

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 août 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Gutmann et Mme Moyard, assesseurs
Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

C._____, à Aigle, recourant, représenté par Me Sandrine Osojnak,
avocate à Vevey,

et

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

Art. 7 al. 1, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après: l'assuré), né en 1979 au Portugal, en Suisse depuis 2002, sans formation professionnelle (il était engagé sur des chantiers dans son pays d'origine), a travaillé comme ouvrier viticole pour R._____, vigneron-tâcheron à [...]. Il s'est retrouvé en incapacité de travail à 100 % dès le 31 octobre 2008, à cause d'une hernie discale. Un radiologue (Dr V._____, Hôpital du Chablais) avait diagnostiqué ce qui suit le 13 novembre 2008, sur la base d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire : « discopathie dégénérative très modérée en L4-L5, sans hernie, sans conflit ; discopathie plus marquée L5-S1 se compliquant d'une hernie transligamentaire para-médiane gauche d'environ 1 cm ». L'assuré a été opéré le 16 mars 2009 par le Dr N._____, chirurgien orthopédique (nature de l'intervention : hémilaminectomie, nucléotomie L5-S1 gauche).

B. Le 4 mai 2009, après des démarches entrant dans le cadre de la détection précoce, l'assuré a soumis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) une demande de prestations.

L'Office AI a demandé des rapports médicaux au Dr N._____ - lequel a indiqué le 4 juin 2009 qu'un traitement antalgique allait être mis en place, l'assuré ayant des douleurs de type sciatique à intensité variable - et au Dr L._____, médecin généraliste traitant. Le 5 juin 2009, ce médecin a exposé en substance que l'assuré n'était pas encore apte au travail, qu'il avait un syndrome douloureux, qu'il boitait toujours, qu'il ne pouvait pas en l'état faire des travaux manuels et qu'il fallait l'orienter vers une profession différente.

Le 28 septembre 2009, le Dr N._____ a donné les indications suivantes :

"Pour faire suite à votre demande, je vous transmets ci-joint une photocopie de la myélographie, du CT lombaire ainsi que de la lettre que j'ai adressée au Dr L._____.

Malgré ce rapport, le patient est cliniquement quand même atteint d'un syndrome douloureux résiduel et on peut espérer qu'un temps prolongé et une physiothérapie d'accompagnement pourront améliorer et stabiliser cet inconfort et cette limitation, de façon à ce qu'il puisse vaquer à une activité professionnelle.

Ce patient, qui est vigneron tâcheron, aura quelques problèmes pour vaquer à pareille activité et je pense qu'un reclassement s'impose de toute façon à long terme. Une réorientation est tout à fait possible dès à présent."

Le rapport du radiologue (des 8/9 juillet 2009) auquel le Dr N._____ fait référence mentionne une myélographie de la colonne lombaire dans les limites de la norme. La CT lombaire a permis de constater un « discret débord discal [...] venant en contact avec l'émergence de la racine de L5, mais sans conflit visible ».

A la demande du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), le Dr N._____ a communiqué à l'Office AI une copie d'une lettre qu'il avait adressée le 11 novembre 2009 au médecin-conseil de l'assureur maladie de l'employeur (Dr X._____, Philos). Cette lettre avait la teneur suivante :

"Ce patient, assez volontaire dans son métier, n'est malheureusement pas bénéficiaire d'une sanction chirurgicale. Il est toujours conditionné par un syndrome douloureux lombaire, avec des douleurs sciatiformes surtout dans le courant de l'après-midi et en fin de soirée. Cette entité fait penser à une certaine instabilité segmentaire.

Malgré le recours à des AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens], à de la physiothérapie et au port d'une ceinture très régulièrement, je ne le vois pas pouvoir reprendre son activité comme vigneron-tâcheron.

Par contre, un reclassement par l'AI est en cours. J'ai tout du moins écrit dans ce sens (cf. photocopie de ma lettre du 28.09.2009). Une activité semi-debout/semi-assise peut être souhaitée. Le port de charges est également possible, avec une limite aux alentours de 15 à 20 kg maximum. Des travaux en porte-à-faux sont hautement déconseillés. Des mouvements de rotation (travail à la chaîne, etc.) sont également déconseillés.

Une activité comme employé dans une station-service autoroutière ou autre petit magasin avec cafétéria me paraît tout à fait possible, ceci d'autant plus qu'il a un contact très agréable, qu'il fait preuve d'une grande politesse et me donne l'impression d'un bon élément comme travailleur."

Le 14 avril 2010, le Dr L._____ a répondu à des questions du SMR en indiquant un syndrome douloureux persistant comme cause de l'incapacité de travail en tant que vigneron-tâcheron. Le Dr L._____ a indiqué qu'il avait de la peine à préciser la capacité de travail dans une activité adaptée, après reconversion professionnelle; selon lui, cette capacité pourrait être mieux estimée par les médecins de l'AI.

Le SMR a organisé un examen clinique rhumatologique, qui a eu lieu le 18 mai 2010. L'assuré a été examiné par le Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 14 juin 2010, ce médecin a présenté les diagnostics et conclusions suivants :

"Diagnostics:

avec répercussion durable sur la capacité de travail:

- lombosciatalgies L5-S1 séquellaires [gauches] M 54.46.
- status après cure de hernie discale L5-S1 [gauche] mars 2009.
- fibrose post-opératoire avec manchon fibrotique autour de la racine L5 et S1 à [gauche]

sans répercussion sur la capacité de travail:

- troubles statiques avec utilisation chronique d'une canne anglaise

- déconditionnement musculaire focal et global avec raccourcissement ischio-jambiers, relâchement de la sangle abdominale et affaiblissement de la musculature posturale lombaire
- syndrome lombo-vertébral chronique
- amplification des plaintes (sinistrose)

Appréciation du cas:

Jeune assuré âgé de 30 ans, présentant un status après cure de hernie discale L5-S1 [gauche] avec persistance de lombosciatalgies post-opératoires. Les différentes investigations réalisées en post-opératoire n'ont pas permis de mettre en évidence une récurrence de pathologie herniaire. L'assuré présente par contre une fibrose post-opératoire avec un manchon fibreux autour de la racine L5 et S1 à [gauche].

L'examen clinique au SMR met en évidence un assuré se plaignant d'une symptomatologie lombaire [gauche] irradiant au niveau du membre inférieur [gauche] sans autre plainte. L'examen ostéoarticulaire met en évidence une diminution de la mobilité au niveau du rachis lombaire, essentiellement dans les mouvements de flexion antérieure avec un Schober lombaire modifié à 10/12 cm aussi bien en position debout qu'en position assise, dans un contexte de raccourcissement de la musculature ischio-jambiers et d'un syndrome lombo-vertébral persistant. Aucune autre limitation dans les amplitudes articulaires n'a été objectivée.

Sur le plan neurologique, aucun trouble n'a été objectivé.

Le reste de l'examen de médecine générale met en évidence des signes de non organicité selon Waddell et Kummel, compatibles avec un phénomène de majoration des plaintes (sinistrose).

La globalité de la symptomatologie mise en avant par l'assuré ne s'explique que partiellement par les atteintes à la santé objectives présentées par celui-ci (troubles dégénératifs du rachis lombaire, status après cure de hernie discale avec fibrose post-opératoire). La persistance de la symptomatologie algique, malgré les différents traitements par infiltrations réalisés et l'évolution chronique de

celles-ci, sont en faveur d'un processus de type non organique, confirmé par la présence de signes de non organicité selon Waddell et Kummel.

Sur la base de l'atteinte à la santé objective présentée par l'assuré, l'activité antérieure d'ouvrier-agricole à la tâche (vigneron-tâcheron) n'est plus possible. De ce fait, une incapacité de travail à 100% dans ce domaine est retenue depuis le 30.10.2008, date de sa mise en incapacité de travail.

Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles retenues est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 15%, en relation avec le diagnostic de fibrose post-opératoire présentée par l'assuré, les limitations fonctionnelles retenues et la symptomatologie algique chronique présentée. Une telle activité est raisonnablement exigible 6 mois après l'intervention chirurgicale subie (septembre-octobre 2009). L'évaluation de la capacité de travail médico-théorique ne se base que sur les atteintes à la santé objectives mises en évidence par les examens complémentaires mis à disposition et l'examen clinique réalisé au SMR.

La composante à caractère non organique mise en évidence par les signes de non organicité selon Waddell et Kummel pour laquelle un diagnostic [d]amplification des plaintes (sinistrose) a été retenu, n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Une telle atteinte à la santé selon la jurisprudence actuelle ne peut être à l'origine d'incapacité de travail de longue durée qu'en présence de pathologie psychiatrique préexistante invalidante, de comorbidité psychiatrique invalidante ou de signes de gravité selon la jurisprudence.

Au vu de l'anamnèse fournie par l'assuré et de l'étude de la vie quotidienne, aucun des éléments précités n'ont été mis en évidence. De ce fait, la composante à caractère non organique ne peut être prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de cet assuré.

Limitations fonctionnelles:

Pas de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 15 kg. Pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance de façon formelle. Pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assis/debout min 1xh de préférence à la guise de l'assuré. Diminution du périmètre de marche à environ 1h00. Pas de position statique debout immobile (piétinements). Pas d'activité en hauteur ou sur terrain instable.

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

L'assuré est en incapacité de travail à 100% depuis le 30.10.2008.

Comment le degré incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Elle est restée inchangée en ce qui concerne son activité habituelle. Toute activité qui respecte de façon stricte les limitations fonctionnelles retenues est possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 15% et ceci depuis octobre 2009 (6 mois après l'intervention chirurgicale subie). 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 examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère non organique n'a pas été prise en considération au vu de la jurisprudence actuelle.

Capacité de travail exigible:

dans l'activité habituelle: 0 %

dans une activité adaptée: 85% depuis le : octobre 2009

A traduire en termes de métier par une spécialiste en réadaptation."

C. Dans le cadre de mesures d'intervention précoce, convenues dans un « plan de réadaptation/contrat d'objectifs », l'Office AI a pris en charge les frais d'un cours de français intensif.

D. L'Office AI a communiqué à l'assuré, le 31 août 2010, un projet de décision (préavis) dans le sens d'un refus de prestations de l'AI. Ce préavis se réfère au rapport médical du SMR pour retenir que l'assuré dispose d'une capacité de travail de 85 %, depuis octobre 2009, dans une activité adaptée. S'agissant de la comparaison des revenus et la détermination du taux d'invalidité, l'Office AI se fonde sur les données suivantes (à partir du salaire de référence de l'enquête suisse sur la structure des salaires) :

"Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:	
sans invalidité	CHF 53'600.00
avec invalidité	CHF 46'960.00
La perte de gain s'élève à	CHF 6'640.00 = un degré d'invalidité de 12%"

Pour calculer le revenu d'invalidé, l'Office AI a appliqué un abattement de 15 % sur le revenu statistique, compte tenu des limitations fonctionnelles. Le préavis expose en outre qu'avec un degré d'invalidité de 12 % (inférieur au seuil de 20 %), le droit à des mesures d'ordre professionnel n'est pas ouvert.

Toujours le 31 août 2010, l'Office AI a informé l'assuré que son service de placement lui fournirait une orientation professionnelle ainsi qu'un soutien dans ses recherches d'emploi.

Le 29 septembre 2010, l'assuré a adressé des objections à l'Office AI, en demandant des mesures d'instruction complémentaires au sujet de ses aptitudes professionnelles résiduelles. L'assuré a dès lors été invité à produire de nouveaux rapports médicaux. Le 31 janvier 2011, le Dr L._____ a rédigé un rapport comportant les passages suivants :

"La phase postopératoire précoce fut caractérisée par un changement dans la distribution de la douleur et par une baisse, seulement transitoire, de l'intensité de la douleur.

Après lui avoir administré les médicaments habituellement administrés dans cette situation, aux doses et pour une durée conformes à ma formation post-graduée en pharmacologie clinique, ensemble avec une physiothérapie intensive, j'ai constaté l'absence d'évolution de ses douleurs.

[E]n même temps que mes efforts thérapeutiques, le chirurgien adressa le patient à une anesthésiste Dresse [...], qui pratiqua deux infiltrations péridurales, sans résultat positif.

Vu le double échec thérapeutique (le mien et celui de l'anesthésiste), j'ai alors adressé le patient au Dr T._____, en tant que responsable de la clinique de la douleur de l'hôpital Riviera à la tête d'une équipe dite multidisciplinaire, pour une approche holistique aux problèmes de M. C._____.

A ma connaissance, le patient n'a pas bénéficié d'un bilan multidisciplinaire, en particulier d'un profil cognitivo-comportemental. Sauf erreur, le Dr T._____ a plutôt pratiqué à nouveau des infiltrations péridurales et il a administré des médicaments aux doses et pour une durée conformes à sa propre formation, sans amélioration de la douleur chronique et de l'impuissance fonctionnelle du patient.

Il a ainsi à son tour demandé l'intervention d'un autre spécialiste de la douleur, le Dr G._____. Ce dernier a identifié un problème de kinésiophobie (peur de mouvements) et il a posé un électro-stimulateur de la moelle épinière et démarré un nouveau traitement physiothérapeutique.

Après avoir ainsi décrit l'évolution chronologique de la situation de M. C._____, je souhaite faire les observations suivantes:

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) postopératoire de la région lombaire a démontré un manchon fibreux autour de la racine S1, ce qui peut constituer une base anatomique de la douleur chronique de M. C._____.

En effet la littérature médicale décrit le syndrome connu en anglais comme « failed back surgery syndrome » (syndrome suivant une cure chirurgicale du dos qui a échoué) et le patient remplit les critères de cette condition.

Pourtant de nombreuses études ont montré qu'il n'existe qu'une faible relation directe entre la douleur d'un côté et le handicap (y compris [l']incapacité de travail) (Waddell, 1987) de l'autre, et suggèrent que l'approche bio-psycho-sociale offre des bases bien plus solides que l'approche purement médicale pour la compréhension et la prise en charge de la douleur chronique (Turk et al., 1983, Vlaeyen, 1991).

L'hypothèse scientifique essentielle est que la douleur et l'incapacité sont influencées autant par une pathologie d'organe, autant par des facteurs psychologiques et sociaux, incluant: réactivité psychophysiologique, croyances individuelles concernant la douleur, et comportements face à la maladie (« illness behaviour ») (Vlaeyen et al. 1989).

Ainsi, la distinction entre douleur somatogène (« réelle ») et douleur psychogène (« imaginaire ») n'est plus vraiment adéquate.

La réactivité psychophysiologique correspond essentiellement à la capacité individuelle à tolérer la douleur, et à l'attention (par exemple accrue ou exagérée et sélective) que l'on porte à la douleur.

- A mon avis M. C._____ est très réactif et attentif à la douleur.

Croyances à propos de la douleur: pour certains patients la douleur est le signe d'un problème de santé très, très sérieux.

- A mon avis M. C. _____ en effet est convaincu d'être porteur d'une « maladie très grave » qui l'amène à une exagération involontaire des aspects négatifs de sa situation.

Comportement face à la maladie. L'aspect comportemental que je souhaite souligner face à la douleur est celui d'évitement, associé à la peur de la douleur. Dans la phase aiguë de la douleur, les comportements d'évitement tels que se reposer, utiliser des aides à la marche, ou boiter, etc. réduisent la souffrance.

Plus tard, ces mêmes comportements peuvent persister à cause de la peur du mouvement qui est supposé causer une rechute de la douleur : réaction d'anticipation de la douleur, plutôt que de réponse à la douleur.

- A mon avis M. C. _____ présente une kinésiophobie : il évite des activités physiques car il craint une intensification de sa souffrance (il a une peur excessive et irrationnelle de la douleur, d'une blessure physique, d'une aggravation de sa maladie, qu'[il] perçoit comme « très grave » et, par conséquent, il est tout à fait très handicapé dans les mouvements et l'activité physique et finalement la capacité du travail).

D'autres médecins ont exprimé leur point de vu[e] que M. C. _____ serait apte au travail à 85%, voir plus, dans des activités adaptées, sans port de charges au dessus de 10 kg, sans position assise au-delà de 40 minutes, et sans activité en hauteur ou si mal-assuré sur son point d'appui.

Ils adoptent évidemment un point de vue strictement « médical » qui ne tient point compte de la réactivité psycho-physiologique du Monsieur, de ses croyances à propos de la douleur, ou de son comportement face à la maladie.

Au contraire, c'est en tenant compte de ce modèle plus complexe que j'ai estimé l'incapacité au travail de M. C. _____ de la façon suivante:

100% pour la période du 31.10.2008 au 28.02.2011."

L'assuré a encore demandé une expertise pluridisciplinaire, portant sur les aspects psychiques et somatiques de son atteinte à la santé. Il a produit des lettres du Dr G. _____, anesthésiste, du Centre de la douleur (clinique Cecil), auprès de qui il est en traitement. Ce médecin a refusé de se prononcer sur son activité actuelle ou potentielle (lettre du 15 février 2011 à l'avocate de l'assuré). Il a mentionné un paramètre important, à savoir la kinésiophobie, comportement fréquemment observé chez les patients douloureux chroniques (lettre du 25 janvier 2011 à d'autres médecins de l'assuré, notamment au Dr T. _____, anesthésiste, clinique d'évaluation et traitement de la douleur). Dans un rapport du 21 octobre 2010 destiné au Dr T. _____, le Dr G. _____ a écrit ce qui suit :

"Appréciation:

La situation de Monsieur C. _____ est bien entendu complexe et nous sommes actuellement à 1 année et demie après l'opération. Nous savons donc que cette période des 6 mois qui viennent est extrêmement critique puisqu'elle prédit dans la littérature le retour à une activité professionnelle.

Sur le plan bio-psycho-social, mes constatations sont les suivantes: sur le problème biologique, le patient décrit effectivement une douleur qui suit le territoire L5, la douleur est principalement décrite comme exquise à la face postérieure de la jambe. Il décrit également des douleurs lombaires importantes mais qui me paraissent être secondaires. Sur ce plan donc, il y a une corrélation d'anciennes radio-cliniques.

Sur le plan psychologique, je pense que nous avons un patient grossièrement évalué par nos questionnaires qui n'est pas déprimé, anxieux ou stressé mais qui a développé, et ceci tout à fait clairement, une kinésiophobie importante. Cette kinésiophobie n'est pas exceptionnelle. Dans tous les cas, que nous soyons en présence d'une lésion importante ou non, elle est présente, chez notre

patient. Elle est spécialement importante et nécessite une approche éducationnelle et probablement thérapeutique ciblée."

Dans une lettre du 14 février 2011 à l'avocate de l'assuré, le Dr T. _____ a précisé ceci :

"Le syndrome douloureux a persisté depuis lors, malgré un traitement bien conduit de physiothérapie et traitement antalgique per os et malgré un CT lombaire et une myélographie, ne révélant pas de nouveau problème, le 23 juillet 2009.

Le patient est actuellement suivi conjointement par le Dr G. _____ au centre de la douleur de la Clinique Cécil à Lausanne en vue de l'implantation d'électrodes de neuromodulation après un traitement approfondi de la kinésiophobie très importante qui s'est installée chez ce patient.

Le traitement étant en cours, il est trop tôt pour déterminer l'évolution de M. C. _____.

Dans l'état actuel cependant, on peut constater que le patient présente des douleurs importantes répondant mal aux traitements médicamenteux et physiothérapeutique et que sa capacité de travail en est fortement diminuée."

Le SMR a pris position dans un avis médical du 14 mars 2011, dont la conclusion est la suivante :

"Après avoir pris connaissance de ces rapports médicaux, l'on constate qu'il n'y a pas de nouvel élément médical parlant en faveur d'une modification de l'état de santé de l'assuré depuis le rapport d'examen au SMR du 14.07.2010. Un traitement de la douleur est actuellement en cours, mais celui-ci ne peut mener qu'à une amélioration des douleurs de l'assuré, ou tout au plus à un status quo. Dès lors, à l'heure actuelle, les conclusions du rapport d'examen SMR du 14.07.2010 restent valables."

Le 21 avril 2011, l'Office AI a rendu une décision formelle déniaut à l'assuré le droit à des prestations de l'AI. L'argumentation de cette décision correspond à celle du préavis du 31 août 2010. L'Office AI a développé la motivation dans un courrier explicatif joint à la décision, qui expose notamment ce qui suit :

"En l'espèce, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions de l'examen clinique du SMR, lequel remplit, comme nous l'avons établi précédemment, tous les critères jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Les conclusions du SMR viennent également corroborer les avis du Dr N._____, qui indiquait dans ses rapports des 28 septembre et 11 novembre 2009 qu'une activité adaptée était non seulement possible, mais également souhaitable.

Le Dr L._____ mentionnait quant à lui, dans son rapport du 14 avril 2010, avoir de la peine à évaluer votre capacité de travail, laquelle pourrait être mieux estimée par un de nos médecin conseil.

C'est précisément ce qui a été fait en l'espèce avec l'examen clinique du 18 mai 2010.

Par contre, suite à cet examen, le Dr L._____ a changé de position et a estimé que votre incapacité de travail était totale, à tout le moins jusqu'à fin février 2011.

Ce faisant, ce praticien n'amène aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'examen clinique du SMR. Il se contente en effet d'affirmer que l'examineur du SMR a adopté une position strictement médicale, sans tenir compte de votre réactivité psycho-physiologique, de vos croyances à propos de la douleur ou de votre comportement face à la maladie. Si ces affirmations peuvent avoir un grand intérêt théorique, il n'en demeure pas moins qu'elles n'amènent strictement rien sur le plan de l'appréciation de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles, celles-ci devant être déterminées aussi objectivement que possible.

A cet égard, si la médecine moderne repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie, où la maladie n'est pas considérée comme un phénomène purement biologique ou physique mais comme le résultat d'une interaction entre des symptômes somatiques et psychiques d'une part et l'environnement social du patient d'autre part, le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299).

Finalement, les Drs G._____ et T._____, agissant comme thérapeutes en matière de traitement de la douleur, n'amènent également aucun élément de nature à remettre en question [l]es constatations de l'examineur du SMR.

En ce qui concerne la mise sur pied d'un stage d'évaluation, on rappellera une nouvelle fois que la capacité de travail est déterminée avant tout par le médecin. Un stage professionnel a pour but, non pas d'apprécier la capacité de travail, mais de déterminer quels types d'activités sont accessibles à la personne assurée en fonction de ses limitations fonctionnelles.

Au vu de tout ce qui précède, la mise sur pied de mesures d'instruction complémentaires telles que vous le demandez n'est à notre sens pas justifiée. Vos arguments n'étant pas de nature à remettre en question le bien fondé de notre position, le projet de décision du 31 août 2010 doit par conséquent être confirmé."

E. Par acte daté du 30 mai 2011, C._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée de l'Office AI. Il conclut, principalement, à l'annulation de cette décision et au renvoi de l'affaire à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. A titre subsidiaire, il demande la réforme de la décision attaquée dans ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2009.

Dans sa réponse du 30 juin 2011, l'Office AI propose le rejet du recours.

F. Par une décision du 1^{er} juin 2011, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire et lui a désigné Me Osojnak comme avocat d'office.

E n d r o i t :

1. Le recours a été déposé 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]) et il respecte les exigences formelles de l'art. 61 let. b LPGA. Il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le recourant prétend qu'il était prématuré, de la part de l'Office AI, de statuer sur son droit à une rente, dès lors qu'un traitement de la douleur est en cours. Or, comme le retient l'Office AI, sur la base de l'avis du SMR, ce traitement ne pourrait amener, en cas de réussite, qu'une amélioration de la situation ; dans le cas contraire, il y aurait un statu quo s'agissant des douleurs. Comme le recourant n'a pas obtenu de rente ni de mesures professionnelles, une amélioration serait sans effet sur la validité de la décision attaquée. Dans le cadre de la présente contestation, il faut donc examiner si, nonobstant l'état douloureux persistant, l'Office AI était fondé à nier le droit à des prestations. L'existence d'un traitement de la douleur en cours est donc sans pertinence de ce point de vue.

3. Le recourant se prévaut des avis de ses médecins qui ont noté une kinésiophobie. Selon lui, il s'agit d'un syndrome avec une composante psychologique déterminante ; il reproche à l'Office AI et au SMR de n'avoir pas investigué à ce sujet. Qualifiant le dossier d'incomplet, il met en doute la conclusion selon laquelle il serait effectivement à même d'entreprendre une activité, fût-elle adaptée à ses limitations fonctionnelles ;

subsidiairement, il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante.

a) Selon le droit fédéral, 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). 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 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 (let. a);
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b);
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; s'il est de 70 % au moins, il donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

L'art. 28a al. 1 LAI dispose que l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Conformément à cette norme, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) Dans la motivation de sa décision (courrier explicatif), l'Office AI a rappelé que les normes du droit fédéral en matière d'assurance-invalidité étaient fondées sur une conception essentiellement biomédicale de la maladie, et non pas sur une conception bio-psycho-sociale. Conformément à la jurisprudence (notamment ATF 135 V 215 consid. 7), cela résulte en particulier de l'art. 7 al. 2 LPGA, selon lequel seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (1^{ère} phrase). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (2^e phrase). En ce qu'elle prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable, la seconde phrase de l'art. 7 al. 2 LPGA inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à la santé. En d'autres termes, pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé. Appliquant ce principe au diagnostic de "troubles somatoformes douloureux", le Tribunal fédéral a précisé qu'il est déterminant d'établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard aux critères énoncés par la jurisprudence au sujet de la comorbidité psychiatrique - que la mise en

valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de lui, compte tenu de sa constitution psychique (ATF 130 V 352 consid. 2.2.4). Dans cette appréciation objective, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne sont pas pertinents.

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 également 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 de son auteur soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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).

d) En l'espèce, ni les médecins traitants ni ceux du SMR n'ont décelé d'atteinte à la santé sur le plan psychiatrique. Le Dr G._____ a bien plutôt retenu que son patient n'était pas déprimé, anxieux ni stressé. Le recourant ne prétend du reste pas souffrir d'une maladie psychique mais se prévaut de l'existence d'un syndrome de kinésiophobie, avec une composante psychologique.

La kinésiophobie peut être définie comme une peur ou appréhension du mouvement, propre à entraîner un évitement des activités considérées comme pouvant provoquer ou augmenter la douleur. C'est donc un aspect du syndrome douloureux qui a été noté par les médecins traitants. Ni le chirurgien orthopédiste, ni les anesthésistes spécialistes de la douleur ne proposent une explication ou une origine organique pour la subsistance des douleurs. Ces questions ont fait l'objet d'une analyse et d'une description détaillées à l'occasion de l'examen clinique rhumatologique du SMR ; on ne voit pas en quoi l'avis du spécialiste du SMR serait critiquable et il n'est du reste pas contesté par les médecins traitants ; l'avis relativement développé du Dr L._____ fait au demeurant bien la distinction, de ce point de vue, entre une approche strictement médicale et une vision plus large, et il ne présente pas une appréciation différente de celle du SMR sur le plan médical *stricto sensu*. En d'autres termes, le rapport du SMR a valeur d'expertise et est probant, au sens de la jurisprudence précitée.

Le diagnostic de sinistrose (dans le rapport d'examen du SMR) ou de syndrome douloureux (Dr T._____) doit être apprécié selon les critères de la jurisprudence à propos des « douleurs somatoformes », qui n'ont en principe pas de conséquences sur la capacité de travail si elles ne s'accompagnent pas d'une comorbidité psychiatrique (cf. ATF 130 V 352, où le Tribunal fédéral énonce des exceptions à ce principe, qui ne sont manifestement pas réalisées en l'espèce).

Par ailleurs, la liste des limitations fonctionnelles retenues - autres que les douleurs - n'est pas contestée ; il en va de même de l'estimation de la diminution de rendement (- 15 %) et du taux d'abattement sur le revenu statistique avec invalidité. Dans ces conditions, l'Office AI pouvait faire abstraction des douleurs invoquées par le recourant, parce qu'elles sont objectivement surmontables au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus, et fixer le taux d'invalidité à 12 %, donc largement sous le seuil prévu pour l'octroi de la rente à laquelle prétend le recourant (cf. supra, consid. 3a).

La situation étant suffisamment claire sur le plan médical - l'avis d'un spécialiste d'un autre domaine médical n'étant en particulier pas requis -, il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, dans le cadre de la présente procédure de recours.

Les griefs du recourant à l'encontre de la décision du 21 avril 2011 sont donc mal fondés.

4. Il résulte des considérants que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais de justice doivent être arrêtés, et une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, doit être fixée ; les frais et l'indemnité seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). 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 - 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 du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) -, il y a lieu de relever ce qui suit : le conseil d'office a produit une liste de ses opérations pour une durée de 5 h 10 en 2011. Il y a lieu de rémunérer ces heures de travail au tarif usuel (180 fr./heure) et d'allouer un montant forfaitaire de 100 fr. pour les débours, ce qui représente au total un montant de 1'030 fr., auquel s'ajoute la TVA

au taux de 8 %, y compris les débours (82 fr. 40). L'indemnité d'office s'élève ainsi à un montant de 1'112 fr. 40, débours et TVA comprise. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis provisoirement à la charge du canton (art. 69 al.1bis LAI).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 21 avril 2011 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 Sandrine Osojnak, conseil du recourant, est arrêtée à 1'112 fr.40 (mille cent douze francs et quarante centimes).

- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

- VI.** 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 Sandrine Osojnak (pour M. C. _____)
- 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 :