

VD_FINDINFO AI 361/11 - 256/2012 vom 3. August 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-08-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_361_11_-_256_2012

FR: VD_FINDINFO AI 361/11 - 256/2012 du 3 août 2012

IT: VD_FINDINFO AI 361/11 - 256/2012 del 3 agosto 2012

Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 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 interfaccettaire 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 genuflexion 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 ¾ 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. Quoiqu'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 plaçant 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'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, 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'oeuvre (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'invalide 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'invalide 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'invalide, 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'invalidité, 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'invalidité 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.