation pour son fils.

Sont réputés revenu d'une personne non invalide et revenu d'invalide déterminants, les revenus d'une activité lucrative présumés sur lesquels des cotisations AVS seraient perçues (art. 25 al. 1 RAI). D'autres sources de revenus provenant notamment du patrimoine de la personne assurée, de rentes et de pensions, de prestations d'assistance, d'allocations familiales ou pour enfants ainsi que les créances sur d'autres assurances n'entrent pas en ligne de compte.

M. S. _____ travaille depuis le 1^{er} janvier 1991 à 100% comme employé d'exploitation (service technique et nettoyage) auprès de l'Hôpital [...]. Selon le rapport employeur du 15 octobre 2009, le revenu sans invalidité a été fixé à Fr. 66'600.- pour l'année 2009. On ne tient pas compte des frais accessoires au salaire à la charge de l'employeur et non soumis aux cotisations AVS.

Sur la base du relevé des cotisations AVS versées, nous constatons que les salaires réalisés pour les 5 dernières années ont atteint:

- en 2004 Fr. 61'055.-
- en 2005 Fr. 60'518.-
- en 2006 Fr. 45'157.-
- en 2007 Fr. 62'670.-
- en 2008 Fr. 64'559.-.

Dès lors, nous estimons que sans invalidité, M. S._____ aurait vu son salaire passer de Fr. 64'559.- en 2008 à Fr. 66'600.- en 2009.

Dans le calcul du revenu d'invalidité, nous avons non seulement tenu compte d'une capacité de travail exigible à 80% mais également d'une réduction de 10% en raison de ses limitations fonctionnelles.

Dès lors, nous ne pouvons que maintenir notre position et rejeter votre opposition."

C. S._____ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par recours du 23 mai 2011. Il conclut, avec suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise qui aboutisse à un diagnostic de l'affection dont il souffre, qui fasse un inventaire exhaustif et précis des mouvements interdits et motive sa capacité de travail résiduelle, et qui précise quel traitement lui permettrait de reprendre une activité lucrative; à titre principal, il conclut à l'annulation de la décision du 1^{er} avril 2011, à l'octroi de prestations en matière de réhabilitation et à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité correspondant à son taux d'incapacité de gain. En substance, il conteste la valeur probante de l'examen du Dr V._____, au motif notamment que les diagnostics de sacro-iliite et de spondylarthrose ankylosante n'ont pas été posés et que leurs effets sur la capacité de travail n'ont pas été retenus. Il invoque une violation des art. 43 et 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) et de l'art. 6 § 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales; RS 0.101), au motif que le Dr V._____ du SMR est un médecin interne à l'assurance-invalidité.

Dans sa réponse du 11 juillet 2011, l'OAI préavise pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le 13 octobre 2011, le recourant confirme les conclusions prises le 23 mai 2011.

Le 10 janvier 2012, le Dr T. _____, médecin-chef en chirurgie orthopédique et réadaptation physique au Centre médical de [...], consulté le 30 décembre 2011 par le recourant, a rédigé, à l'attention du médecin traitant, un rapport au terme duquel il posait les diagnostics suivants:

- "- Lombalgies chroniques persistantes dans le contexte de failed back surgery.
- Status après stabilisation dynamique par Dynesis L4-S1 dans le contexte d'une hernie discale L4-L5 et une discopathie lombaire basse.
- Déconditionnement physique et psychique.
- Suspicion d'atteinte des sacro-iliaques."

Par ailleurs, il appréciait la situation comme suit:

"Malheureusement votre patient s'est présenté sans son dossier radiologique, mais l'examen clinique montre quelques signes d'extension du syndrome douloureux avec un seuil de tolérance probablement peu abaissé, mais persistance quand même assez constante de douleurs lombaires basses au niveau sacro-iliaque gauche.

Dans ce contexte, je crois que dans un premier temps il faut exclure un descellement de montage qui pourrait se manifester par des chambrages autour des vis de fixation et devrait être visible sur les radiographies même standard. Si ces radiographies sont normales, on pourrait éventuellement faire un scanner natif pour évaluer si le chambrage n'a pas évolué autour des vis parce que le montage de Dynesis est connu pour faire ce genre de problème.

Concernant la problématique des sacro-iliaques, on peut se poser la question s'il faut répéter la scintigraphie. Une IRM serait certainement plus sensible pour une éventuelle sacro-iliite, mais on risque d'être parasité par le montage descendant au niveau du sacrum.

Concernant la problématique des chevilles qui me semble modérée et la captation sur la scintigraphie, ceci pourrait tout à fait entrer dans le contexte d'un remodelage post-plastie ligamentaire que le patient avait donc eu précédemment.

Si tous ces examens sont normaux, et qu'ils ne montrent pas de descellement, ni des sacro-iliites, un traitement de reconconditionnement musculaire pourrait être proposé chez ce patient. On pourrait aussi ajouter un algomodulateur de la lignée des tricycliques pour essayer d'avoir une influence sur le seuil de la douleur."

Ce rapport a été soumis pour appréciation au SMR, lequel a rédigé un avis le 3 février 2012, transmis céans par l'intimé le 13 février suivant. Selon le SMR, le Dr T. _____ n'apporte pas d'élément médical nouveau et il se justifie d'exclure un descellement de matériel en position lombaire.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA; art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il convient donc d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la demande de prestations du recourant, particulièrement sur le point de savoir si l'OAI était légitimé à se fonder sur l'examen du Dr V. _____ pour nier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Il s'agit d'examiner si, ainsi que le soutient le recourant, l'instruction du cas est incomplète et nécessite la mise en œuvre d'une expertise tendant à diagnostiquer l'affection dont il dit souffrir (sacro-iliite, spondylarthrite ankylosante).

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- 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;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité; 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 (cf. art. 28 al. 2 LAI).

b) Le droit à une rente (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale

ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, il convient de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 cons. 3.4).

4. a) Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de

porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après: COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.2, 1.3.3, 2.3, 3.3.2, 3.4.2.7 in fine; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de doute sur la pertinence de ses constatations, compte tenu des divergences avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4).

5. Le requérant soutient qu'aucun diagnostic définitif n'a été posé s'agissant de l'affection dont il souffre (sacro-iliite et spondylarthrose ankylosante); il requiert ainsi la mise en œuvre d'une expertise tendant à établir un tel diagnostic.

a) L'assuré a été examiné par le Dr V. _____ en mai 2010. Le rhumatologue a diagnostiqué, comme affectant la capacité de travail, des lombopygioinguinalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L4-L5 gauche et stabilisation par système Dynesys L4-S1, avec suspicion scintigraphique de sacro-iliite bilatérale, et un syndrome rotulien droit. En janvier 2012, le Dr T. _____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques persistantes dans le contexte de failed back surgery, de status après stabilisation dynamique par Dynesis L4-S1 dans le contexte d'une hernie discale L4-L5 et une discopathie lombaire basse, de déconditionnement physique et psychique, et de suspicion d'atteinte des sacro-iliaques.

Cela étant, il appert que le recourant est suivi depuis plusieurs années et que ses médecins n'ont pas jugé bon de chercher plus avant l'existence d'une maladie de Bechterew, bien que le Dr V. _____ ait proposé au médecin traitant de rechercher un syndrome inflammatoire et d'examiner la suspicion scintigraphique de sacro-iliite ("actuellement, nous n'avons pas de signe clinique compatible avec une sacroiliite, les manoeuvres des sacro-iliaques étant négatives. Cependant, nous proposons tout de même au médecin traitant de doser l'antigène HLA B27, de rechercher un syndrome inflammatoire et de discuter avec le rhumatologue traitant, le Dr C. _____, de la nécessité d'une IRM des sacro-iliaques pour confirmer cette suspicion scintigraphique de sacroiliite."). En février 2010, le Dr C. _____ relevait que l'hypercaptation des articulations sacro-iliaques était compatible avec une sacro-iliite mais qu'il n'y avait aucun argument clinique. En mars 2010, le Dr A. _____ mentionnait une éventuelle maladie de Bechterew. Or aucun rapport médical établi à la suite de l'examen du Dr V. _____ ne tend à infirmer ou confirmer la présence d'une maladie de Bechterew. Le Dr T. _____, dont le rapport est le plus récent au dossier, n'évoque d'ailleurs pas ce diagnostic. Il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise dans le seul but d'établir ce diagnostic.

b) Le recourant conteste la valeur probante du rapport d'examen du SMR, invoquant une violation des art. 43 al. 1, 44 LPGA et 6 § 1 CEDH eu égard au fait que le Dr V._____ est un médecin interne à l'assurance-invalidité.

L'indépendance des médecins du SMR dans leur appréciation médicale est garantie par l'art. 59 al. 2bis LAI. Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.2012) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références). Le Tribunal fédéral a récemment précisé, dans un arrêt publié aux ATF 137 V 210, que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité est en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité. Le grief du recourant est dès lors infondé.

c) Les constatations du Dr V._____ reposent sur un examen clinique complet et ont été établies en pleine connaissance du dossier, en prenant en considération les plaintes exprimées par l'assuré. L'examen remplit les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). En outre, les avis médicaux figurant au dossier ne remettent pas en cause les diagnostics de l'examineur ni l'incidence de ces affections sur la capacité de travail.

On relève de surcroît que les constatations faites par le Dr T._____ ne diffèrent guère de celles du Dr V._____, y compris s'agissant du caractère démonstratif du recourant. En effet, le Dr T._____ fait état dans son rapport d'un examen très bruyant avec de nombreuses grimaces de l'assuré montrant des signes d'extension de son syndrome douloureux avec un seuil de tolérance probablement peu abaissé. Le Dr V._____ mentionne un assuré très démonstratif lors de l'examen clinique, poussant des gémissements et faisant de nombreuses grimaces. De plus, le Dr A._____ a confié, lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI du 9 février 2010, que plusieurs témoins avaient vu l'assuré se déplacer sans aucun problème ni boitement, alors qu'il ne pouvait presque pas se mouvoir lorsqu'il se rendait aux consultations. A cet égard, on peut s'interroger sur l'appréciation du médecin traitant dans la mesure où, le 26 février 2010, il décrivait un patient qui ne pouvait plus travailler alors que quelques jours plus tôt, il exprimait ses doutes sur la sincérité de ce même patient.

Il s'ensuit qu'il n'existe aucune raison de s'écarter des conclusions de l'examen du Dr V._____, lequel conduit à constater une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée. Le Dr V._____ a posé les limitations fonctionnelles standards en matière de douleurs lombaires, a estimé qu'elles n'étaient pas respectées dans l'activité habituelle d'employé d'exploitation mais étaient compatibles avec une activité adaptée exercée au taux de 80%. Il convenait en effet de tenir compte d'une baisse de rendement de 20% liée à la nécessité de changer de position.

Partant, il y a lieu d'admettre que le recourant présente, depuis le 2 septembre 2009, une capacité de travail de 100%, avec une diminution de rendement de 20%, dans une activité adaptée, étant précisé que l'activité habituelle ne l'est plus. Le rapport du Dr V._____ décrit précisément les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mandater un expert, comme le requiert le recourant, pour préciser les mouvements interdits et motiver la capacité de travail résiduelle.

6. L'évaluation du degré d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé ne prête pas flanc à la critique. Le recourant a par ailleurs renoncé à discuter cette question ("On s'abstient de discuter les calculs de revenus, tant il est évident que c'est vain, aussi longtemps que le taux de capacité résiduelle n'est pas fixé plus sérieusement qu'il l'a été jusqu'ici.").

Précisons que l'OAI retient un revenu d'invalidé de 80% dans une activité non qualifiée, auquel s'ajoute un abattement de 10% eu égard aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire - abattement dont le taux n'est au demeurant pas critiquable (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b) et qui s'ajoute à la diminution de rendement de 20%. Le revenu sans invalidité est fondé sur les données indiscutables que sont les montants tels qu'ils résultent de l'extrait du compte individuel, de sorte que l'on peut se rallier à l'argumentation de l'OAI à ce sujet.

Il s'ensuit que le taux d'invalidité se situant en deçà du degré minimum de 40% (en l'occurrence 34%), il n'ouvre pas le droit à un quart de rente AI. Dans ces conditions, le recourant ne peut prétendre à une rente d'invalidité, de sorte que l'on ne saurait faire grief à l'intimé de lui avoir nié ce droit par décision du 18 avril 2011.

Il n'y a pas lieu de statuer sur le droit du recourant à des mesures professionnelles dès lors que la décision ne porte que sur la rente. Il appartient à l'OAI de statuer sur l'octroi de mesures d'ordre professionnel puisque le seuil minimum de 20% de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b) est atteint.

7. En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Ainsi, la demande d'expertise présentée par le recourant, de même que ses conclusions sur le fond, doivent être rejetées.

En dérogation de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 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).

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

- I.** Le recours déposé le 23 mai 2011 par S. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 avril 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice par 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de S. _____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Pierre Moser (pour S. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :