

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mars 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bidiville, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

Z._____, à Nyon, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 et 16 LPGA; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) Z._____ (ci-après: l'assuré), né le 13 octobre 1985, originaire du Kosovo, est en Suisse sans interruption depuis le mois de janvier 1995. Il a travaillé comme vendeur au rayon fruits et légumes à R._____ depuis le 1^{er} octobre 2002; son contrat de travail a été résilié avec effet au 31 mars 2005.

Le 5 août 2003, l'assuré a été victime d'une chute sur le dos à la piscine de W._____ à Nyon. Transporté immédiatement à l'Hôpital de Zone de Nyon, il a fait l'objet de radiographies de la colonne vertébrale qui ont révélé une fracture-tassement du plateau supérieur D9 et D11, sans atteinte neurologique, et une spondylolyse L5-S1. Il a quitté l'établissement hospitalier le 9 août 2003 et un régime d'épargne et de rééducation lui a été prescrit.

b) L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: la CRR) du 5 mai au 3 juin 2004. Dans un rapport de synthèse du 9 juillet 2004, les Drs B._____ et N._____, respectivement chef de service, avec spécialisation FMH en rhumatologie et en médecine physique et réhabilitation, et médecin assistant, ont retenu ce qui suit:

"Diagnostic(s) primaire(s):

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

Diagnostics secondaires:

- Rachialgie chronique (M. 54.5);
- Fracture-tassement vertébral de D9 et D11, le 05.08.03 (absence de séquelle radiologique) (T 91.1);
- Spondylolisthésis L5-S1 de stade I selon Meyerding (M 43.1);
- Spondylolyse L5 bilatérale (M 43.0);
- Spina bifida occulta S1 (Q 76.0).

[...]

Appréciation et discussion

Le patient signale une douleur lombaire haute médiane, parfois droite ainsi qu'une douleur dans la région de l'omoplate D. M. Z._____ sait qu'il a eu des vertèbres fracturées, pense que les

médecins ne peuvent pas savoir comment les choses ont évolué car il dit qu'aucune RX n'a été réalisée depuis l'accident, et qui déclare que son dos est « foutu ».

Au status, le patient se meut en ménageant quelque peu la région lombaire. Les inclinaisons latérales du tronc et les rotations du tronc obtenues sont peu amples. On relève des hypoextensibilités musculaires sous-pelviennes et une certaine discordance entre la distance doigts-sol (39 cm) et la distance doigts-orteils assis jambes tendues (23 cm). Le muscle carré des lombes D est plus sensible que le G à la palpation.

Aucune co-morbidité psychiatrique n'a été mise en évidence. Le psychiatre relève un niveau d'anxiété relativement élevé entretenu par des croyances plutôt négatives sur l'évolution du dos (manque de solidité).

Les RX de la colonne dorsale du 05.08.03 mettent en évidence une petite marche d'escalier du mur antérieur des corps vertébraux D9 et D11 pouvant correspondre à de petites fractures antéro-supérieures. Le CT-scan dorsal avec reconstructions du 07.08.03 montre en 09 un petit enfoncement du plateau antéro-supérieur et une petite fracture du coin antéro-supérieur du corps vertébral, en D un petit enfoncement du plateau inférieur et une probable petite fracture du coin antéro-supérieur du corps vertébral. Les RX dorsales du 07.05 sont normales et attestent donc l'absence de séquelles.

A l'étage lombaire, les RX du 05.08.03 mettent en évidence une bascule du bassin de 14 mm à G, une inclinaison de la colonne lombaire vers la G s'accompagnant d'une très discrète rotation des corps vertébraux. Il existe encore un spondylolisthésis L5/S1 de 5 mm (stade I selon Meyerding) et une spondylolyse L5 bilatérale. Le CT-scan du 07.08.03 montre bien la spondylolyse L5 bilatérale ainsi qu'une spina bifida occulta S1 (seules les coupes en fenêtre osseuse sont disponibles).

Au total, ce jeune homme aux antécédents de lombalgie, annonce un accident le 05.08.03. Le même jour, les investigations radiologiques mettent en évidence de petites fractures corporeales D9 et D11, un spondylolisthésis L5 sur S1 de stade I selon Meyerding, et une spondylolyse L5 bilatérale. Les clichés dorsaux actuellement montrent la consolidation sans séquelle des fractures dorsales. La douleur alléguée est actuellement plutôt lombaire que dorsale. La pression sur la totalité des apophyses épineuses lombaires est sensible.

En conclusion, les rachialgies lombaires actuelles ont un caractère non spécifique et ne peuvent être mises en rapport avec les fractures dorsales survenues le 05.08.03. Quant à la spondylolyse L5 bilatérale et au spondylolisthésis L5/S1, ils sont de nature malade et certainement préexistants au traumatisme. On ne peut exclure que le spondylolisthésis génère quelques douleurs lombaires. Il faut relever cependant que la région L5/S1 n'est actuellement pas davantage douloureuse que le reste de la région lombaire, et qu'il n'y a aucune irradiation pseudo-radiculaire ou radiculaire.

M. Z. _____ a suivi une physiothérapie intensive. En passif, détente de la musculature cervicale, stimulation des muscles multifidus, proprioception. En actif: exercices de mobilisation globale du rachis dans tous les plans, exercices de renforcement et R-gym pour la musculature du tronc, étirements, coordination avec ballon KVB, apprentissage de stabilisation du rachis, conseils d'ergonomie. Le patient a participé aux traitements en groupes: groupe d'entraînement, ETH (vélo, tronc), piscine, marche rapide, aérobic et aqua-gym.

Le rapport de physiothérapie mentionne les progressions fonctionnelles enregistrées au cours du séjour. On note des gains en endurance, en force-endurance de la musculature du tronc, en longueur musculaire et en souplesse. Il est prévu de poursuivre la physiothérapie à raison de 3 séances par semaine ambulatoire durant les six prochaines semaines environ. Le patient connaît des exercices de mobilisation et activation musculaire, exercices que nous l'avons encouragé à exécuter seul à domicile.

Le descriptif du poste de travail donné par le patient est résumé dans le rapport annexé des ateliers professionnels. A l'heure actuelle, bien que le poste de travail soit contraignant physiquement, il n'y a pas de contre-indication à la reprise progressive de l'activité professionnelle, même en présence de quelques douleurs. Les aptitudes fonctionnelles pour le port de charges sont encore un peu justes, mais les résultats obtenus lors des tests sont peu fiables.

Du point de vue médical, il n'y a pas d'élément solide qui s'oppose à une reprise de l'activité professionnelle. Une reprise du travail à 50 % (présence sur la place de travail un peu plus qu'à la demi-journée avec un rendement diminué) interviendra le 14.06.04, puis une reprise à 75 %, le 12.07.04 et enfin une reprise à 100 % le 02.08.04. De façon à aider le patient à récupérer des aptitudes fonctionnelles qui lui permettent de travailler dans de bonnes conditions, la rééducation fonctionnelle sera donc poursuivie, comme signalé ci-dessus.

Il faut souligner que le patient donne l'impression de ne pas croire à une récupération, ce qui tend à prouver sa demande de renseignements en vue de déposer une demande à l'assurance-invalidité. Il lui a été clairement expliqué qu'il n'y a actuellement aucun élément médical solide qui justifie un changement d'activité professionnelle. Cela ne signifie bien entendu pas que le patient ne puisse pas se sentir mieux dans une activité professionnelle moins exigeante physiquement.

Capacité de travail actuelle dans la profession de vendeur au rayon fruits et légumes:

50 % du 14.06 au 11.07.04 (rendement quelque peu diminué qui justifie une présence de plus d'une demi-journée sur la place de travail).

70 % du 12.07.04 au 01.08.04.

100% du 02.08.04"

c) Le 7 mars 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport médical du 20 juin 2005 adressé à l'OAI, le Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Nyon, a attesté d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 5 août 2003.

d) Dans un avis médical du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) du 10 février 2006, la Dresse T._____, du SMR, a exposé que les renseignements médicaux récents étaient insuffisants pour se prononcer sur la capacité de travail et qu'il fallait convoquer l'assuré pour un examen SMR rhumato-psychiatrique.

L'assuré a été examiné le 7 février 2007 au SMR par le Dr C._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, et par le Dr A._____ (qui a obtenu son titre de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie fin 2007). Dans leur rapport d'examen clinique rhumato-psychiatrique du 8 février 2007, contresigné par le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et par le Dr E._____, médecin-chef SMR ad interim, les examinateurs décrivent notamment en détail le status rhumatologique (p. 3-5) et les différentes pièces du dossier radiologique (p. 5). De ce rapport, il ressort notamment ce qui suit:

"Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail:

- Lombalgies chroniques persistantes (M 54.5):
 - status après minime fracture-tassement du plateau supérieur de D9 et D11 le 05.08.2003
 - spondylolyse bilatérale de L5
 - spondylolisthésis de L5/S1 de stade I

Appréciation consensuelle du cas:

Au plan somatique, M. Z._____ était en bsh, travaillait comme vendeur au département fruits et légumes de R._____ et pratiquait le football régulièrement dans une équipe amateur sans problème de santé particulier. Le 05.08.2003, il fait une chute; la description de l'événement n'est pas évidente, tout comme l'ont relevé les médecins de la CRR de Sion, dans leur lettre de sortie du

09.07.2004. En effet, l'assuré dit qu'un copain l'aurait soulevé puis l'aurait laissé retomber sur le sol et que ceci se serait fait à la faveur d'un roulé-boulé vers l'avant; toujours est-il qu'il dit être resté étendu sur le dos à l'endroit où il était tombé, incapable de se relever et incapable, affirme-t-il, de faire quelque mouvement que ce soit. Il sera conduit en ambulance à l'Hôpital de Nyon où une fracture-tassement du plateau supérieur de D9 et de D11 sera diagnostiquée. Il dit avoir été incapable de bouger pendant au moins une semaine, jusqu'à ce qu'on lui confectionne un corset thermoformé allant du pubis jusqu'à la jonction manubrio-sternale et avoir eu des difficultés telles à uriner qu'on aurait dû lui mettre momentanément une sonde urinaire.

Lors de la narration actuelle des faits, l'assuré signale que, depuis lors, il n'a cessé de ressentir des douleurs l'obligeant tout d'abord à continuer à porter son corset à l'insu de son médecin puis en portant une ceinture de soutien lombaire qui lui sera prescrite par la suite.

Comme cela a été mentionné au début du présent rapport, lors de la narration actuelle des événements, l'assuré fait l'impasse sur la période où il a repris le travail, certes brièvement, entre début août 2004 et le 23.09.2004, moment où, d'après le dossier, il se serait «bloqué» le dos, notion qui n'apparaît donc pas dans l'anamnèse prise ce jour.

L'assuré fait donc état de rachialgies à prédominance lombaire persistante depuis l'incident du mois d'août 2003.

Cliniquement, on trouve un assuré en état général correct, au comportement adéquat. L'examen médical tant général que neurologique est dans la norme. Au plan ostéoarticulaire, l'examen des extrémités est normal. Au plan rachidien, l'examen révèle des troubles modestes de la statique vertébrale et une limitation de mobilité du rachis surtout dorso-lombaire. La palpation ne réveille que peu de douleurs rachidiennes et elle ne met surtout pas en évidence de tendomyose para-vertébrale.

L'examen est parasité par quelques signes de non organicité dans le sens que l'assuré signale une nette augmentation de ses douleurs lors de la percussion axiale du tronc, qu'il y a une nette discordance entre la distance doigt-sol et la distance doigt-orteil mesurée au bord du lit d'examen (discordance qui avait déjà été relevée par les médecins de la CRR de Sion lors du séjour que l'assuré y avait fait en été 2004) et avec une augmentation annoncée comme violente des douleurs lombaires lors de la mobilisation active et même passive des épaules.

Les documents radiologiques à disposition sont incomplets. On ne dispose notamment pas des RX effectuées le jour de l'accident. En revanche, on dispose d'un CT-scan dorso-lombaire effectué le jour de l'accident lequel met en évidence une effraction minimale du plateau supérieur de D9 et de D11, sans atteinte du mur postérieur; curieusement, les coupes transverses ne mettent pas en évidence d'image fracturaire évidente. Les autres RX à disposition lors de l'examen de ce jour ne concernent pas directement la région dorsale basse. En revanche, sur l'IRM lombaire de l'automne 2006, on peut correctement apprécier le corps vertébral de D11 qui ne présente

aucune déformation significative. Cette même IRM confirme l'absence de toute discopathie dorsale basse et lombaire et confirme une spondylolyse de L5. En effet, les RX standard de novembre 2005 confirment ce qui avait semble-t-il été mis en évidence au moment de l'accident, c'est-à-dire une spondylolyse latérale de L5 et une ébauche de glissement de L5/S1 au sens d'un spondylolisthésis de degré I selon Meyerding.

En résumé, cet assuré a été victime en août 2003 d'un traumatisme dont le déroulement exact est difficile à comprendre; immédiatement après l'incident, il a été hospitalisé à l'Hôpital de Nyon où les examens radiologiques ont mis en évidence ce qui a été interprété comme une fracture du plateau supérieur de D9 et de D11. L'évolution, eu égard à la bénignité objective des lésions, a été des plus traînantes puisque la reprise du travail n'a pu avoir lieu qu'environ un an après l'événement. On trouve dans le dossier un rapport d'examen sur dossier de la situation de l'assuré réalisé par le Dr J._____, chirurgien orthopédiste FMH de Bâle, daté du 16.02.2004: le Dr J._____ estime que les constatations radiologiques sont des plus modestes et qu'on devait pouvoir compter avec une guérison des lésions vertébrales.

Les médecins de la CRR avaient soumis M. Z._____ à une exploration psychiatrique qui s'est révélée normale. Il est uniquement mis en évidence un «niveau d'anxiété relativement élevé, entretenu par des croyances plutôt négatives sur l'évolution du dos». Au terme du séjour à la CRR, une reprise du travail avait d'ailleurs été décrétée. Une telle attitude apparaît absolument justifiée au plan médico-théorique.

Il se trouve toutefois que l'assuré signale une symptomatologie douloureuse lombaire persistante l'empêchant de travailler et le confinant d'ailleurs dans une inactivité importante.

Comme cela a été mentionné ci-dessus, les constatations objectives sont modestes. Il n'y a pas de cohérence adéquate entre l'importance des plaintes, l'importance des incapacités y relatives et les constatations objectives tant cliniques que radiologiques. Au plan somatique, vu l'absence de lésions objectives significatives, une activité professionnelle respectueuse de limitations fonctionnelles rachidiennes générales qui seront mentionnées ci-dessous est à considérer comme possible et exigible.

L'anamnèse psychiatrique ne permet pas de constater un trouble de la personnalité ou une maladie psychiatrique à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des conséquences sur la capacité de travail. L'examen psychiatrique ne met pas en évidence une symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse. Des critères pour remplir un trouble de la personnalité ne sont pas réunis.

En conclusion, les plaintes douloureuses ne sont pas accompagnées d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale ou d'une tendance à l'isolement.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: nécessité de pouvoir alterner la position assise et debout deux fois par heure, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids > 10kg, pas de port

régulier de poids > 15kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques : aucune.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins? L'assuré avait bénéficié d'une incapacité de travail complète depuis son accident du 05.08.2003 et avait repris son travail le 08.02.2004. En revanche, dans son rapport du 20.06.2005, le Dr D._____, médecin traitant de l'assuré, signale une incapacité de travail inchangée de 100% depuis le jour de l'accident, le 05.08.2003.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Comme ceci vient d'être mentionné, il existe une discordance entre les affirmations de l'assuré, les affirmations du médecin traitant et d'autres données figurant au dossier. Quoi qu'il en soit, même s'il y a eu une reprise du travail en août-septembre 2004, elle n'a été que de brève durée. Objectivement toutefois, sur la base de ce qui était affirmé de manière fondée par les médecins de la CRR de Sion et sur la base des constatations auxquelles nous mène l'examen de ce jour, l'assuré aurait certainement pu reprendre de manière définitive son travail à 100% depuis le mois d'août 2004.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est, en l'absence de comorbidité psychique, imputable exclusivement à l'atteinte somatique. Comme ceci a été longuement discuté ci-dessus, l'atteinte somatique objective est objectivement mineure et compatible avec une activité professionnelle respectueuse des limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus. Le poste de travail de l'assuré comme vendeur de fruits et légumes à R._____ devrait être évalué de manière objective mais il est fort vraisemblable que les limitations fonctionnelles retenues ci-dessus, correspondant aux données de la littérature internationale à ce sujet, peuvent y être respectées".

B. a) Le 6 mars 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Il a retenu, sur la base du rapport d'examen rhumato-psychiatrique du SMR et des autres renseignements médicaux en sa possession, qu'une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée de l'assuré dans une activité légère par exemple. L'assuré n'ayant pas repris d'activité professionnelle, l'OAI s'est référé aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité. Il a pris comme salaire de référence celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004

(année d'ouverture du droit éventuel à la rente), 4'588 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise. Après adaptation de ce montant à la durée de travail usuelle dans les entreprises en 2004, il a obtenu un montant de 4'771 fr. 52 (4'588.00 x 41,6 heures : 40 heures) par mois, soit 57'258 fr. 24 par année, sur lequel il a encore opéré un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré. Il a ainsi retenu un revenu annuel d'invalidé de 51'532 fr. 42, au vu duquel il a constaté que l'assuré ne présentait pas de préjudice économique [le revenu annuel brut sans invalidité étant de 43'157 fr. selon une note interne de l'OAI du 6 mars 2007, établie selon les indications ressortant du questionnaire pour l'employeur, rempli le 4 avril 2005], de sorte que le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert.

b) Par acte du 23 avril 2007, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, en se référant à un rapport d'expertise établi le 6 décembre 2005 pour l'assureur accidents (Q. _____) par le Dr L. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Bellevue, dont il ressort ce qui suit:

"4. Appréciation générale:

4-1. Diagnostics:

- Spondylolisthésis L5-S1 grade II sur lyse isthmique bilatérale.
- Fracture du plateau supérieur de D9 et D11 peu déplacée (événement du 5 août 2003);
 - spina bifida occulta S1;
 - status post-appendicectomie (1990);
 - rhinopharyngite au décours.

4-2. Pronostic:

Actuellement nous sommes devant un rachis douloureux, vraisemblablement instable, instabilité consécutive à la lyse isthmique bilatérale et au glissement de L5 sur S1. Au vu de cette symptomatologie se pose la question d'une stabilisation chirurgicale. Question d'autant plus pertinente que l'assuré est jeune.

4-3. Etat antérieur:

Sur le plan anamnestique pas de notion de douleur ostéoarticulaire durant la croissance, pas de notion de problème orthopédique ni traumatologique avant l'événement du 5 août 2003. Le patient ne s'est jamais plaint de douleur vertébrale avant l'événement du 5 août 2003 (éventuelle discordance avec la lettre de sortie de la clinique de réadaptation de Sion).

Cependant il est certain que la spondylolyse était présente avant l'événement du 5 août 2003, la lyse isthmique a des caractéristiques de lésions anciennes (sclérose des berges de la lyse).

4-4. Désavantage persistant:

Actuellement lombalgies extrêmement handicapantes avec faiblesse musculaire généralisée, précédée d'une douleur lors de la mobilisation faisant penser à une instabilité rachidienne (la douleur entraîne la faiblesse).

4-5. Limitation fonctionnelle:

L'assuré est extrêmement gêné par la symptomatologie douloureuse, malgré la prise quotidienne d'AINS 3 fois par jour et de physiothérapie d'appoint.

Essaye de conserver une activité régulière, mais avoue que les douleurs l'empêchent d'être régulier dans ses activités.

[...]

5. Est-ce que les plaintes subjectives peuvent être objectivées?

Sur le plan clinique les plaintes subjectives sont objectivées par une douleur à la mobilisation du tronc active et passive et une extrême difficulté de passer du décubitus dorsal en position assise, difficulté due avant tout aux douleurs.

Un bilan radiologique fonctionnel pourrait objectiver cette hypothèse d'instabilité rachidienne.

Une scintigraphie osseuse pourrait être également utile, elle permet d'objectiver l'activité au niveau L5-S1, ainsi que sur D9, D11.

[...]

La rééducation à Sion a permis de diminuer la symptomatologie douloureuse qui s'est péjorée peu après la reprise du travail mais avec un intervalle libre d'environ 8 semaines où cette reprise a pu avoir lieu (2-8 au 23-9-05). Sur le plan clinique l'examen du rachis est comparable à celui effectué lors du séjour de l'assuré à la Clinique Romande de Réadaptation, avec cependant l'impression d'une augmentation de la douleur lors de la mobilisation du tronc et du passage du décubitus dorsal à la position assise où l'on a vraiment l'impression que la faiblesse musculaire objectivée est aggravée et précédée par la douleur.

Douleur dont on doit se poser la question d'une douleur consécutive à une instabilité L5-S1.

[...]

6-3. Est-ce que l'aggravation de l'état maladif existant causé par l'accident du 05.08.2003 peut être considéré comme

guéri? Dans l'affirmative à quel moment le statu quo ante a-t-il été atteint?

L'aggravation de l'état maladif préexistant causé par l'accident du 05.08.2003 n'est pas guéri, le statu quo sine a été atteint à la reprise du travail à 100% le 2-8-2004. La reprise du travail a entraîné une rechute, mais du fait de la lésion préexistante, du fait de la décompensation consécutive au port du corset il est fort probable que l'assuré aurait pu décompenser son spondylolisthésis sans l'événement du 5-8-2003. La rééducation a été efficace, jusqu'au moment où l'assuré a travaillé avec le port de charge habituel (palettes...). Je pense que l'avis d'un chirurgien spécialisé dans le rachis serait intéressant car il est vraisemblable que les douleurs présentées par l'assuré sont consécutives à une instabilité au niveau de L5-S1. Ce problème soulève la question d'une spondylodèse à ce niveau, accompagnée d'une rééducation adéquate après l'intervention.

[...]

7. Peut-on encore attendre une amélioration notable de l'état de la santé? Si oui quelles sont les mesures que vous proposez? Pronostic?

L'on se trouve devant un spondylolisthésis L5-S1 douloureux résistant aux traitements conservateurs, la question d'un traitement chirurgical se pose tout en sachant que cette chirurgie donne de bons résultats dans 60 à 70% des cas, et qu'après une telle chirurgie les métiers lourds seront interdits.

8. Pour le maintien de l'état de santé faut-il encore d'autres mesures médicales? Si oui de quel genre et combien, dans quelle intervalle de temps?

Une consultation spécialisée chez un spécialiste du rachis est nécessaire afin de se prononcer quant à une indication opératoire et cela relativement rapidement.

9. Capacité de travail?

Actuellement nulle.

[...]

Actuellement pas d'activité envisageable, ceci devant être réévalué une fois le bilan spécialisé par chirurgien du rachis effectué.

[...]

11. Remarques

Je propose un bilan par spécialiste du rachis, afin de lui poser la question de l'opportunité d'une spondylodèse L5-S1 chez un patient de 20 ans ayant un problème de spondylolisthésis L5-S1 douloureux résistant aux traitements conservateurs".

c) Dans un avis médical SMR du 16 mai 2007, le Dr C. _____ a relevé que l'expertise du Dr L. _____ était affaiblie par le fait que l'ensemble de l'argumentation reposait sur l'hypothèse d'une instabilité lombaire en lien avec un minime spondylolisthésis L5/S1, découvert fortuitement à la faveur de radiographies réalisées lors d'un traumatisme rachidien mineur le 05.08.2003. Or les arguments objectifs en faveur d'une instabilité lombaire significative manquaient. Par conséquent, l'expertise du Dr L. _____ ne remettait pas en question les conclusions correctement argumentées de l'examen SMR du 7 février 2007, qui rejoignaient celles des médecins de la CRR, et un avis chirurgical supplémentaire n'était pas nécessaire.

d) Par décision du 4 juin 2007, l'OAI, se référant au rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du 8 février 2007 et à l'avis médical SMR du 16 mai 2007, a confirmé son projet de décision du 6 mars 2007 et a donc rejeté la demande de rente.

C. **a)** L'assuré recourt contre cette décision par acte du 4 juillet 2007 de son mandataire. A l'appui de son recours, il invoque essentiellement l'expertise du Dr L. _____ du 6 décembre 2005 requise par l'assureur accidents. Il conclut principalement à l'annulation de la décision attaquée et à la constatation de son droit à des prestations de l'AI, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, le recourant sollicite une expertise complémentaire.

b) Dans sa réponse du 28 janvier 2008, l'OAI conclut au rejet du recours. Il estime que le rapport d'expertise du Dr L. _____ ne saurait remettre en question les conclusions dûment motivées des médecins du SMR et de la CRR.

c) Par réplique du 30 avril 2008, le recourant maintient ses conclusions et produit un avis médical du 28 mars 2008 de la Dresse K. _____, spécialiste FMH en médecine générale à Nyon, dont il ressort ce qui suit:

"Suite aux examens cliniques depuis le 7.12.2007, date à laquelle j'ai vu le patient pour la première fois, je constate que le patient présente une importante réduction fonctionnelle de la mobilisation de son rachis. L'examen est extrêmement douloureux vu la réaction du patient. Je suis néanmoins frappée par l'existence d'une bonne musculature.

Je confirme donc que le patient est en incapacité de travail à 100%. Je vois difficilement un métier qu'il pourrait exercer à l'heure actuelle.

Par rapport aux questions que vous m'avez posées dans votre courrier du 22.3.2008, je ne me sens pas assez compétente de vous répondre si la présence du spondylolisthésis L5-S1 peut à lui seul expliquer la situation actuelle. Je pense que seul un spécialiste, soit un rhumatologue, soit un chirurgien orthopédiste, peut vous donner une réponse précise".

Sur la base de cet avis médical, le recourant sollicite une expertise pluridisciplinaire.

d) Dans sa duplique du 3 juin 2008, l'OAI se réfère à un avis SMR du Dr S. _____ du 29 mai 2008, qu'il produit en annexe et dont il ressort notamment ce qui suit:

"[L'assuré] produit à l'appui de ce recours un rapport médical de la Dresse K. _____, généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré depuis décembre 2007; ce médecin est frappé par «l'importante réduction fonctionnelle de la mobilisation de son rachis» avec «néanmoins une bonne musculature» (musculature qui s'atrophierait en cas de non utilisation): elle se déclare par ailleurs incompétente pour déterminer l'importance du spondylolisthésis et suggère un avis de rhumatologue ou de chirurgien orthopédiste: ces spécialistes se sont déjà prononcés, et ce rapport n'apporte aucun élément nouveau. Les conclusions de l'examen clinique SMR du 08.02.2007 restent parfaitement valables".

Estimant ainsi que le rapport de la Dresse K. _____ n'est pas de nature à remettre en question les conclusions tant du rapport d'examen clinique du SMR du 8 février 2007 que du rapport de la CRR du 9 juillet 2004, l'OAI conclut au rejet de la requête d'expertise et du recours.

e) Après que la cause eut été suspendue pour permettre au recourant de produire des pièces complémentaires, le recourant a produit

le 11 janvier 2010 une lettre du Dr M._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, médecin-associé à l'Unité du rachis du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, datée du 30 octobre 2009 et dont la teneur est la suivante:

"J'ai pris connaissance du rapport A.I. de mon collègue rhumatologue. Cette expertise, par ailleurs bien conduite sur le plan du status rhumatologique, montre cependant les insuffisances suivantes:

1) l'absence de status détaillé de l'état musculaire, c'est à dire des déficiences fonctionnelles et des déséquilibres de la musculature (muscles agonistes hypoextensibles / muscles antagonistes affaiblis ou l'inverse); cet élément fait partie de l'examen normal de tout patient souffrant de l'appareil locomoteur. Cette donnée est indispensable à l'évaluation de la condition physique et donc des éventuelles limitations fonctionnelles statiques, lesquelles vont déterminer les capacités résiduelles du patient, aussi bien en termes d'activités de la vie courante que, a fortiori, de capacité professionnelle. Ce stade de l'examen clinique peut être qualifié de qualitatif ou statique.

2) l'absence d'évaluation dynamique - complétant l'évaluation statique mentionnée ci-dessus - de la capacité fonctionnelle, élément indispensable dans une expertise prétendant délimiter les capacités professionnelles exigibles, donc un plan quantitatif complétant l'aspect qualitatif. En bref, mesurer les capacités d'endurance à l'effort, selon des procédures bien définies, bien qu'elles aient également leurs limites. Elles doivent combiner une approche physique, complétée par une évaluation psychométrique, qui permet de confronter les performances au comportement et donc, dans une certaine mesure, d'évaluer également la collaboration réelle du sujet. Un manque de collaboration peut suggérer un large spectre de troubles, allant d'une pathologie réactionnelle, par exemple, à une simulation vraie.

3) Enfin, dans le cas particulier, la présence éventuelle, et non prise en compte, d'un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée, qui expliquerait son seuil douloureux abaissé. Cette réponse ne pourrait être amenée que par un examen physique complémentaire, ainsi qu'une anamnèse dirigée dans ce sens, effectuée par un rhumatologue connaissant ce syndrome et ses conséquences globales, multisystémiques, correspondant en fait à un syndrome d'Ehlers-Danlos III. Cet élément doit être recherché et confirmé ou infirmé, vu ses conséquences sur l'ensemble des systèmes organiques d'un sujet qui en est affecté".

Au vu de cet avis médical, le recourant requiert qu'une nouvelle expertise rhumatologique soit ordonnée.

f) Invité à se déterminer, l'OAI indique le 8 février 2010 se rallier à l'avis médical SMR établi le 4 février 2010 par le Dr P._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et par la Dresse O._____, spécialiste en médecine psychosomatique et ancienne médecin-chef au SMR, et dont la teneur est la suivante:

"Il est demandé maintenant au SMR de prendre position sur un rapport du Dr M._____, du 30.10.2002 adressé à Me Olivier Carré [mandataire du recourant]. Ce médecin critique l'examen rhumatologique SMR sur 3 points:

- Absence de status détaillé de l'état musculaire: le status musculaire fait partie intégrante de chaque examen rhumatologique notamment en ce qui concerne le tonus, l'extensibilité et la force avec pour cela des tests bien définis que chaque médecin, à chaque examen, exécute dans la mesure du raisonnable. L'examen du Dr C._____ n'établit pas de liste des muscles testés mais il se prononce à chaque fois sur le tonus musculaire, sur une éventuelle amyotrophie, voire une faiblesse musculaire et sur des contractures. Il y a beaucoup d'informations implicites dans le status, par exemple la distance talon-fesse en décubitus ventral (qui teste également l'extensibilité du quadriceps). On peut encore ajouter que l'assuré, à plusieurs reprises, est décrit comme athlétique et bien musclé, ce qui n'exclut effectivement pas des dysbalances musculaires et implicitement des faiblesses.
- Absence d'évaluation dynamique: il est vrai que lors d'un examen clinique au SMR, l'évaluation de la capacité fonctionnelle n'est pas réalisable dans tous les détails, surtout pour l'évaluation de la capacité d'endurance nécessitant des installations relativement complexes. L'observation clinique et quelques tests simples évaluant la force musculaire donnent cependant déjà une idée des possibilités de l'examiné. Il y a en plus des directives généralement acceptées définissant des limitations fonctionnelles dans un cas donné. En dernier lieu, j'ajouterai que l'assuré a séjourné à la clinique de rééducation CRR à Sion en 2004, et que suite à ce séjour, l'assuré a été déclaré apte au travail. Cette clinique dispose de toutes les possibilités d'une évaluation exacte et étendue.
- Absence de recherche active de la présence éventuelle d'un syndrome d'hyper-mobilité articulaire généralisée: ce syndrome, qui est également connu comme Ehlers-Danlos syndrome, a peut-être bien été sous-estimé dans le passé quant à sa prévalence. Il est cependant toujours plutôt rare et ce n'est pas dans un cas où le problème principal est un traumatisme rachidien que l'on va le rechercher en premier. Néanmoins, la morphologie du patient ne le fait pas suspecter et les mesures articulaires que l'on trouve dans le status du Dr C._____, ne nous amènent pas non plus dans cette direction. Ainsi, la mobilité du coude est tout-à-fait normale, avec une extension de 0°, la flexion du poignet est également dans les limites de la norme avec une flexion dorsale de 70°. Il en va de même avec les genoux où l'extension est de 0°. Il est vrai que les critères de Beighton ne sont pas décrits en détail et dans leurs

totalités, mais le status clinique ne fait à aucun moment suspecter une telle atteinte. Je rajouterai encore que le type III du Ehlers-Danlos syndrome qui est suggéré par le Dr M. _____, est caractérisé par peu de modifications au niveau cutané mais par une hyper-extensibilité impressionnante dans plusieurs articulations amenant à des conséquences orthopédiques de type arthrose. Or ce patient ne présente aucun de ces critères.

L'examen clinique rhumatologique SMR ne peut pas être considéré comme lacunaire, il prend en compte les plaintes subjectives et les données objectives de façon correcte. Il n'y a donc pas de raison pour modifier notre attitude".

g) Le 15 février 2010, le juge instructeur informe les parties que la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique est rejetée en l'état; l'avis des autres membres de la cour qui sera appelée à statuer est réservé. Les parties sont en outre informées que la cause est gardée à juger et qu'un jugement leur sera notifié dès que l'état du rôle le permettra.

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 (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et applicable dès son entrée en vigueur aux causes pendantes

devant les autorités de justice administrative (art. 117 al. 1 LPA-VD), 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, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01] et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), la valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

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 p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité. En l'espèce, il convient d'examiner la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une diminution de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide devant être 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 (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA); en règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que

possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1). Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30; 104 V 135 consid. 2a et 2b p. 136; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475; 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76 et les références; TF 8C_677/2008 du 1^{er} avril 2009, consid. 2.3; 8C_625/2008 du 26 février 2009, consid. 3.2.1).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Le juge des assurances sociales 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 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2009 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins consultés par l'assuré ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

c) La jurisprudence a précisé que, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle); dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés; demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; TF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2;

TF I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; TFA I 86/05 du 29 août 2006, consid. 5.2; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b).

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C_818/2008 du 18 juin 2009 consid. 2.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

4. a) En l'espèce, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumato-psychiatrique au SMR par le Dr C._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, pour le volet rhumatologique, et par le Dr A._____ pour le volet psychiatrique (cf. lettre A.d supra). Le rapport d'examen clinique établi le 8 février 2007 par ces spécialistes décrit en détail l'anamnèse, le status - le status rhumatologique faisant l'objet d'une description particulièrement complète - et les différentes pièces du dossier radiologique. Sur la base d'examens complets, il décrit clairement le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale, prend dûment en considération les plaintes de l'expertisé et aboutit à des conclusions bien motivées. Les diagnostics posés, de même que l'appréciation de la capacité de travail du recourant, concordent parfaitement avec les conclusions du rapport de synthèse établi le 9 juillet 2004, soit deux ans et demi plus tôt, par les spécialistes de la CRR sur la base d'une analyse également complète de la situation (cf. lettre A.b supra). Le rapport d'examen clinique du SMR du 8 février 2007, corroboré par le rapport de synthèse de la CRR du 9 juillet 2004, satisfait ainsi à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

b) Il résulte du rapport d'examen clinique du 8 février 2007 que les constatations objectives sont modestes et qu'il n'y a pas de cohérence adéquate entre l'importance des plaintes, l'importance des

incapacités y relatives et les constatations objectives tant cliniques (qui révèlent des troubles modestes de la statique vertébrale et une limitation de mobilité du rachis surtout dorso-lombaire) que radiologiques (qui révèlent une effraction minimale du plateau supérieur de D9 et de D11, sans atteinte du mur postérieur, une spondylolyse latérale de L5 et un spondylolisthésis de L5/S1 de degré I). Vu l'absence sur le plan somatique de lésions objectives significatives, et dès lors que les plaintes douloureuses ne sont pas accompagnées d'une comorbidité psychiatrique, d'une perte d'intégration sociale ou d'une tendance à l'isolement, une activité professionnelle respectueuse de limitations fonctionnelles rachidiennes générales (à savoir: nécessité de pouvoir alterner la position assise et debout deux fois par heure, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids > 10kg, pas de port régulier de poids > 15kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc) est à considérer comme possible et exigible (cf. lettre A.d supra).

Comme cela a déjà été dit, ces conclusions concordent en tous points avec celles posées par les spécialistes de la CRR dans leur rapport de synthèse du 9 juillet 2004 (cf. lettre A.b supra). Par ailleurs, les avis médicaux invoqués par le recourant ne font pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'examen clinique rhumatologique du 7 février 2007 et dans le cadre des examens effectués à la CRR en 2004 et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des examinateurs.

c) Ainsi, les diagnostics posés par le Dr L. _____ dans son rapport d'expertise établi le 6 décembre 2005 (cf. lettre B.b supra) sont superposables à ceux des médecins du SMR et de la CRR. Ce spécialiste précise que "[s]ur le plan clinique l'examen du rachis est comparable à celui effectué lors du séjour de l'assuré à la Clinique Romande de Réadaptation, avec cependant l'impression d'une augmentation de la douleur lors de la mobilisation du tronc et du passage du décubitus dorsal à la position assise où l'on a vraiment l'impression que la faiblesse musculaire objectivée est aggravée et précédée par la douleur". Il considère que "[s]ur le plan clinique les plaintes subjectives sont

objectivées par une douleur à la mobilisation du tronc active et passive et une extrême difficulté de passer du décubitus dorsal en position assise, difficulté due avant tout aux douleurs". En d'autres termes, les plaintes douloureuses s'expliquent par les douleurs décrites par l'assuré, sans que le Dr L._____ puisse les expliquer par des éléments médicaux objectifs, sinon par l'hypothèse que les douleurs présentées par l'assuré pourraient être consécutives à une instabilité au niveau de L5-S1. Toutefois, comme l'a relevé le Dr C._____ dans son avis médical SMR du 16 mai 2007 (cf. lettre B.c supra), il n'existe pas d'arguments objectifs en faveur d'une instabilité lombaire significative, l'hypothèse d'une instabilité lombaire formulée par le Dr L._____ reposant uniquement sur un minime spondylolisthésis L5/S1, découvert fortuitement à la faveur de radiographies réalisées lors du traumatisme rachidien mineur du 5 août 2003. Dans ces circonstances, le rapport d'expertise du Dr L._____ n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions des examinateurs du SMR.

Il en va de même de l'avis médical du 28 mars 2008 de la Dresse K._____ (cf. lettre C.c supra), qui s'est bornée à constater que le recourant présentait une importante réduction fonctionnelle de la mobilisation de son rachis, l'examen étant extrêmement douloureux vu la réaction du patient. Se disant néanmoins frappée par l'existence d'une bonne musculature, elle a indiqué ne pas se sentir assez compétente pour dire si la présence du spondylolisthésis L5-S1 pouvait à lui seul expliquer l'importante symptomatologie douloureuse et que seul un spécialiste (rhumatologue ou chirurgien orthopédiste) pouvait répondre précisément à cette question. Dès lors que ces spécialistes se sont déjà prononcés, l'avis de la Dresse K._____ n'apporte aucun argument de nature à invalider les conclusions des médecins du SMR.

d) Quant à la lettre du 30 octobre 2009 du Dr M._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, médecin-associé à l'Unité du rachis du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, qui critique l'examen clinique rhumatologique du SMR sur trois points (cf. lettre C.e supra), elle ne fait pas non plus état d'éléments

objectifs suffisamment pertinents qui permettraient de remettre en cause les conclusions concordantes des médecins du SMR et de la CRR.

En effet, s'agissant en premier lieu de l'absence de status détaillé de l'état musculaire, il n'apparaît pas que le fait que le status rhumatologique du rapport d'examen du 8 février 2007 ne contienne pas de liste des muscles testés doive conduire à considérer ce status, par ailleurs décrit par le Dr M. _____ comme étant bien conduit, comme lacunaire. En effet, le Dr C. _____ a procédé aux tests standard s'agissant du status musculaire, notamment en ce qui concerne le tonus, l'extensibilité et la force, et s'est prononcé à chaque fois sur le tonus musculaire, sur une éventuelle amyotrophie, voire une faiblesse musculaire et sur des contractures (cf. lettre C.f supra). Par ailleurs, l'assuré est à plusieurs reprises décrit dans le rapport d'examen du 8 février 2007 comme athlétique et bien musclé, ce qui n'exclut effectivement pas des dysbalances musculaires et implicitement des faiblesses, qui n'ont toutefois pas été décelées lors d'un examen conduit dans les règles de l'art.

En ce qui concerne l'absence d'évaluation dynamique, une telle évaluation de la capacité fonctionnelle, qui nécessite en partie des installations relativement complexes, ne saurait être réalisée dans tous les détails lors d'un examen clinique au SMR. L'observation clinique et quelques tests simples évaluant la force musculaire donnent déjà une idée des possibilités de l'examiné et l'absence d'évaluation dynamique complète n'entache pas la valeur probante des conclusions du rapport d'examen clinique du 8 février 2007. Il sied au surplus de relever que les médecins de la CRR avaient déjà abouti aux mêmes conclusions ensuite du séjour de quatre semaines effectué en 2004 par le recourant dans cette clinique, qui dispose de toutes les possibilités d'une évaluation exacte et étendue, et qu'il avaient évalué la capacité de travail de l'intéressé notamment sur la base du rapport de physiothérapie relatant les progressions fonctionnelles enregistrées au cours du séjour (cf. lettre A.b supra).

Pour ce qui est enfin de l'absence de recherche active de la présence éventuelle d'un syndrome d'hyper-mobilité articulaire généralisée, l'évocation d'un tel syndrome par le Dr M._____ n'est étayée par aucun élément objectif. Comme cela ressort de l'avis médical SMR du 4 février 2010 (cf. lettre C.f supra), la morphologie du patient ne fait pas suspecter un tel syndrome et les mesures articulaires que l'on trouve dans le status du Dr C._____ ne font à aucun moment suspecter une telle atteinte, la mobilité du coude étant tout à fait normale, la flexion du poignet étant également dans les limites de la norme, tout comme l'extension des genoux; en outre, le type III du Ehlers-Danlos syndrome qui est suggéré par le Dr M._____ est caractérisé par peu de modifications au niveau cutané mais par une hyper-extensibilité impressionnante dans plusieurs articulations amenant à des conséquences orthopédiques de type arthrose, et le recourant ne présente aucun de ces critères.

e) Au vu de ce qui précède, une expertise judiciaire, telle que sollicitée par le recourant, n'apparaît pas nécessaire, la Cour de céans étant en mesure de statuer en l'état du dossier. Les conclusions des examinateurs du SMR, qui corroborent celles des spécialistes de la CRR, doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante pour les raisons exposées ci-dessus. Ainsi, il sied de constater que l'importance de la symptomatologie douloureuse résulte pour l'essentiel des seules plaintes subjectives exprimées par le recourant et que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport d'examen clinique du 8 février 2007, celui-ci dispose d'une capacité de travail entière. En outre, le calcul de comparaison des revenus avec et sans invalidité effectué par l'OAI dans la décision attaquée, non contesté par le recourant, aboutit correctement à un degré d'invalidité ne donnant pas droit à l'octroi d'une rente d'invalidité. La décision attaquée échappe par conséquent à la critique.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise 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. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 juin 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant Z._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Carré, avocat à Lausanne (pour Z._____)
- 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).

Le greffier :