

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 août 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Merz et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Julien Lanfranconi, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré), double national algérien et suisse né en 1963, sans formation professionnelle, a essentiellement travaillé dans le cadre de missions temporaires - en particulier en tant qu'aide magasinier - en alternance avec des périodes d'inactivité, respectivement de chômage. Il a œuvré en dernier lieu en qualité d'emballleur du 21 octobre au 19 décembre 2008, par le biais d'une agence de placement. Il a par la suite bénéficié de prestations de l'aide sociale, singulièrement du revenu d'insertion.

En date du 2 février 2010, le prénommé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en vue de l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, indiquant souffrir de lombalgies chroniques depuis 5 ans. A l'appui de sa requête, il a produit les documents suivants :

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 15 juin 2009 émanant du Centre d'imagerie Q. _____, dont il ressort ce qui suit :

"Description :

Le canal lombaire est dans les limites inférieures de la norme dans son diamètre antéro-postérieur en L3-L4 et en L4-L5. Ses parois sont régulières. Il n'y a pas de défaut d'alignement. Le cône médullaire est situé en D12, sans lésion identifiée.

En L3-L4 : pas de protrusion ni de hernie discale. Pas de rétrécissement secondaire significatif du canal lombaire ni des trous de conjugaison.

En L4-L5 : discopathie avec œdème du plateau inférieur de L4. Protrusion discale postéromédiane comblant partiellement la graisse épidurale antérieure. Arthrose inter-facettaire débutante contribuant à rétrécir les récessus latéraux. Les racines sus-jacentes sont libres dans leurs trous de conjugaison.

En L5-S1 : discopathie avec protrusion discale postéromédiane comblant partiellement la graisse épidurale antérieure. Légère arthrose inter-facettaire contribuant à rétrécir les récessus latéraux. Les racines sus-jacentes sont libres dans leurs trous de conjugaison.

CONCLUSION :

Protrusions discales étagées postéromédianes, légèrement sténosantes en L4-L5 et en L5-S1 avec arthrose postérieure contribuant à rétrécir le canal lombaire."

- un certificat du 19 décembre 2009 rédigé par le Dr F._____, médecin au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier X._____), selon lequel l'intéressé présentait une pathologie l'empêchant de transporter des charges lourdes supérieures à 5 kg.

Par envoi du 12 février 2010, l'assuré a produit un certificat du 4 février précédent établi par le Dr B._____, son médecin généraliste traitant, dont il ressortait que son état de santé ne lui permettait de travailler debout qu'à 50%, ceci pour une durée indéterminée.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr B._____ a fait part de ses observations dans un rapport du 26 février 2010. A titre de diagnostic se répercutant sur la capacité de travail, il a mentionné des lombalgies chroniques existant depuis 5 ans. Il a en outre précisé que dans la dernière activité exercée, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50%. Il a ajouté que l'intéressé présentait des restrictions physiques l'empêchant de porter des charges de plus de 5 kg et qu'il ne supportait plus la station verticale. Cela étant, ce médecin a indiqué qu'il ne voyait aucun problème à l'exercice d'une activité induisant le port de charges inférieures à 5 kg et permettant d'alterner les positions debout et assise.

Dans un rapport du 23 mars 2010, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de lombo-sciatalgies gauches chroniques dans un contexte de discopathies étagées et de déconditionnement musculaire. Il a signalé qu'un bilan d'évaluation des capacités fonctionnelles avait été requis auprès du Service d'ergothérapie du Centre hospitalier X._____ et serait effectué en avril 2010. Sous

l'angle des restrictions existantes, il a considéré que, sans se prononcer sur l'évaluation de la capacité fonctionnelle, on pouvait retenir «*un minimum avec limitation des postures statiques à max[.] 30 min[.], un port de charges de 5kg sol-taille et taille-tête*», étant précisé que ces restrictions se manifestaient par des interruptions de travail et une faiblesse de rendement. Il a estimé que l'activité exercée à ce jour demeurerait exigible - à un taux devant être fixé lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles prévue en avril 2010 - moyennant une diminution de rendement. Il a ajouté qu'un programme de reconditionnement pourrait permettre une augmentation de la capacité de travail après 6 à 9 mois.

L'instruction du dossier ayant révélé que l'assuré avait été suivi en 2001 par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour une contusion du coude droit, l'OAI a requis des informations complémentaires à ce sujet auprès de ce médecin. Ce dernier a répondu, le 30 mars 2010, qu'il n'avait plus revu l'intéressé pour ce trouble depuis 2001; il a par ailleurs produit un rapport rédigé par ses soins le 24 septembre 2001, dont il ressortait que la situation du coude droit était stabilisée et acceptable, le coude étant calme, sans hyperthermie ni tuméfaction, et la mobilité étant conservée.

Aux termes d'une note établie le 23 avril 2010 par l'OAI consécutivement à un entretien du même jour avec l'assuré, il est apparu que ce dernier envisageait un emploi dans le domaine de l'industrie légère de précision.

Dans un rapport du 20 mai 2010, le Dr M._____ a retenu les diagnostics incapacitants de lombo-sciatalgies gauches chroniques dans un contexte de discopathie L4-L5 et de déconditionnement musculaire. Il a précisé que le bilan ergothérapeutique initialement programmé avait dû être reporté à une date ultérieure, l'assuré ayant refusé d'être évalué par une femme. Pour le surplus, il a indiqué qu'un reconditionnement musculaire pouvait tout à fait être débuté.

Par envoi du 4 juin 2010, les Drs P._____ (spécialiste en chirurgie du rachis et médecin chef auprès du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier X._____) et F._____ ont transmis à l'OAI un rapport du 4 décembre 2009 dans lequel ils posaient le diagnostic de lombo-sciatalgies gauches dans le territoire L5-S1 en augmentation depuis plusieurs années dans le cadre d'une discopathie étagée et d'une arthrose postérieure, légèrement sténosante mais sans indication chirurgicale pour le moment.

Le 10 juin 2010, le Dr C._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a invité le Dr M._____ à fournir des renseignements complémentaires sur l'évolution clinique, l'évaluation ergothérapeutique et la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Répondant le 18 juin 2010, le Dr M._____ a relevé qu'il ne pouvait à ce stade se prononcer sur l'évolution clinique de l'intéressé ni communiquer les résultats de l'évaluation ergothérapeutique, celle-ci n'ayant pas encore eu lieu.

Par communication du 23 juin 2010, l'OAI a informé l'assuré que selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement en raison de l'état de santé de l'intéressé. Cela étant, l'office a indiqué que l'étude du droit à une éventuelle rente AI était en cours, mais que cette procédure pourrait être interrompue au profit d'un réexamen de la question des mesures d'ordre professionnel, dans l'hypothèse où l'évolution de l'état de santé de l'assuré permettrait de le considérer comme réadaptable.

Suite à un avis médical SMR des Dresses V._____ et S._____ du 19 juillet 2010 constatant que les informations au dossier étaient insuffisantes quant à la capacité de travail de l'assuré, ce dernier a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique effectué le 10 août 2010 par le Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du SMR. Il a notamment indiqué ce qui suit dans son rapport du 7 septembre 2010 :

"DOSSIER RADIOLOGIQUE

IRM lombaire du 15.06.2009 : discopathies étagées de L4 à S1 se traduisant par des protrusions médianes sans mise en évidence d'hernie discale ou de rétrécissement significatif au niveau du canal lombaire ou des trous de conjugaison. En L4-L5, mise en évidence d'un œdème au niveau du plateau inférieur de L4 compatibles avec un Modic de type I à II. Arthrose inter-facettaire débutante en L4-L5 induisant un léger rétrécissement des récessus latéraux sans mise en évidence toutefois de compression significative sur le plan radiculaire.

DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- **LOMBO-PSEUDO-SCIATALGIES G CHRONIQUES M54.5.**
 - **TROUBLES STATIQUES DÉGÉNÉRATIFS.**
 - **MODIC II EN L4-L5.**

- sans répercussion sur la capacité de travail

- **DÉCONDITIONNEMENT MUSCULAIRE GLOBAL ET FOCAL.**
- **MAJORATION DES PLAINTES AVEC MISE EN ÉVIDENCE DE SIGNES DE NON ORGANICITÉ.**

APPRÉCIATION DU CAS

[...]

Sur le plan médical, l'assuré déclare l'installation progressive de lombo-pseudo-sciatalgies G évoluant depuis environ 5 ans avec une exacerbation depuis une année. Les investigations radiologiques effectuées en 2009 mettent en évidence un trouble dégénératif modéré au niveau du rachis lombaire avec présence d'un Modic II en L4-L5. Sur la base de ces atteintes à la santé sur le plan ostéoarticulaire, son médecin traitant habituel, le Dr B. _____ évalue la capacité de travail résiduelle à 50% dans son activité habituelle et 100% dans une activité adaptée.

L'examen clinique au SMR met en évidence un assuré en bon état général, présentant un déconditionnement musculaire global et focal décrivant une symptomatologie douloureuse lombaire avec irradiation au niveau du membre inférieur G de type mécanique. L'examen ostéoarticulaire n'a pas mis en évidence de limitation dans les amplitudes articulaires, hormis celles mises en oeuvre par l'assuré dans un contexte oppositionnel.

L'examen neurologique est parfaitement dans les limites de la norme physiologique (absence de déficit objectivable, hormis la description d'une hypoesthésie diffuse touchant tout le membre inférieur G sans territoire anatomique reconnu et sans mise en évidence d'erreur au piqué-touché, de trouble de la palesthésie ou du trouble du sens positionnel).

Le reste de l'examen est sans particularité, hormis la mise en évidence de signes de non organicité nets selon Waddell et Kummel en faveur d'un processus de type majoration des plaintes.

La documentation radiologique mise à disposition lors de l'examen clinique au SMR met en évidence [...] un trouble dégénératif modéré au niveau du rachis lombaire sous la forme de protrusions discales en L4-L5 L5-S1, sans mise en évidence de composante compressive sur le plan radiculaire ou d'élément en faveur d'un canal lombaire étroit. A signaler toutefois la mise en évidence d'un trouble inflammatoire dégénératif sous la forme d'une prise de contraste au niveau de L4 traduisant un Modic de type II.

En conclusion, cet assuré âgé de 46 ans, sans formation professionnelle particulière, présente un trouble dégénératif modéré au niveau du rachis lombaire avec des modifications inflammatoires. Au vu de l'atteinte ostéoarticulaire, l'activité habituelle à fortes charges physiques est contre-indiquée sur le plan médical. Une capacité de travail résiduelle toutefois de 50% dans une telle activité peut être raisonnablement retenue pour autant que celle-ci soit partiellement adaptée (cette évaluation coïncide avec l'évaluation du médecin traitant). Une activité adaptée, qui respecte de façon stricte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% sans aucune diminution de rendement.

Limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 7,5 kg. Pas de position statique assise au-delà de 30 à 40 minutes sans possibilité de varier les positions au minimum 1 à 2x/h de préférence à la guise de l'assuré. Eviter les positions en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Eviter les positions en genuflexion ou accroupie. Eviter les montées ou descentes d'escaliers à répétition avec port de charges. Pas de position statique debout immobile de type piétinement, diminution du périmètre de marche à environ $\frac{3}{4}$ h.

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

Sur la base de l'examen clinique réalisé ce jour et des documents mis à disposition au dossier médical, une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle est pertinente depuis décembre 2009 (attestation médicale du Centre hospitalier X. _____ du 19.12.2009 décrivant des troubles dégénératifs du rachis lombaire, et établissant des limitations fonctionnelles).

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

Il est resté inchangé en ce qui concerne son activité habituelle de manoeuvre non qualifié. Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% sans diminution de rendement. Au vu de la pathologie ostéoarticulaire présentée par l'assuré, il est préconisé à l'assuré d'éviter des

activités à fortes charges comme celles de manoeuvre non qualifié sur chantiers.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 50%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% DEPUIS DÉCEMBRE 2009"

Dans un rapport SMR du 22 septembre 2010 se référant notamment au rapport d'expertise précité, la Dresse S._____ a retenu l'atteinte principale à la santé de lombo-pseudo-sciatalgies gauches chroniques, tout en signalant à titre de pathologies associées du ressort de l'AI des troubles statiques dégénératifs et un Modic II en L4-L5; s'agissant des facteurs/diagnostics associés étrangers à l'AI, elle a noté un déconditionnement musculaire global et focal, ainsi qu'une majoration des plaintes avec mise en évidence de signes de non organicité. Elle a considéré que depuis décembre 2009, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr Z._____, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

Le 15 octobre 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. En substance, l'office a relevé que l'intéressé présentait une incapacité de travail et de gain de 50% dans son activité habituelle, mais qu'il disposait en revanche d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cela étant, l'office a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'806 fr. en 2008 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2008 (dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé [production et services]), et compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 (41,7 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 2,10%), et d'un abattement de 10%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel avec invalidité de 55'247 fr. 10. Pour le revenu sans invalidité, l'office s'est fondé sur un montant de 61'385 fr. 65 également obtenu à partir des données statistiques de l'ESS, considérant

que sans atteinte à la santé, l'assuré travaillerait dans une activité professionnelle de type industrie légère. La comparaison des revenus précités mettait en évidence une perte de gain de 6'138 fr. 55 équivalant à un degré d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI.

Toujours le 15 octobre 2010, l'OAI a reconnu à l'intéressé un droit à une aide au placement sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi, l'assuré disposant d'un délai de 30 jours pour requérir la mise en œuvre de ces mesures.

L'assuré a contesté le projet de décision susmentionné par écrit du 17 novembre 2010, sous la plume de son conseil. Tout d'abord, il s'est référé à une attestation du Dr B. _____ du 1^{er} novembre 2010 signalant une pleine incapacité de travail. Concernant en outre la communication de l'OAI du 23 juin 2010 selon laquelle aucune mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé, l'assuré a relevé que l'on pouvait s'étonner que moins de 5 mois plus tard, une réadaptation professionnelle paraisse subitement envisageable alors même que son état de santé ne s'était pas amélioré; sur ce point, il a souligné que ses troubles remontaient à 1987 et s'étaient depuis lors toujours amplifiés sans rémission. Cela étant, il a soutenu que nonobstant l'aide au placement proposée par l'OAI, une réadaptation professionnelle était tout simplement illusoire au vu de sa situation. A cet égard, il a relevé que ses limitations fonctionnelles laissaient peu de place à l'exercice d'un quelconque métier, qu'il n'avait aucune formation professionnelle, qu'il avait jusqu'alors accompli des activités professionnelles physiques, et qu'il n'avait pas de notions d'informatique ni de connaissances suffisantes pour rédiger des documents en langue française.

Par acte du 13 janvier 2011, l'assuré s'est prévalu d'une aggravation de son état de santé. A ce propos, il a produit un rapport

d'IRM lombaire du 14 décembre 2010 émanant du Centre d'imagerie Q. _____ et constatant les points suivants :

"Description :

Les clichés comparatifs ne sont pas à notre disposition.

Canal lombaire dans les limites inférieures de la norme dans son diamètre antéro-postérieur en L3-L4 et en L4-L5. Ses parois sont régulières. Il n'y a pas de défaut d'alignement. Le cône médullaire est situé en D12, sans lésion identifiée.

En L3-L4 : pas de protrusion ni de hernie discale. Pas de rétrécissement secondaire significatif du canal lombaire ni des trous de conjugaison.

En L4-L5 : discopathie. Prolapsus discal postéromédian paramédian gauche comblant partiellement la graisse épidurale antérieure et le récessus latéral gauche, refoulant postérieurement la racine L5 gauche. Arthrose inter-facettaire contribuant à rétrécir les récessus latéraux. Les racines sus-jacentes sont libres dans leurs trous de conjugaison.

En L5-S1 : discopathie. Protrusion discale postéromédiane comblant partiellement la graisse épidurale antérieure mais n'arrivant pas au contact du fourreau dural ni des racines S1. Discrets remaniements arthrosiques postérieurs contribuant à rétrécir les récessus latéraux. Les racines sus-jacentes sont libres dans leurs trous de conjugaison.

CONCLUSION :

Hernie discale postéromédiane paramédiane gauche légèrement à modérément sténosante en L4-L5 produisant un conflit avec la racine L5 gauche.

Protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante en L5-S1.

Arthrose inter-facettaire étagée rétrécissant le canal lombaire en L4-L5 et en L5-S1."

Par avis médical SMR du 24 octobre 2011, les Drs R. _____ et J. _____ ont estimé, après examen des éléments exposés dans cette nouvelle IRM lombaire, que les discopathies L3-L4, L4-L5, L5-S1 étaient strictement superposables au résultat de l'IRM du 15 juin 2009, laquelle faisait partie intégrante de l'examen clinique rhumatologique du Dr Z. _____. Cela étant, les Drs R. _____ et J. _____ ont retenu qu'il n'y avait pas d'aggravation objective de l'état de santé de l'assuré permettant de revenir sur les conclusions du rapport SMR du 22 septembre 2010.

Par décision du 9 novembre 2011, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'intéressé, pour les motifs exposés dans son projet du 15 octobre 2010.

Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a relevé que l'examen par le SMR des nouvelles pièces versées au dossier n'avait permis de constater aucune aggravation de l'état de santé justifiant une nouvelle appréciation du cas.

B. Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assuré a recouru le 12 décembre 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision après mise en œuvre d'une expertise externe visant à déterminer de façon précise sa capacité de travail résiduelle. A titre de mesure d'instruction, il requiert la tenue d'une audience afin de faire entendre deux témoins, à savoir les Drs B._____ et G._____, celui-ci exerçant dans le même cabinet que celui-là. Sur le fond, l'assuré fait valoir que l'appréciation du SMR diverge de celle de ses médecins traitants, lesquels sont d'avis qu'il présente une invalidité complète, respectivement supérieure à 40%. Il soutient par ailleurs que l'intimé n'a pas pris en considération la hernie discale diagnostiquée le 14 décembre 2010, alors même que ce facteur est susceptible d'influer sur son invalidité. Le recourant fait en outre grief à l'OAI de ne pas avoir tenu compte d'un rapport établi le 31 janvier 2011 par le Dr H._____, spécialiste en neurologie, constat dont l'office aurait selon lui reçu copie. L'intéressé ajoute qu'il se trouve dans l'impossibilité pratique de trouver un quelconque emploi compte tenu de ses limitations fonctionnelles, de son manque de formation professionnelle, de ses carences en informatique, et de ses lacunes de français. Il reproche également à l'intimé d'avoir adopté une attitude contradictoire en lui proposant une aide au placement le 15 octobre 2010, alors même que la précédente communication du 23 juin 2010 retenait qu'il n'existait aucune mesure de réadaptation professionnelle possible à son égard. A l'appui de ses dires, il produit un onglet de pièces comprenant notamment le rapport précité du Dr H._____, dont on extrait ce qui suit :

"RESUME DU CAS ET APPRECIATION :

Il s'agit donc d'un patient souffrant d'assez longue date de lombosciatalgies gauches de topographie externe ou postéro-externe, sans autres symptômes associés.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué s'est révélé sans anomalie significative si ce n'est une mobilisation du rachis lombaire un peu sensible localement toutefois sans limitation significative de la mobilité et une manœuvre de Lasègue peut-être un peu sensible en fin de mouvement ddc.

L'examen clinique a été complété par un ENMG qui ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique actuellement significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur gauche ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire.

J'ai revu les 2 IRM lombaires. L'IRM de 2009 révèle de petites protrusions/hernie discale médiane L4-L5 et L5-S1 sans compression radiculaire. L'IRM de décembre 2010 montre une petite progression de la pathologie discale L4-L5 avec maintenant une image de protrusion médio-bilatérale à prédominance gauche avec toujours une petite herniation médiane, la protrusion paraissant pouvoir comprimer la racine L5 gauche d'autant plus qu'il existe un certain degré de rétrécissement des récessi latéraux par l'arthrose postérieure.

En conclusion, la description des troubles donnée par M. A. _____ et le résultat de l'IRM lombaire évoquent effectivement une irritation radiculaire L5 gauche modérée actuellement encore sans évidence de déficit radiculaire significatif.

Compte tenu du caractère objectivement modéré des plaintes et des constatations objectives, je pense qu'il n'y a pas d'indication opératoire en tous les cas actuellement."

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 16 janvier 2012. L'office rappelle tout d'abord que selon l'avis médical SMR du 24 octobre 2011, les conclusions du rapport d'IRM du 14 décembre 2010 sont superposables à celles de l'examen du 15 juin 2009. S'agissant du rapport du Dr H. _____ du 31 janvier 2011, l'OAI relève que ce médecin ne mentionne aucune anomalie significative, si ce n'est une irritation radiculaire L5 gauche modérée, n'entraînant aucun déficit radiculaire. Cela étant, l'intimé estime que les conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique du 7 septembre 2010 demeurent pertinentes et que le recourant doit donc se voir reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, l'OAI

relève avoir calculé le revenu hypothétique de l'assuré sur la base de données statistiques, ce dernier n'ayant pas de qualifications particulières et n'exerçant aucune activité lucrative au moment de la décision litigieuse.

Dans sa réplique du 9 février 2012, le recourant maintient ses précédents motifs et conclusions; il déclare toutefois renoncer à l'audition du Dr B. _____ et solliciter désormais celle du Dr E. _____, médecin généraliste ayant repris son dossier en lieu et place du Dr B. _____. Pour le reste, il se prévaut d'une péjoration de son état de santé, requiert la mise en œuvre d'un nouvel examen neurologique, et demande à ce que des investigations médicales soient également menées sous l'angle psychique. A l'appui de ses allégations, il produit les pièces suivantes :

- un rapport d'IRM du 26 janvier 2012 établi par le Centre d'imagerie Q. _____, exposant ce qui suit :

"Description :

Canal lombaire dans les limites inférieures de la norme particulièrement dans son diamètre antéro-postérieur en L3-L4 et en L4-L5. Pas de défaut d'alignement. Le cône médullaire est situé en D12, sans lésion visible.

En L3-L4 : Pas de protrusion ni de hernie discale. Pas de rétrécissement secondaire significatif du canal lombaire ni des trous de conjugaison.

En L4-L5 : On retrouve un prolapsus discal postéromédian paramédian gauche en légère progression par rapport à l'examen comparatif de 2010. Le matériel discal comble partiellement la graisse épidurale antérieure et le récessus latéral gauche, refoulant postérieurement la racine L5 gauche.

De discrets remaniements arthrosiques postérieurs contribuent à rétrécir les récessus latéraux.
Les racines sus-jacentes sont libres dans leurs trous de conjugaison.

En L5-S1 : On retrouve une protrusion discale postéromédiane comblant partiellement la graisse épidurale antérieure mais n'arrivant pas au contact du fourreau dural ni des racines S1, inchangée par rapport à 2010. Discrets remaniements arthrosiques postérieurs contribuant à rétrécir les récessus latéraux.

Les racines sus-jacentes sont libres dans leurs trous de conjugaison.

CONCLUSION :

Canal lombaire dans les limites inférieures de la norme dans son diamètre antéro-postérieur.

Hernie discale postéromédiane paramédiane gauche légèrement à modérément sténosante en L5-S1 susceptible de produire un conflit avec la racine L5 gauche, en légère progression depuis 2010.

Protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante en L5-S1 inchangée.

Arthrose interfacettaire étagée en L4-L5 et en L5-S1 rétrécissant le canal lombaire."

- un rapport du Dr E. _____ du 27 janvier 2012 exposant que l'intéressé souffre de lombalgies chroniques - en aggravation depuis quelques semaines selon le rapport d'IRM du 26 janvier 2012 - sur la base, surtout, d'une hernie discale au niveau de la 4^{ème} et de la 5^{ème} vertèbre lombaire, que ces lombalgies l'empêchent de porter ou de soulever des objets lourds de plus de 5 kg, que de ce fait l'assuré ne pourra pas être intégré dans une activité professionnelle, et qu'il présente une pleine incapacité de travail;

- un rapport de ce même médecin du 9 février 2012 observant que l'état clinique du recourant a évolué depuis quelques mois, que sa symptomatologie douloureuse s'est péjorée avec actuellement des difficultés à s'habiller et à se dévêtir, que la marche est difficile et que la station assise est désormais impossible au-delà de 20 minutes. Il est précisé qu'en sus, l'assuré présente également des troubles du sommeil dus à la péjoration de douleurs, ainsi qu'un état dépressif modéré à sévère. Au vu de ces éléments, le Dr E. _____ préconise la mise en œuvre d'une expertise afin d'obtenir une vision plus objective de la situation.

Aux termes de sa duplique du 5 mars 2012, l'OAI se rallie à un avis médical SMR du 20 février 2012 établi par les Drs R. _____ et J. _____, dont il ressort ce qui suit :

"Dans le cadre du recours de notre décision du 09.11.11, Me Lanfranconi, avocat de l'assuré[,] nous fait parvenir trois nouveaux certificats médicaux dont on me demande l'analyse.

Le premier document est une IRM lombaire du 26.01.12. Le radiologue décrit un prolapsus discal postéromédian paramédian gauche en L4-L5, en *légère progression* par rapport à l'examen comparatif de 2010 mais laissant libres dans leurs trous de conjugaison les racines sus-jacentes. Le radiologue exprime donc clairement que malgré la légère progression de la hernie, celle-ci n'a pas de retentissement fonctionnel puisqu'elle ne comprime pas les racines nerveuses. Il faut rappeler qu'une hernie discale est incapacitante quand elle comprime une racine nerveuse, entraînant une sciatique et nécessitant le plus souvent une cure chirurgicale. Les autres constatations de cette dernière IRM sont strictement superposables à l'examen précédent.

L'avocat nous fait parvenir en outre deux certificats médicaux du médecin traitant de l'assuré, le Dr E._____, datés du 27.01.12 et du 09.02.2012. Le premier parle d'une majoration des lombalgies chez son patient mais n'apporte aucun élément objectif nouveau à cette affirmation. Le second reprend la majoration de la symptomatologie douloureuse à laquelle le médecin ajoute des troubles du sommeil mais aussi l'apparition d'un état dépressif modéré à sévère. Ce diagnostic ne s'accompagne d'aucun status psychiatrique, ni d'aucune précision sur la prise en charge dudit syndrome dépressif.

En conclusion, l'étude des derniers éléments apportés au dossier ne permettent pas, en l'état, d'affirmer l'aggravation de l'état de santé de l'assuré. La légère progression de la hernie discale L4-L5 n'a pas de retentissement sur les racines nerveuses sus-jacentes et donc pas de retentissement fonctionnel.

Les rapports médicaux du Dr E._____, si tous les deux mentionnent une aggravation des douleurs de l'assuré, élément hautement subjectif, n'apportent aucun élément objectif pouvant expliquer l'aggravation des algies.

Quant au diagnostic d'état dépressif modéré à sévère, mentionné par le Dr E._____ dans son rapport du 09.02.12, il n'en était fait mention dans aucun des rapports médicaux précédents qui ont amené à notre décision du 09.11.2011. L'aggravation décrite, si on l'admet malgré le peu d'informations l'accompagnant, est postérieure à notre décision. Une aggravation antérieure à la décision du 09.11.2011 n'est pas rendue plausible."

Dans ses déterminations du 29 mars 2012, le recourant fait valoir que les conclusions ressortant de l'IRM du 26 janvier 2012 ne sont pas superposables à celles découlant des examens pratiqués antérieurement. Il ajoute que les rapports établis par le Dr E._____ les 27 janvier et 9 février 2012 ont été rédigés à la suite de l'apparition brutale d'une symptomatologie douloureuse le 25 janvier 2012,

circonstance ayant motivé l'IRM effectuée le jour suivant. Il affirme en outre être au bénéfice d'un suivi psychiatrique en raison d'un état dépressif sévère. Enfin, il réitère sa requête visant à l'audition du Dr E._____, soulignant en particulier que celui-ci n'a pu obtenir de la part du Dr B._____ l'entier du dossier médical le concernant.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et remplit les autres exigences légales de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, la décision attaquée porte uniquement sur le droit du recourant à une rente. Ne doit être dès lors examiné que le point de savoir si l'assuré présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente AI, à l'exclusion d'autres prestations.

3. 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 vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, 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; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

c) 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. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

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 831.201) 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_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1, 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6; TF 9C_500/2011 précité loc. cit., TF 9C_28/2011 précité loc. cit., et 9C_745/2010 précité loc. cit.).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. En l'occurrence, se fondant en particulier sur l'examen clinique rhumatologique effectué par le Dr Z._____ du SMR, l'OAI retient que l'assuré présente certes une incapacité de travail de 50% dans sa profession habituelle, mais qu'il conserve néanmoins une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses troubles dorsaux.

De son côté, le recourant conteste ce point de vue, se prévalant d'une invalidité entière, respectivement supérieure à 40%, attestée par ses médecins traitants. L'intéressé ajoute que son état de

santé s'est péjoré sur le plan somatique et qu'il présente désormais des troubles psychiques.

a) Sur le plan somatique, il est constant que l'assuré présente des troubles dorsaux.

aa) Dans son rapport du 7 septembre 2010 consécutif à l'examen clinique rhumatologique effectué le 10 août précédent et notamment fondé sur le rapport d'IRM lombaire du 15 juin 2009 (cf. rapport précité p. 5), le Dr Z. _____ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de lombo-pseudo-sciatalgies gauches chroniques avec troubles statiques dégénératifs et Modic II en L4-L5. A titre d'atteinte sans influence sur la capacité de travail, il a mentionné un déconditionnement musculaire global et focal, ainsi qu'une majoration des plaintes avec mise en évidence de signes de non organicité. Il a estimé que la capacité de travail de l'intéressé était de 50% dans sa profession habituelle, mais qu'elle atteignait 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (celles-ci contre-indiquant le port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et au-delà de 7,5 kg occasionnellement, la position statique assise au-delà de 30 à 40 minutes sans possibilité de varier les positions au minimum 1 à 2 fois par heure de préférence à la guise de l'assuré, les positions en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, les positions en gènulfexion ou accroupie, les montées ou descentes d'escaliers à répétition avec port de charges, et la position statique debout immobile de type piétinement, le périmètre de marche étant en outre réduit à environ $\frac{3}{4}$ heure).

Il ne se trouve au dossier aucun avis médical qui inciterait à douter des conclusions du Dr Z. _____.

Ainsi, s'agissant des certificats établis par les médecins du Centre hospitalier X. _____, on notera que dans leur rapport du 4 décembre 2009, les Drs P. _____ et F. _____ se sont référés à des lombo-sciatalgies gauches dans le territoire L5-S1 en augmentation depuis plusieurs années dans le cadre d'une discopathie étagée et d'une arthrose

postérieure, légèrement sténosante mais sans indication chirurgicale - soit des affections en substance superposables à celles constatées par le rhumatologue Z._____; pour le reste, ces médecins ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. En outre, aux termes de son certificat du 19 décembre 2009, le Dr F.____ n'a posé aucun diagnostic ni n'a évalué la capacité de travail de l'assuré, mais s'est limité à évoquer une limitation fonctionnelle également retenue par le Dr Z._____, à savoir le fait de ne pas pouvoir porter de charges lourdes supérieures à 5 kg.

En ce qui concerne le Dr B._____, il a mentionné, par constat du 4 février 2010, que l'état de santé du recourant ne lui permettait de travailler debout qu'à 50%. Le 26 février 2010, il a précisé que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques depuis 5 ans, que la capacité de travail était de 50% dans la dernière activité exercée, mais qu'il n'y avait aucun obstacle à l'exercice d'une activité ne nécessitant pas de port de charges de plus de 5 kg et permettant d'alterner les positions debout et assise. Quoi qu'en dise le recourant, force est de constater que cette appréciation recoupe pour l'essentiel celle retenue par le Dr Z._____. Il est vrai que par la suite, le 1^{er} novembre 2010, le Dr B._____ a établi une attestation évoquant une pleine incapacité de travail. Toutefois, ce certificat ne comporte aucune motivation, si bien que l'on ignore les raisons ayant poussé son auteur à s'écarter de ses précédents avis. Partant, la Cour de céans ne saurait voir là un indice sérieux susceptible de mettre en doute l'appréciation du Dr Z._____.

Pour sa part, le Dr M._____ a observé, dans son rapport du 23 mars 2010, que l'assuré présentait des atteintes incapacitantes sous forme de lombo-sciatalgies gauches chroniques dans un contexte de discopathies étagées et de déconditionnement musculaire. Pour le reste, ce médecin a renoncé à se déterminer sur la capacité résiduelle de travail du recourant, renvoyant sur ce point à un prochain bilan ergothérapeutique visant à évaluer les capacités fonctionnelles de ce dernier. Ce bilan n'ayant jamais pu être mis en œuvre, le Dr M._____ n'a finalement pas pu fournir d'indications plus précises sur la situation de

l'assuré (cf. écrit de ce médecin du 18 juin 2010). Dans ces conditions, son appréciation ne saurait mettre en doute celle du Dr Z._____.

De surcroît, les conclusions de ce rhumatologue ont été corroborées par la Dresse S._____ dans son rapport du 22 septembre 2010.

Enfin et surtout, l'avis du Dr Z._____ a été rédigé sur la base d'investigations complètes et approfondies, en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque; en particulier, ce médecin s'est notamment fondé sur le rapport d'IRM lombaire du 15 juin 2009, seul cliché radiologique disponible au moment de son examen. Cela étant, il apparaît que pour la période prise en considération, les conclusions de ce spécialiste sont convaincantes et son rapport du 7 septembre 2010 pleinement probant (cf. consid. 3c supra).

bb) Dans un second temps, une nouvelle IRM lombaire a été effectuée le 14 décembre 2010, concluant à une hernie discale postéromédiane paramédiane gauche légèrement à modérément sténosante en L4-L5 produisant un conflit avec la racine L5 gauche, à une protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante en L5-S1, et à une arthrose inter-facettaire étagée rétrécissant le canal lombaire en L4-L5 et en L5-S1.

Le Dr H._____ s'est déterminé à ce sujet dans un rapport du 31 janvier 2011 - étant précisé ici que ce rapport ne figure pas au dossier de l'intimé et qu'aucun indice ne tend à corroborer les allégations de l'assuré selon lesquelles ce compte-rendu aurait été transmis à l'OAI qui n'en aurait délibérément pas tenu compte (cf. mémoire de recours du 12 décembre 2011 p. 6). Dans son constat, le Dr H._____ a précisé n'avoir remarqué aucune anomalie significative. Il a ajouté que par rapport à l'IRM de 2009, celle de décembre 2010 montrait une «*petite progression*» de la pathologie discale L4-L5 avec dorénavant une image de protrusion médio-bilatérale à prédominance gauche avec toujours une petite herniation médiane, la protrusion paraissant pouvoir comprimer la racine L5 gauche

d'autant plus qu'il existait un certain degré de rétrécissement des récessi latéraux par l'arthrose postérieure. Cela étant, le Dr H._____ a considéré que l'on pouvait parler d'une irritation radiculaire L5 gauche modérée actuellement encore sans évidence de déficit radiculaire significatif, et qu'une indication opératoire semblait prématurée en l'état.

Pour leur part, les Drs R._____ et J._____ du SMR ont relevé, par avis du 24 octobre 2011, que les résultats de l'IRM du 14 décembre 2010 étaient strictement superposables à ceux de l'IRM du 15 juin 2009 et qu'il n'y avait dès lors pas d'aggravation objective de l'état de santé de l'assuré.

Que l'on se fonde sur l'appréciation du Dr H._____ ou sur l'avis des médecins du SMR, il apparaît dans les deux cas que la comparaison de l'IRM du 15 juin 2009 avec celle du 14 décembre 2010 ne dénote aucune évolution importante susceptible à elle seule d'engendrer des limitations fonctionnelles propres à se répercuter de manière significative sur la capacité de travail du recourant. Pour le reste, on notera que le Dr H._____ ne s'est aucunement prononcé sur la capacité de travail de l'intéressé eu égard à la symptomatologie constatée. Partant, tant le rapport d'IRM du 14 décembre 2010 que le compte-rendu du Dr H._____ du 31 janvier 2011 ne suffisent pas à mettre en cause les conclusions formulées par le Dr Z._____ dans son rapport du 7 septembre 2010.

cc) Le recourant se prévaut par ailleurs d'une aggravation de son état de santé. A cet égard, il se réfère, d'une part, à un rapport d'IRM du 26 janvier 2012 signalant notamment une légère progression de la hernie discale depuis 2010, et, d'autre part, à deux constats des 27 janvier et 9 février 2012 du Dr E._____ évoquant une aggravation des lombalgies depuis quelques semaines, respectivement une évolution de l'état clinique depuis quelques mois.

Le rapport d'IRM du 26 janvier 2012 a été analysé par les Drs R._____ et J._____ du SMR, lesquels ont exposé, par avis du 20 février

2012, que malgré la légère progression de la hernie, celle-ci n'avait pas de retentissement fonctionnel puisqu'elle ne comprimait pas les racines nerveuses. Pour le reste, les médecins du SMR ont relevé que les conclusions de cet examen étaient strictement superposables à celui de 2010. En l'état du dossier, rien n'incite à s'éloigner des observations formulées par les Drs R. _____ et J. _____. Par conséquent, il y a lieu de retenir que cette dernière IRM ne témoigne pas d'une aggravation significative des atteintes de l'assuré.

Quant aux rapports rédigés par le Dr E. _____, force est de constater qu'ils sont essentiellement fondés sur les plaintes - par définitions subjectives - de l'assuré et qu'ils ne comportent pas de motivation objective. Plus particulièrement, comme relevé par les Drs R. _____ et J. _____ dans leur avis du 20 février 2012, le Dr E. _____ n'apporte aucun élément objectif pouvant expliquer l'aggravation des algies. En outre, les constats de ce médecin généraliste divergent quant au moment de la survenance de la prétendue aggravation de l'état de santé du recourant, ce qui nuit à leur crédibilité. Ainsi, si le compte-rendu du 27 janvier 2012 évoque une aggravation des lombalgies remontant à quelques semaines, celui du 9 février 2012 se réfère à une évolution clinique existant depuis quelques mois; bien plus, le recourant fournit de son côté une troisième version, puisqu'il se réfère à l'apparition brutale d'une symptomatologie douloureuse le 25 janvier 2012 (cf. déterminations du 29 mars 2012). Compte tenu de ces éléments, on ne saurait voir dans les rapports du Dr E. _____ matière à s'écarter du compte-rendu clair et détaillé rédigé par le Dr Z. _____.

En tout état de cause, même à admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré entre fin 2011 et début 2012 (les éléments au dossier ne permettant pas d'être plus précis), celle-ci serait sans incidence sur l'issue du présent litige, attendu que le droit à la rente en relation avec cette évolution ne pourrait naître qu'un an plus tard (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI; cf. également TF 9C_344/2010 du 1^{er} février 2011 consid. 4.2 et 4.3), soit entre fin 2012 et début 2013, autrement dit à une date postérieure à celle de la décision attaquée, dont il incombe à la Cour de céans de

vérifier la légalité sur la base de l'état de fait existant au moment de son prononcé, soit au 9 novembre 2011 (cf. ATF 129 V 4 consid. 2.1 et ATF 121 V 366 consid. 1).

dd) On ajoutera par surabondance que le recourant n'a pas allégué – ni a fortiori démontré – que les troubles ayant affecté son coude droit en 2001 influeraient à ce jour de manière significative sur sa capacité de travail. Tout au plus y a-t-il lieu de rappeler que l'état de ce coude était considéré comme stabilisé en septembre 2001 (cf. rapport du Dr L. _____ du 24 septembre 2001) et que ce même coude n'a plus justifié de suivi spécialisé depuis 2001 (cf. écrit du Dr L. _____ du 30 mars 2010). Cela étant, c'est donc à juste titre que l'OAI ne s'est pas penché plus avant sur cette problématique.

b) S'agissant de la composante psychologique, celle-ci n'a été évoquée pour la première fois qu'en procédure de recours, par le Dr E. _____. Ainsi, dans son rapport du 9 février 2012, ce médecin généraliste a mentionné que le recourant présentait, outre des troubles du sommeil dus à la péjoration de ses douleurs, un état dépressif modéré à sévère. Pour le reste, il s'est abstenu d'objectiver le trouble dépressif en question. Il n'a pas non plus indiqué s'il avait administré un traitement à son patient, pas plus qu'il n'a motivé d'incapacité de travail durable en raison de l'atteinte psychique en cause. Dans ces conditions, force est de conclure à l'absence d'éléments médicaux concrets plaidant en faveur d'une pathologie psychique incapacitante susceptible d'être prise en compte dans le cadre de la présente procédure.

Quant à l'assuré, il a certes affirmé souffrir d'un état dépressif sévère et bénéficier d'un suivi psychiatrique (cf. déterminations du 29 mars 2012). Il n'a toutefois pas indiqué l'identité du psychiatre s'occupant de sa prise en charge et n'a produit aucune pièce attestant de ce suivi ou confirmant le diagnostic d'état dépressif sévère selon les exigences médicales et jurisprudentielles requises en la matière. Autrement dit, il n'a pas rendu vraisemblables ses dires, lesquels ne sauraient, à eux seuls, emporter la conviction de la Cour de céans.

Au demeurant, ni le Dr E. _____ ni l'assuré n'ont fourni la moindre indication concernant le moment de la survenance de l'atteinte psychique en question. Cela étant, on pourrait s'interroger sur la pertinence de cette pathologie dans le cadre de la présente procédure, l'appréciation de la Cour de céans devant se limiter à l'examen de la légalité de la décision litigieuse à la date de son prononcé (cf. à cet égard consid. 4b/cc supra).

c) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir avec l'intimé que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une audition des Drs G. _____ et E. _____ ou d'une expertise médicale. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

5. Cela étant, il reste à examiner le préjudice économique du recourant.

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V

343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du

travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre du recourant qu'il reprenne à temps complet une activité adaptée à son état de santé, possibilité dont il dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré; il y est d'ailleurs tenu en vertu de son obligation de diminuer le dommage (cf. ATF 123 V 88 consid. 4c). Il incombe dès lors à l'assuré de mettre à profit son entière capacité de travail dans un poste adapté. Quant au manque de formation professionnelle, aux difficultés linguistiques et aux carences en informatique invoqués par l'assuré (cf. mémoire de recours du 12 décembre 2011 p. 3), ces éléments ne sont pas susceptibles d'influencer le degré d'invalidité; ainsi qu'exposé plus haut, de telles lacunes constituent certes un obstacle à la reprise d'une activité lucrative, mais ne sauraient signifier que l'intéressé n'est pas en mesure d'occuper un poste en adéquation avec ses atteintes.

Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (cf. TFA 383/06 du 5 avril 2005 consid. 4.4), il appert qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont raisonnablement exigibles du recourant. C'est donc à tort que l'intéressé allègue qu'il serait dans l'impossibilité pratique de trouver un quelconque emploi (cf. mémoire de recours du 12 décembre 2011 p. 3).

c) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Dans ce sens, le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire

réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (cf. TF 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 4.4.2 et TFA I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3, avec les références citées).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les

principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

d) En l'espèce, l'année de comparaison des revenus est 2010, année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a), soit un an après le début, en décembre 2009 (date retenue par le Dr Z. _____ [cf. rapport du 7 septembre 2010 p. 7] et non contestée par l'assuré), de l'incapacité de travail durable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

Pour établir le salaire sans invalidité, l'OAI s'est à juste titre basé sur les données résultant de l'ESS compte tenu de la situation particulière du recourant, ce dernier n'ayant occupé que des postes temporaires de manière irrégulière avant de se retrouver sans emploi en décembre 2008 et percevant depuis lors des prestations de l'aide sociale. Au reste, on ne saurait reprocher à l'office d'avoir considéré que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait travaillé dans une activité professionnelle de type industrie légère, l'intéressé ayant montré des dispositions dans ce sens (cf. note d'entretien établie par l'OAI du 23 avril 2010). Il résulte de l'ESS 2010, pour les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4), un salaire mensuel de 4'901 fr. Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2010, à savoir 41,6 heures (La Vie économique 6-2012, tableau B 9.2, p. 94). Il y a dès lors lieu de se fonder sur un revenu de valide de 5'097 fr. 04 par mois (4'901 fr. x 41,6 : 40 heures) correspondant à un montant 61'164 fr. 50 par année.

Pour déterminer le revenu d'invalidé, il y a lieu d'opérer sur le montant de 61'164 fr. 50 susmentionné un abattement de 10%, tel que retenu par l'intimé. Cette déduction – que l'intéressé ne conteste pas – ne semble pas critiquable au vu des circonstances de l'espèce, eu égard notamment aux limitations fonctionnelles présentées par le recourant. Par conséquent, le revenu d'invalidé s'élève dès lors à 55'048 fr. 05.

De la comparaison des revenus sans et avec invalidité qui précèdent, il ressort une perte de gain de 6'116 fr. 45 correspondant à un taux d'invalidité de 10% ($[61'164 \text{ fr. } 50 - 55'048 \text{ fr. } 05] / 61'164 \text{ fr. } 50 \times 100$), lequel rejoint le taux fixé par l'OAI dans la décision entreprise.

Un taux d'invalidité de 10% étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, c'est dès lors à juste titre que l'office intimé a refusé d'octroyer cette prestation au recourant.

6. a) Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 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, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 novembre 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 mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Julien Lanfranconi (pour le recourant),
- 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 :