

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 décembre 2010

---

Présidence de       Mme    LANZ PLEINES  
Juges    :       M.    Dind et Mme Thalmann  
Greffier       :       M.    Bichsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à Payerne, recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud,  
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 28 LAI et 16 LPG**

## **E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_, ressortissant portugais né en 1958, a exercé l'activité d'ouvrier de la construction pour les routes, au service de l'entreprise O.\_\_\_\_ SA, du 7 juillet 1997 au 30 juin 2006 (date de son licenciement pour raisons de santé). Le 10 octobre 2005, il a été victime d'un accident de travail: une plaque filtrante en béton d'environ 10 à 12 kg lui est tombée sur le pied, occasionnant une fracture de la malléole interne de la cheville droite, traitée conservativement, dont les suites se sont compliquées par une algoneurodystrophie. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Dans un rapport établi le 11 mai 2006, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA (Fribourg), a relevé la persistance d'une limitation fonctionnelle et d'une amyotrophie du membre inférieur, et proposé, en accord avec l'intéressé, que celui-ci soit adressé à la Clinique romande de réadaptation (CRR), à Sion, "*pour un complément de physiothérapie*". En l'état, une incapacité totale de travail était à son sens justifiée.

L'assuré a séjourné à la CRR du 17 mai au 21 juin 2006. Dans le rapport de synthèse établi le 29 juin 2006 par cette clinique, étaient retenus les diagnostics suivants:

### **"DIAGNOSTIC PRIMAIRE**

- ***Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)***

### **DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

- ***Algoneurodystrophie du pied droit au décours (M 89.0)***
- ***Status après fracture de la malléole interne droite le 10.10.2005, traitée conservativement (T 93.3)***
- ***Séquelles après Clayton du 3<sup>ème</sup> rayon droit pour ostéomyélite en 2002 (Z 98.8)***
- ***Mycose interdigitale MI [membres inférieurs] ddc [des deux côtés] (B 35.3)***
- ***Probable syndrome des jambes sans repos"***

Il résulte de ce rapport que la fracture était parfaitement consolidée, le diagnostic d'algoneurodystrophie au décours étant "*actuellement sans éléments inquiétants*". L'importance des plaintes de l'assuré contrastait ainsi avec l'examen clinique, qualifié de "*somme toute normal*". Dans l'activité de maçon-coffreur, activité dans laquelle l'intéressé avait effectué un réentraînement au travail dans le cadre des ateliers professionnels de la CRR, sa capacité de travail était réputée de 50 % dès le 22 juin 2006, compte tenu de ses limitations actuelles (manque d'endurance, difficultés dans les terrains accidentés); une reprise à plein temps était envisageable "*dans les deux mois maximum*", la CRR invitant à cet égard la CNA à procéder à un nouvel examen dans l'intervalle.

Cet examen a été réalisé le 25 juillet 2006 par le Dr H.\_\_\_\_\_, lequel a relevé que l'assuré n'avait pas repris d'activité après son séjour à la CRR, et était alors inscrit au chômage à 50 pour-cent. S'agissant des suites de l'accident, ne subsistait qu'une légère limitation fonctionnelle à la cheville droite, sans amyotrophie du membre inférieur droit, de sorte que ce médecin a conclu que, d'un point de vue médico-théorique, l'intéressé pourrait reprendre son travail en plein dès le 1<sup>er</sup> septembre 2006. LA CNA a dès lors mis un terme au versement de ses prestations dès cette date.

Dans un rapport adressé à la CNA le 22 août 2006, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecin interne et médecin traitant de l'assuré depuis le mois de décembre 1995, a notamment posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique, relevant que l'intéressé signalait l'apparition progressive de polyalgies, sans fièvre, ainsi que de troubles du sommeil et de tristesse sans pleur. Ce médecin ne se prononçait pas sur sa capacité de travail résiduelle.

L'assuré ayant contesté pouvoir reprendre une activité à 100 %, la CNA a interpellé le Dr C.\_\_\_\_\_, lequel a retenu dans un rapport du 23 octobre 2006 les diagnostics de status après fracture de la malléole

interne droite le 10 octobre 2005 et après algoneurodystrophie du pied droit, ainsi que de syndrome douloureux chronique avec probable état dépressif surajouté. Selon ce médecin, il était indéniable que la capacité de travail de l'intéressé n'était pas complète, même dans l'exercice d'une activité légère; il estimait à cet égard qu'une expertise psychiatrique était absolument indispensable.

Dans un avis du 3 novembre 2006, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie du Service psychiatrique de la CNA, a indiqué que les troubles psychiatriques présentés par l'assuré étaient apparus depuis peu de temps, et n'étaient dès lors pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 10 octobre 2005.

**B.** W. \_\_\_\_\_ a déposé le 4 novembre 2006 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une rente.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'office), l'entreprise O. \_\_\_\_\_ SA a indiqué dans un questionnaire *ad hoc* complété le 9 janvier 2007 que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait réalisé à son service un salaire horaire de 34 fr. 32 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, à raison d'une durée hebdomadaire de travail de 42.5 heures.

Dans un rapport adressé à l'office le 24 janvier 2007, le Dr C. \_\_\_\_\_ a posé comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré les diagnostics de syndrome douloureux chronique à prédominance rachidienne et des ceintures (existant depuis début 2006 environ), de status après fracture de la malléole interne droite en octobre 2005 puis algoneurodystrophie; douleurs résiduelles avec diminution de mobilité de la cheville (existant depuis le 10 octobre 2006), ainsi que de probable état dépressif (existant depuis "*automne 2006 ?*"). Selon ce médecin, l'intéressé était incapable d'exercer son activité habituelle de manœuvre maçon (diminution de rendement de 70 %), en raison de ses multiples douleurs. Etait réputée adaptée une activité légère avec fréquents changements de position, "*pas compliquée*", en étant attentif à

ne pas stresser l'assuré qui avait perdu toute confiance en lui et pensait ne plus pouvoir travailler; le Dr C.\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur la capacité de travail résiduelle, respectivement l'éventuelle diminution de rendement, dans l'exercice d'une telle activité adaptée, estimant qu'une expertise portant sur les plans psychiatrique et rhumatologique était indispensable.

Interpellé par le Service médical régional AI (SMR), le Dr C.\_\_\_\_\_ a précisé par courrier du 29 octobre 2007 que l'état dépressif avait été difficile à mettre en évidence, l'assuré ne s'exprimant que peu spontanément et n'étant pas très précis dans ses déclarations; ce médecin avait prescrit un traitement médicamenteux depuis le 3 novembre 2006, relevant que, compte tenu du contexte et des capacités de l'intéressé, une prise en charge psychiatrique n'apporterait à son sens aucun avantage. S'agissant du syndrome douloureux chronique, le Dr C.\_\_\_\_\_ indiquait avoir adressé l'assuré au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, pour un consilium rhumatologique réalisé le 16 avril 2007; il résulte du rapport y relatif, établi par ce médecin à l'attention du Dr C.\_\_\_\_\_ le 24 avril 2007, en particulier ce qui suit:

"Bien qu'il soit difficile d'établir avec précision les plaintes du patient en raison des difficultés linguistiques, et même avec l'aide de la belle-fille qui était présente en fin de consilium, je retiens avant tout des arthromyalgies diffuses, touchant l'ensemble du rachis, les extrémités et prédominant en regard de la malléole D [droite], là où le patient a souffert d'une algoneurodystrophie. A ce niveau, l'examen clinique n'objective actuellement aucune séquelle, notamment cutanée ou articulaire. Tout au plus, j'objective une très discrète limitation de la mobilité de la tibio-tarsienne, qui ne devrait pas être invalidante. Pour le reste, l'examen rhumatologique est entièrement dans les limites de la norme, caractérisé par une bonne mobilité articulaire et une trophicité musculaire conservée et ceci malgré l'arrêt de travail prolongé. Dans ces conditions, et compte tenu des examens déjà pratiqués (biologie normale), je pense que le diagnostic le plus probable est celui de syndrome somatoforme douloureux, possiblement associé à des troubles dégénératifs débutants, qui ne peuvent cependant expliquer la sévérité des douleurs et surtout l'impotence fonctionnelle, invalidant le patient au point de ne pouvoir reprendre plus aucune activité professionnelle. Dans ces conditions, un bilan radiologique complémentaire ne me paraît pas absolument indispensable à l'heure actuelle.

Sur le plan de la prise en charge, il s'agit d'un cas difficile. Je vois mal comment on pourrait juguler les algies compte tenu du diagnostic et des traitements déjà entrepris. La demande AI me

semble de plus vouée à l'échec. En effet, je ne peux que reprendre l'excellente appréciation que tu as faite dans ton rapport adressé à l'AI en date du 24.1.07. Il existe une importante discordance entre les plaintes du patient et les trouvailles de l'examen clinique. En l'absence d'éléments objectifs, il est peu probable que l'assurance-invalidité entre en matière pour une rente. De plus, une réinsertion professionnelle me paraît difficile chez ce patient qui ne s'exprime que très mal en français, dont la scolarité est plus que réduite et chez qui les ressources quant à une réadaptation à un nouveau métier me paraissent très limitées. J'en ai parlé à la belle-fille du patient, espérant qu'un discours en famille permette de l'inciter à une attitude plus positive et une recherche active d'un emploi dans un travail léger."

Le Dr C. \_\_\_\_\_ ayant également adressé l'assuré au Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'office a interpellé ce dernier médecin, lequel a indiqué dans un rapport du 14 avril 2008 avoir ordonné la fabrication de supports plantaires adaptés à la situation de l'intéressé, ainsi que la prescription de chaussures stabilisant sa cheville; si l'adaptation des chaussures s'était faite sans problème, l'adaptation des supports posait alors encore des problèmes. Concernant la capacité de travail résiduelle de l'assuré, le Dr D. \_\_\_\_\_ estimait qu'il devait être déclaré inapte pour les métiers de chantier (diminution de rendement de 100 %), et qu'il avait besoin d'une réinsertion professionnelle. S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, ce médecin indiquait qu'il ne pouvait travailler qu'en position assise, à raison de 8 heures par jour (respectivement "à 100 %"), et que son périmètre de marche était limité à 500 mètres; il précisait qu'il convenait à son sens de procéder à une "*évaluation psychotechnique*" de l'intéressé, afin de le canaliser vers une activité lucrative sédentaire.

L'OAI a décidé la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, réalisé avec l'assistance d'un traducteur le 15 mai 2008 par la Dresse U. \_\_\_\_\_ et le Dr A. \_\_\_\_\_, respectivement ancienne médecin-chef adjointe en psychiatrie et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie du SMR. Dans leur rapport consensuel du 16 juin 2008, ces médecins ont retenus les diagnostics suivants:

"- avec répercussion sur la capacité de travail

- DOULEURS RÉSIDUELLES DE LA CHEVILLE D [DROITE] DANS LE CADRE D'UN STATUS POST-OSTÉOMYÉLITE DE LA MÉTATARSE D EN 2000, STATUS POST-FRACTURE DE LA MALLÉOLE INTERNE EN 2005, SUIVIE D'UNE ALGO-NEURO-DYSTROPHIE. (M89.0)
- AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE.

- *sans répercussion sur la capacité de travail*

- CERVICO-SCAPULALGIES BILATÉRALES SANS SUBSTRAT ORGANIQUE.
- LOMBALGIES NON SPÉCIFIQUES DANS LE CADRE D'UN TROUBLE STATIQUE ET D'UNE CHARGE ASYMÉTRIQUE PAR BOITERIE, DYSBALANCES MUSCULAIRES.
- GONALGIES D DANS LE CADRE D'UN STATUS POST-LÉSION LIGAMENTAIRE OPÉRÉE EN 1994, SANS SIGNES CLINIQUES POUR UNE ARTHROSE.
- DYSTHYMIE À DÉBUT TARDIF. (F34.1)"

Sur le plan somatique, il était relevé que l'assuré présentait des douleurs chroniques résiduelles dans le cadre d'un status post-algoneurodystrophie en 2005, sur un pied déjà quelque peu fragilisé par un status post-ostéomyélite détruisant la tête métatarsienne III; par la suite, l'assuré avait développé des douleurs cervico-lombaires et cervico-scapulaires ainsi qu'au genou droit, genou où il avait subi une déchirure ligamentaire 10 ans auparavant, opérée. Si les douleurs au pied droit étaient parfaitement compréhensibles, compte tenu notamment d'un examen par imagerie par résonance magnétique (IRM) récent ayant documenté un début de chondropathie tibio-astragaliennne latéro-antérieure, de même que les lombalgies, en raison de l'asymétrie de la charge et des dysbalances musculaires, les autres douleurs ne trouvaient pas d'explication - l'intéressé montrant à cet égard quelques signes de majoration des symptômes. Cela étant, l'atteinte au pied droit, suffisamment grave pour empêcher la reprise de son activité habituelle de maçon, était sans répercussion sur sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles en découlant, soit une activité ne nécessitant ni position statique prolongée debout, accroupie ou agenouillée, ni déplacement en terrain accidenté ou en pente, et permettant l'alternance des positions de temps en temps. Sur le plan psychique, l'anamnèse n'avait pas mis en évidence de maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité décompensé à l'origine d'une atteinte à la santé mentale entraînant une incapacité de travail de longue durée. Quant à l'examen clinique, il avait permis de constater chez l'assuré un sentiment de détresse lié aux douleurs, une mauvaise image

de soi, des difficultés à voir l'avenir, mais également l'absence de perte d'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, et l'absence de ruminations existentielles ou d'idéations suicidaires; dès lors que le sentiment de détresse était lié aux douleurs, et en l'absence de troubles cognitifs, un trouble dépressif ne pouvait pas être retenu. L'intéressé présentait toutefois une symptomatologie chronique de l'humeur correspondant à une dysthymie à début tardif, atteinte d'une sévérité insuffisante pour retenir un épisode dépressif même léger. Les médecins du SMR concluaient dès lors à une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle de l'assuré depuis le 10 octobre 2005, mais de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le plan somatique, et ce depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2006 (en référence à la décision de la CNA).

L'office a procédé le 8 juillet 2008 à une approche théorique du cas, retenant à titre de revenu sans invalidité un montant de 56'553 fr. en 2006, en se référant à la moyenne des revenus réalisés par l'assuré entre 2000 et 2004 selon l'extrait de son compte individuel (compte tenu des variations entre les salaires mensuels respectifs). Quant au revenu d'invalidé, fondé sur les données statistiques telles que résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) concernant les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (niveau de qualification 4), il était arrêté à 53'277 fr. 59 en 2006, suite à un abattement de 10 % justifié par les limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé.

Le 9 juillet 2008, l'OAI a soumis un projet de décision à l'intéressé, dans le sens du rejet de sa demande de prestations. Il a retenu que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle une activité industrielle légère, sa capacité de travail était pleine et entière dès le mois de septembre 2006. Comparant les revenus sans invalidité et d'invalidé tels que mentionnés ci-dessus, l'office a abouti, par le biais du préjudice économique subi, à un degré d'invalidité de 5.79 %, n'ouvrant le droit ni à une rente, ni à des mesures professionnelles; sur demande écrite

et motivée de la part de l'assuré, une aide au placement pouvait toutefois lui être accordée.

L'assuré a formé opposition contre ce projet de décision par courrier du 10 septembre 2008, faisant valoir que son état de santé ne cessait de se dégrader depuis 2 ans, qu'il avait des douleurs dans toutes les articulations et qu'il résultait des certificats médicaux qu'il était incapable de travailler. L'intéressé indiquait que le Dr D.\_\_\_\_\_ avait ordonné un nouveau scanner de sa cheville, et proposait à l'office d'attendre le résultat de cet examen avant de rendre une décision formelle.

Le 20 novembre 2008, l'assuré a fait l'objet d'une intervention chirurgicale sous la forme d'une "*ablation de l'exostose 3<sup>ème</sup> rayon pied droit*", pratiquée par le Dr D.\_\_\_\_\_. A cette occasion, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a établi un certificat d'incapacité de travail dès le 20 novembre 2008, d'une durée probable de 4 semaines.

Dans un courrier adressé le 13 janvier 2009 au Centre Social Régional (CSR) de [...], lequel l'a fait suivre à l'office le 20 janvier 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé en particulier ce qui suit:

"Il est toujours possible de prétendre que dans un travail adapté les assurés peuvent exercer une activité à plein temps. Cependant, vu le contexte particulier de ce patient, je ne vois pas comment il pourrait retrouver une activité et surtout dans quel domaine. Il est malheureux cependant qu'il n'ait pas été demandé de mesures professionnelles lors du dépôt du dossier AI. [...]"

Je pense qu'il faut insister auprès de l'AI pour qu'au minimum il fournisse un soutien logistique à M. W.\_\_\_\_\_ afin qu'il puisse éventuellement retrouver un emploi léger." [...]"

Dans un avis du 31 mars 2009, le SMR a estimé que les pièces médicales versées au dossier depuis l'examen réalisé le 15 mai 2008 n'attestaient ni ne démontraient d'aggravation s'agissant des limitations fonctionnelles retenues, de sorte que l'exigibilité demeurait inchangée.

Par décision du 3 juin 2009, l'OAI a rejeté l'opposition déposée par l'assuré et confirmé son projet de décision du 9 juillet 2008, en ce sens que le degré d'invalidité de l'assuré, arrondi à 6 %, ne lui ouvrait le droit ni à une rente, ni à des mesures professionnelles. Dans la motivation de sa décision, l'office a indiqué que les renseignements médicaux au dossier ne permettaient pas de remettre en cause l'appréciation des médecins du SMR telle que résultant du rapport du 16 juin 2008, rapport qui remplissait toutes les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante; il était relevé à cet égard que la CNA avait également conclu à une capacité de travail complète dans une activité adaptée s'agissant des suites de l'accident d'octobre 2005, et que plusieurs médecins avaient évoqués la possibilité de reprendre une activité légère. Quant à l'intervention chirurgicale réalisée en automne 2008, elle avait uniquement occasionné une incapacité de travail d'une durée de 4 semaines. L'OAI relevait enfin que, comme indiqué dans son projet de décision, le droit à une aide au placement était ouvert dans le cas de l'assuré, pour autant que ce dernier souhaite en bénéficier.

**C.** W.\_\_\_\_\_ a formé recours contre cette décision par acte du 6 juillet 2009, concluant principalement à son annulation, soit à sa réforme, en ce sens que son taux d'invalidité était fixé à 100 %, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'office pour mise en œuvre d'une expertise. Invoquant des douleurs persistantes le rendant inapte au travail, respectivement le fait qu'il n'existait pas sur le marché du travail une activité professionnelle correspondant à son handicap, le recourant contestait la valeur probante du rapport établi le 16 juin 2008 par les médecins du SMR, lequel lui paraissait empreint d'une certaine subjectivité et de contradictions, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise était à son sens nécessaire. L'intéressé produisait notamment, à l'appui de son recours, un rapport établi le 3 septembre 2008 par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, lequel avait conclu, suite à des examens radiologiques du pied et de la cheville droite, à une possible surcharge à hauteur de la tête du 2<sup>ème</sup> métatarse droit avec un durillon situé en regard de ce métatarse, à une surcharge possiblement favorisée par une excroissance osseuse à direction plantaire de la tête du 3<sup>ème</sup>

métatarse, enfin à une arthrose tibio-astragaliennne antérieure. Il produisait également un rapport établi le 12 mars 2009 par les Services de radiologie de la Casa de Sao Mateus SA, à Viseu (Portugal), dont il résulte que les radiographies pratiquées avaient donné une image suggestive de pseudoarthrose du troisième métatarse et des signes de spondylose lombosacrée, le genou ne présentant aucune altération significative.

Dans sa réponse du 14 septembre 2009, l'OAI a maintenu que le rapport établi le 16 juin 2008 par les médecins du SMR remplissait toutes les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante; les appréciations des Drs D.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, médecins traitants, n'étaient pas susceptibles de remettre en cause les conclusions de ce rapport, étant précisé que les avis des ces différents médecins concordaient quant à la nature des atteintes et des limitations fonctionnelles du recourant. Concernant les pièces produites par l'intéressé à l'appui de son recours, le SMR avait estimé, dans un avis du 24 août 2009 auquel l'office indiquait se rallier, que les constatations radiologiques en cause étaient connues lors de la rédaction de son avis du 31 mars 2009, et qu'il n'y avait dès lors aucun fait nouveau de nature à modifier sa position. L'OAI proposait en conséquence le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le recourant a répliqué par écriture du 16 novembre 2009, produisant un courrier adressé à l'OAI le 24 septembre 2009 par le Dr D.\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin indiquait notamment ce qui suit:

"Pendant plusieurs mois nous avons tenté tant par des mesures physiothérapeutiques que par des mesures de techniques orthopédiques d'améliorer la symptomatologie de son pied droit qui présente des métatarsalgies de transfert suite à son ostéomyélite du 3<sup>ème</sup> rayon qui a provoqué un raccourcissement de celui-ci. Force est de constater qu'actuellement, nous ne sommes pas parvenus à trouver une solution technique à son problème. D'autre part, ce patient présente une symptomatologie cervicale, scapulaire bilatérale, de lombalgie, de gonalgies droites.

De toute évidence ce patient ne peut plus travailler comme maçon.

L'expertise que vous avez demandée au service médical régional de l'AI daté du 15.05.08 déclare ce patient capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée.

Il faut bien reconnaître que vu la pauvreté de sa scolarisation ainsi que des problèmes orthopédiques qu'il présente, retrouver une activité adaptée est un exercice relevant de l'impossible.

Retrouver actuellement une occupation lucrative pour un salaire de 53'277 fr. comme vous le signalez dans votre décision du 03.06.09 paraît être une spéculation théorique.

En reconsidérant l'ensemble du dossier, je me rends compte que l'office de l'AI n'a pas jugé nécessaire d'induire des mesures de réinsertion professionnelle.

Pourtant, une telle mesure suite à la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI serait chez ce patient tout à fait adéquate. Ce patient a certainement des capacités de travail résiduelles mais il s'agirait de les quantifier.

Pour cette raison et d'entente avec son médecin traitant le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne de [...], je vous demande de bien vouloir rouvrir ce dossier et de reconsidérer concrètement les mesures de réinsertion professionnelle."

Invoquant en outre les limitations fonctionnelles telles que décrites dans le rapport établi le 14 avril 2008 par le Dr D.\_\_\_\_\_ (activité possible uniquement en position assise, périmètre de marche limité à 500 mètres), le recourant soutenait que l'on ne pouvait, dans ces conditions, admettre une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée. Il faisait par ailleurs valoir qu'il paraissait ressortir du dossier, singulièrement d'un rapport établi le 16 septembre 2009 par la CRR dans le cadre de l'instruction du cas par la CNA, qu'il présentait des éléments dépressifs marqués, et que toutes ses tentatives de reprise d'activité s'étaient soldées par des échecs. Le recourant maintenait en conséquence les conclusions de son recours.

Dans sa duplique du 3 décembre 2009, l'office intimé a indiqué que le courrier du Dr D.\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2009 ne faisait état d'aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause le bien-fondé de sa décision, relevant notamment que le faible niveau de scolarisation invoqué par ce médecin n'avait pas à être pris en considération pour la fixation du taux d'invalidité.

Le recourant s'est déterminé par écriture du 21 janvier 2010, alléguant que le Dr D.\_\_\_\_\_ insistait également sur les troubles

orthopédiques dont il souffrait, et pour lesquels aucune solution technique n'avait été trouvée jusqu'alors. Il relevait de recherche que le psychiatre de la CRR faisait état de troubles dépressifs marqués, et qu'il était dès lors incompréhensible que le rapport de synthèse établi le 16 septembre 2009 par cette clinique retienne une capacité de travail pleine et entière. L'intéressé maintenait en conséquence les conclusions de son recours.

**D.** Interpellée par la cour de céans, la CNA a produit son dossier concernant l'intéressé, dont il résulte en particulier que ce dernier a effectué un nouveau séjour à la CRR du 14 juillet au 4 août 2009. Les auteurs du rapport de synthèse relatif à ce séjour, établi le 16 septembre 2009, ont notamment retenu ce qui suit:

**"DIAGNOSTIC PRIMAIRE**

- ***Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)***

**DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

47.8)

- ***Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4)***
- ***Troubles statiques (M 40.2) et dégénératifs du rachis (M 47.8)***
- ***Pieds plats valgus prédominant à gauche (M 21.6)***
- ***Ablation d'une exostose du 3<sup>ème</sup> rayon du pied droit le 20.11.2008 (Z 98.8)***
- ***Algoneurodystrophie du pied droit en 2006 (M 89.0)***
- ***Fracture de la malléole interne droite le 10.10.2005, traitée conservativement (T 93.3)***
- ***Séquelles après Clayton du 3<sup>ème</sup> rayon du pied droit pour ostéomyélite en 1999 (Z 98.8)***
- ***Ecrasement de la phalange du majeur gauche lors d'un accident au travail le 22.08.2005 (T 93.3)***
- ***Arthroscopie du genou gauche en 1996 (Z 98.8)***
- ***Antécédent de possible crise de goutte (Z 87.3)***

**COMORBIDITE**

- ***Probable syndrome des jambes sans repos (G 25.8)***

[...]

**APPRECIATION ET DISCUSSION**

[...]

Le discours pessimiste (aucune perspective professionnelle) et la position de résistance passive adoptée par le patient ne se sont pas modifiés au cours du séjour. Ce comportement explique pour une

part les autolimitations lors de l'évaluation fonctionnelle et de l'évaluation aux ateliers professionnels, ainsi qu'au cours des thérapies (voir rapports des ateliers professionnels, de la mini-ECF et de physiothérapie). Il n'y a pas eu aucun impact positif des mesures thérapeutiques et la participation aux thérapies a été très faible.

La situation est médicalement stabilisée. Du point de vue médical, la reprise du travail est exigible. [...]

**En conclusion :** En conclusion, la limitation de l'inclinaison G [gauche] de la nuque et les cervicalgies s'expliquent pour une part seulement par des troubles dégénératifs, l'accentuation de la cyphose dorsale est ancienne (probable séquelle d'une maladie de Scheuermann). Ce trouble statique ainsi que les quelques troubles dégénératifs ne peuvent pas expliquer dans leur totalité les douleurs lombaires qui ont un caractère musculosquelettique non spécifique. Du point de vue du rachis et du membre inférieur droit, il n'y a aucune anomalie qui puisse justifier la prolongation de l'incapacité de travail.

De manière à ce que la reprise du travail soit subjectivement moins pénible, nous attestons une reprise du travail à 50 % dès le 10.08.2009, puis à 100 % dès le 28.09.2009. Le patient n'ayant pas d'emploi, nous l'informons qu'il lui faudra s'annoncer à l'assurance chômage.

[...]

#### **INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION DE MAÇON :**

- 100 % du 14.07 au 09.08.2009
- 50 % à partir du 10.08.2009
- 0 % dès le 28.09.2009"

Etait annexé à ce rapport notamment un consilium psychiatrique réalisé le 16 juillet 2009 par la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et cheffe de clinique du Service de psychosomatique de la CRR, laquelle relevait en substance ce qui suit:

#### **"Diagnostic**

#### ***Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)***

#### **Appréciation**

Il s'agit donc d'un patient examiné près de 4 ans après une fracture banale de la cheville évoluant vers une incapacité de travail de longue durée et des douleurs persistantes. L'évaluation psychiatrique est évocatrice d'un trouble somatoforme persistant, avec des éléments dépressifs marqués. Les somatisations sont multiples chez ce patient fruste, maîtrisant mal le français et ne comprenant pas toujours le discours médical, éléments à l'origine de croyances erronées. Une tendance au catastrophisme et un

important pessimisme quant à l'issue de sa rééducation sont présents. Le patient n'entrevoit aucune perspective professionnelle, et ne fait pas réellement confiance au corps médical."

Il résulte par ailleurs d'un rapport de physiothérapie que la ponctualité et la coopération de l'intéressé, qualifié de "*difficile à motiver lors des thérapies actives*", étaient "*faibles*", respectivement d'un rapport final des ateliers professionnels qu'il n'avait "*pas véritablement collaboré à la mesure*", qu'il avait "*régulièrement écourté les horaires*" et s'était "*souvent limité au motif des douleurs*".

Invitées à se déterminer, les parties ont indiqué qu'elles n'avaient pas de remarque à formuler sur les pièces transmises par la CNA.

### **E n d r o i t :**

**1.** Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36], par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2.** Est litigieuse en l'espèce la capacité de travail résiduelle du recourant, respectivement le degré d'invalidité découlant de la diminution de sa capacité de gain, partant son droit à une rente de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Selon l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Aux termes de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

A teneur de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (correspondant à l'actuel 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, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il 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 utiles,

sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité (VSI 2000 p. 82, consid. 1b; TF 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 3.1).

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, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (TF 9C\_701/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010, consid. 3.2.2 et les références).

**c)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi, une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA) que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1 et les références).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit également de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un

expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que de tels troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas, à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants: ainsi de la présence d'affections corporelles chroniques; d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive); d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie; d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); ou encore de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3; TF 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté de la part de l'intéressé.

Il incombe ainsi à l'expert psychiatre, dans le cadre de son examen, d'indiquer à l'administration (le cas échéant, au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs; les prises de position médicales sur la santé psychique et les ressources de l'assuré constituent une base indispensable

pour trancher la question juridique de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail (ATF I 870/02 du 21 avril 2004, consid. 3.3.3 et 3.3.4).

**d)** Le juge apprécie librement les preuves (cf. art. 61 let. c LPG), sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. Concernant la valeur probante d'un rapport médical, il importe 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 en considération les plaintes exprimées par l'assuré, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2 et les références).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par l'assureur pour résoudre un cas litigieux, dans toute la mesure où les rapports y relatifs remplissent les exigences requises (cf. TF I 110/06 du 9 février 2007, consid. 1.3 *in fine*). A l'inverse, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré ne doivent être admises qu'avec réserve; il convient 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 (ATF 125 V 351, consid. 3 et les références; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2); le caractère ponctuel d'une expertise par rapport au suivi régulier d'un médecin traitant ne saurait ainsi ôter toute valeur à la première, dans la mesure où le rôle d'un expert

consiste précisément à apporter un regard neutre (TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010, consid. 43.). On ne saurait par ailleurs remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration, respectivement procéder à de nouvelles investigations, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion divergente; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise, et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. TF 9C\_220/2007 du 7 avril 2008, consid. 4.4; TF 9C\_142/2008 du 16 octobre 2008, consid. 2.2 et les références).

**4.** En l'espèce, il convient d'examiner les répercussions des atteintes présentées par le recourant sur sa capacité de travail en distinguant les affections existant sur le plan somatique de celles existant sur le plan psychique.

**a)** Sur le plan somatique, le recourant a été victime d'un accident le 10 octobre 2005, occasionnant une fracture de la malléole interne de la cheville droite dont les suites se sont compliquées par une algoneurodystrophie. Si la fracture a été qualifiée de "*parfaitement consolidée*" (cf. rapport établi le 29 juin 2006 par la CRR), seule subsistant en juillet 2006 une légère limitation fonctionnelle à la cheville droite (rapport établi le 25 juillet 2006 par le Dr H. \_\_\_\_\_), respectivement, en avril 2007, une "*très discrète limitation de la mobilité de la tibio-tarsienne, qui ne devrait pas être invalidante*" (rapport de consilium rhumatologique établi le 24 avril 2007 par le Dr G. \_\_\_\_\_), un début de chondropathie tibio-astragalienne latéro-antérieure a par la suite été documenté par un examen par IRM, auquel s'ajoutait la présence de lombalgies; dans le rapport d'examen consensuel du SMR du 16 juin 2008, la Dresse U. \_\_\_\_\_ a dès lors conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de l'intéressé en raison de son atteinte au pied droit, sa capacité de travail étant en revanche réputée pleine et entière dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles en découlant, soit une activité ne nécessitant ni position statique prolongée

debout, accroupie ou agenouillée, ni déplacement en terrain accidenté ou en pente, et permettant l'alternance des positions de temps en temps. Le 20 novembre 2008, le recourant a fait l'objet d'une intervention chirurgicale ("*ablation de l'exostose du 3<sup>ème</sup> rayon pied droit*"), occasionnant une incapacité de travail de quatre semaines (attestée par le Dr L. \_\_\_\_\_), mais n'ayant aucune incidence, selon le SMR, s'agissant des limitations fonctionnelles retenues (avis du 31 mars 2009). Enfin, dans le cadre d'un nouveau séjour à la CRR effectué par l'intéressé du 14 juillet au 4 août 2009, cette clinique a indiqué dans son rapport consensuel du 16 septembre 2009 que la situation était désormais médicalement stabilisée, et qu'il n'y avait aucune anomalie qui puisse justifier la prolongation de l'incapacité de travail du point de vue du rachis et du membre inférieur droit.

Le recourant conteste la valeur probante du rapport d'examen du SMR, faisant en substance valoir qu'il serait empreint d'une certaine subjectivité, et qu'il ne serait pas sans contradiction. Force est de constater que les griefs en cause ne résistent pas à l'examen. On ne saurait en effet douter de l'impartialité des experts du seul fait qu'ils évoquent la présence de quelques signes de majoration des symptômes, relevant à cet égard que certaines douleurs invoquées ne trouvent pas d'explication, ce d'autant moins que de tels signes ont également été relevés par plusieurs autres médecins consultés - ainsi les médecins de la CRR mentionnent-ils, dans leur rapport du 29 juin 2006, le contraste entre l'importance des plaintes de l'intéressé et l'examen clinique, qualifié de "*somme toute normal*"; de même, le Dr G. \_\_\_\_\_, dans son rapport de consilium rhumatologique du 24 avril 2007, évoque l'existence d'une "*importante discordance entre les plaintes du patient et les trouvailles de l'examen clinique*", étant précisé que le consilium en cause n'a pas été réalisé à la demande d'un assureur, mais bien plutôt du Dr C. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'intéressé. Il convient encore de relever, dans ce cadre, qu'à l'occasion du second séjour du recourant à la CRR, les médecins ont indiqué que le comportement de ce dernier ("*discours pessimiste*", "*position de résistance de passive*") expliquait pour une part ses "*autolimitations*" lors des évaluations, que sa

participation aux thérapies avait été "*très faible*", respectivement qu'il n'avait "*pas véritablement collaboré à la mesure*" mise en œuvre au sein des ateliers professionnels. Par ailleurs, il n'y a pas de contradiction, contrairement à ce que soutient le recourant, à retenir la présence de quelques signes de majoration des symptômes, tout en mentionnant un sentiment de détresse lié aux douleurs, dans la mesure où les atteintes sur le plan somatique, soit en particulier l'affection au pied droit, n'est pas contestée par la Dresse U. \_\_\_\_\_ du SMR, et occasionnent des limitations fonctionnelles justifiant une incapacité totale de travail dans son activité habituelle.

Pour le reste, il s'impose de constater qu'aucun élément objectif ne vient remettre en cause les constatations du SMR s'agissant des atteintes présentées par l'intéressé sur le plan somatique, respectivement des répercussions de ces atteintes sur sa capacité de travail. En particulier, dans son avis du 24 septembre 2009, le Dr D. \_\_\_\_\_ estime qu'il serait impossible au recourant de retrouver une activité adaptée, compte tenu notamment de la pauvreté de sa scolarisation (dans son avis du 13 janvier 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_ évoque, dans le même ordre d'idée, "*le contexte particulier*" de l'intéressé); or, 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 raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité (TF 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010, consid. 3.2 et la référence; TF 8C\_22/2009 du 22 décembre 2009, consid. 3.2). Au demeurant, dans un avis antérieur (rapport du 14 avril 2008), le Dr D. \_\_\_\_\_ a expressément admis que la capacité de travail de l'intéressé était pleine et entière dans une l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles induites par ses atteintes. Enfin, dans leur rapport de synthèse du 16 septembre 2009, les médecins de la CRR ont conclu à une pleine capacité de travail également dans l'activité habituelle de l'intéressé, ce qui permet de supposer que l'évolution du cas

sur le plan somatique, postérieurement à la décision de l'office intimé, s'est révélée favorable.

Dans ces conditions, il y a lieu de retenir, conformément aux conclusions du rapport du SMR du 16 juin 2008, que la capacité de travail du recourant sur le plan somatique, réputée nulle dans son activité habituelle (à tout le moins au moment où l'office a rendu la décision litigieuse), était alors pleine et entière dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles occasionnées par ses atteintes.

**b)** Sur le plan psychique, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de syndrome douloureux avec probable état dépressif surajouté, et estimé qu'une expertise psychiatrique était indispensable (rapport du 23 octobre 2006). Dans le rapport d'examen consensuel du SMR du 16 juin 2008, le psychiatre A.\_\_\_\_\_ a posé le seul diagnostic de dysthymie à début tardif, réputé sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé - la sévérité de cette atteinte étant insuffisante pour retenir un épisode dépressif même léger. Par la suite, la psychiatre K.\_\_\_\_\_ de la CRR a posé dans son rapport du 16 juillet 2009 le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant; il résulte du rapport consensuel établi le 16 septembre 2009 par les médecins de la CRR que cette atteinte était sans répercussion sur la capacité de travail.

Le recourant conteste l'absence de répercussion sur sa capacité de travail de ses atteintes sur le plan psychique, invoquant en particulier l'existence de troubles dépressifs marqués dont la Dresse K.\_\_\_\_\_ fait état dans son rapport. Or, si ce psychiatre mentionne effectivement la présence d'éléments dépressifs marqués, elle n'a retenu aucun diagnostic à cet égard, de sorte qu'il y a lieu de retenir que les éléments en cause sont réactionnels au trouble somatoforme persistant, et ne sont pas constitutifs d'une atteinte distincte - au même titre que le psychiatre du SMR a indiqué que le sentiment de détresse était lié aux douleurs, précisant que, en l'absence de troubles cognitifs, un trouble dépressif ne pouvait pas être retenu. Sur ce point, les avis respectifs du Dr A.\_\_\_\_\_ et de la Dresse K.\_\_\_\_\_ sont ainsi concordants, en ce sens

que les "éléments dépressifs" présentés par l'intéressé ne permettent pas de retenir un diagnostic de la lignée dépressif *stricto sensu*, à tout le moins pas un diagnostic ayant des répercussions sur sa capacité de travail; il n'y a pas lieu de s'écarter de cette constatation, qui n'est remise en cause par aucun avis spécialisé - le Dr C.\_\_\_\_\_, lequel mentionne au demeurant un "*probable*" état dépressif surajouté, n'étant pas psychiatre.

Quant au diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant posé par la Dresse K.\_\_\_\_\_, il n'a pas été retenu par le Dr A.\_\_\_\_\_, lequel n'en a pas moins relevé, avec son confrère, qu'un certain nombre de douleurs invoquées par le recourant ne trouvaient pas d'explication. Cela étant, la question de l'existence d'une telle atteinte peut demeurer ouverte, dès lors qu'il conviendrait dans tous les cas de la considérer comme étant sans répercussion sur la capacité de travail du recourant, ainsi que l'ont conclu les médecins de la CRR - les critères déterminants à cet égard (cf. consid. 3c *supra*) n'étant pas remplis dans le cas d'espèce, à tout le moins pas dans une mesure telle que leur prise en compte obligerait à renverser la présomption selon laquelle les troubles en cause ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part de l'intéressé; cela est d'autant plus vrai dans le cas particulier que, comme déjà relevé, les limitations et autres douleurs invoquées par le recourant résultent en partie d'une majoration des symptômes (ou d'une constellation semblable, au sens de la jurisprudence; cf. ATF 131 V 49 et TF I 81/07 du 8 janvier 2008, consid. 3.2).

Dans ces conditions, il y a lieu de retenir, conformément aux avis concordants des psychiatres A.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, que les atteintes présentées par le recourant sur le plan psychique sont sans répercussion sur sa capacité de travail.

**c)** Le recourant fait encore valoir, d'une façon plus générale, qu'il n'existerait pas sur le marché du travail une activité professionnelle correspondant à son handicap. Or, pour évaluer l'invalidité d'un assuré, il n'y a pas lieu d'examiner s'il peut être placé eu égard aux conditions

concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C\_713/2009 et TF 8C\_22/2009 précités). Dans le cas d'espèce, est réputée adaptée toute activité ne nécessitant ni position statique prolongée debout, accroupie ou agenouillée, ni déplacement en terrain accidenté ou en pente, et permettant l'alternance des positions de temps en temps (rapport du SMR du 16 juin 2008). Si les restrictions induites par ces limitations fonctionnelles et l'éloignement prolongé du marché du travail de l'intéressé peuvent certes limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités permettant l'alternance des positions, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (pour comparaison, cf. TF 8C\_715/2008 du 16 mars 2009, dans lequel le Tribunal fédéral a confirmé, dans le cas d'un assuré présentant des limitations fonctionnelles similaires à celles présentées par le recourant dans le cas d'espèce, qu'une activité adaptée pouvait être exercée à plein temps, étant notamment réputées adaptées les activités d'opérateur / préposé au perçage, de manœuvre / frappeur-découpeur, de manœuvre / opérateur de mise sur pinces, d'opérateur sur machine / production ou encore d'opérateur / équilibrage).

Pour le reste, le recourant ne critique pas, en tant que tels, les montants retenus par l'office à titre de revenu sans invalidité et de revenu d'invalidé, lesquels doivent être confirmés – étant précisé que, selon une jurisprudence constante, le revenu d'invalidé d'un assuré peut être estimé par le biais des données statistiques résultant de l'ESS lorsque ce dernier n'a pas repris d'activité (ATF 126 V 175, consid. 3b et les références; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). L'intéressé ne conteste pas davantage le taux de l'abattement (10 %) auquel a procédé l'intimé sur le revenu d'invalidé; ce taux ne prête pas le flanc à la critique, compte tenu de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas (cf. ATF 126 V 175 précité), soit en particulier du fait que le taux

d'occupation de l'intéressé dans une activité adaptée est de 100 %, sans diminution de rendement. Il en résulte, par le biais de la comparaison des revenus (art. 16 LPGA), un degré d'invalidité arrondi à 6 % ( $\{[56'553 \text{ fr.} - 53'277 \text{ fr. } 60] / 56'553 \text{ fr.}\} \times 100$ ), lequel n'ouvre le droit ni à une rente, ni à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. L'office a en revanche expressément proposé au recourant de bénéficier, s'il le souhaitait, d'une mesure d'aide au placement.

**5.** Il résulte des considérants qui précèdent que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, en ce sens que le degré d'invalidité du recourant, arrondi à 6 %, ne lui ouvre le droit ni à une rente, ni à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

**6. a)** 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'assurance-invalidité 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 1000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**b)** Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer d'indemnité à titre de dépens (art. 55 al. 1 et 56 al. 3 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**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 3 juin 2009 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 de W.\_\_\_\_\_.

**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 Paul-Arthur Treyvaud, à 1401 Yverdon-les-Bains (pour W.\_\_\_\_\_);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 Berne;

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 fédérale 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 :