

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mars 2011

Présidence de M. DIND
Juges : M. Perdrix et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : Mme Rouiller

Cause pendante entre :

B. _____ à Cully, recourant, représenté par le Centre Social Protestant-Vaud (CSP), à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI, 16 LPG

E n f a i t :

A. De nationalité portugaise et actuellement titulaire d'un permis C, B._____, né en 1949, est arrivé en Suisse en 1980. Après quelques mois d'activité dans le domaine viticole, l'assuré a trouvé un emploi de manutentionnaire au service de la F._____[...] (ci-après : l'employeur). Son travail, qui consistait à prendre des cartons de six bouteilles sur la chaîne de travail et à les déposer sur une palette, s'effectuait debout. Au cours de l'année 2001, l'intéressé s'est trouvé fréquemment en arrêt maladie en raison de cervico-lombalgies persistantes. Ne parvenant plus à faire son travail, l'assuré a été licencié à la fin de l'année 2001.

En février 2002, B._____ a séjourné au Centre de Traitement et de Réadaptation ([...]) d' [...], où il a été constaté, à la fin du séjour, que sa capacité de travail était totale. Sur cette base, l'assureur-maladie ([...]) a cessé le versement des indemnités journalières perte de gain. L'assuré a alors émargé à l'assurance-chômage qui lui a versé des prestations jusqu'en juin 2002, date à laquelle il s'est retrouvé en incapacité de travail prolongée et a bénéficié des prestations d'une assurance perte de gain qu'il avait lui-même financée.

B. En août 2002, B._____ a déposé une première demande de une rente auprès de l'assurance-invalidité, en se prévalant de ses douleurs lombaires.

Le questionnaire de l'employeur rempli le 17 octobre 2002 faisait état d'un salaire annuel de 54'210 fr. pour l'année 2001. Par courrier du 5 août 2003, l'employeur a précisé que le salaire brut de l'intéressé se montait à 4'400 francs, treize fois, pour 45 heures de travail par semaine.

D'après le rapport [...] 4 avril 2003 signé par le Dr R._____, l'atteinte principale à la santé était constituée par des cervico-lombalgies avec troubles statiques et dégénératifs légers à modérés. L'incapacité de

travail, qui avait débuté le 19 septembre 2001, était de 50 % dès le 1^{er} mars 2002 dans l'activité habituelle. L'assuré était toutefois pleinement capable d'exercer, dès cette même date, une activité adaptée sans position en porte-à-faux, sans position statique assise/debout au-delà d'une à deux heures et sans port de charges répété au-delà de 15 kg. Pour le surplus, les précisions suivantes ont encore été données par le praticien :

[...] Contrairement à ce que l'on peut lire dans le rapport de la Dresse L. _____ du 27.12.2002, l'état de santé ne s'aggrave pas significativement, du moins objectivement (dernier examen clinique du 25.11.2002). Tous les spécialistes qui ont examiné et traité l'assuré (Dr [...], Dr M. _____, Dr [...], Dresse L. _____) observent la passivité de l'assuré; le Dr Favre signale que l'assuré semble plus intéressé par une rente AI que par un soulagement de ses douleurs. Le Dr [...], dans son rapport du 13.07.2001 admet que la CT (capacité de travail, n.d.l.r.) dans l'activité actuelle est de 50 % au maximum, et de 100 % dans une activité adaptée. Le Dr M. _____ estime la CT entière dans une activité adaptée, raison pour laquelle la [...] a cessé ces indemnisations dès le 01.03.2002, l'assuré devant s'annoncer au chômage. L'assuré a été parfaitement investigué et traité, sans succès. Les atteintes somatiques sont modérées, et parfaitement compatibles avec une pleine activité adaptée. Une expertise psychiatrique n'est pas indiquée, car nous savons que chez le Dr M. _____ (février 2002), le psychiatre consultant a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif léger, que dans son rapport du 27.12.2002, la Dresse L. _____ n'a pas d'élément en faveur d'un trouble dépressif en dehors des troubles du sommeil. J'ai admis une CT résiduelle de 50 % dans l'activité de caviste, me basant sur le rapport du Dr [...] du 13.07.2001, car l'évolution est restée objectivement stable.[...].

En outre, dans le rapport initial et final établi le 20 août 2003 par l'OAI, on peut lire ce qui suit :

[...]

Désirs professionnels :

M. Farihna a clairement dit qu'il ne se voyait plus travailler et qu'il n'attendait de l'AI que des prestations sous forme de rente.

Caractère, contacts sociaux :

L'assuré nous a paru extrêmement plaintif, peu ouvert à la discussion et peu collaborant. Depuis qu'il a arrêté de travailler, il dit ne rien faire ou presque de ses journées, hormis se reposer pour atténuer ses douleurs. Il ne nous a pas semblé du tout favorable à l'idée d'une réadaptation professionnelle, étant convaincu de ne plus pouvoir rien faire.

[...]

Dans ce même rapport, il a été précisé que l'assuré présentait, depuis le 1^{er} mars 2002, une capacité résiduelle de travail de 50 % dans

son ancienne activité de caviste et que cette capacité était totale dans un emploi adapté à ses limitations. Pour finir, l'OAI a dressé une liste d'exemples de travaux exigibles malgré les atteintes à la santé :

- Employé d'usine : travaux de montage; salaire annuel moyen brut : 52'700 francs;
- Employé d'exploitation : opérateur; salaire annuel moyen brut : 54'600 francs;
- Ouvrier au montage électrique; salaire annuel moyen brut : 52'317 francs;
- Employé au conditionnement ; salaire annuel moyen brut : 44'750 francs;
- Employé : façonneur de lumières : salaire annuel moyen brut : 55'625 francs.

Au vu de ces postes, B. _____ disposait, malgré ses atteintes, d'une capacité résiduelle de gain annuelle moyenne de 51'998 francs. Ce salaire est proche de celui que l'intéressé aurait gagné s'il était resté au service de la F. _____) à Cully, selon les indications fournies le 3 août 2003 (à savoir : 57'200 francs, soit 4'400 fr. bruts x 13). Pour le surplus, l'OAI a précisé qu'au vu de l'absence de motivation de l'assuré, des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables.

Sur la base des conclusions du [...] et du document du 20 août 2003, l'OAI a, par décision du 4 décembre 2003, refusé de servir la rente sollicitée. Il a retenu un taux d'invalidité de 9 % (arrondi) révélé par la comparaison du salaire d'invalidé (qui se monte à 51'998 fr.) au salaire annuel de 57'200 fr. que l'intéressé aurait obtenu sans invalidité.

Représenté par l'avocat Marc Froidevaux, à Montreux, l'assuré s'est opposé à cette décision dont il a requis l'annulation. Contestant la capacité résiduelle de travail retenue par l'OAI, B. _____ a remis en cause les conclusions des médecins du [...], dont l'analyse médicale, à ses yeux sans motivation et lapidaire sur le plan psychiatrique, aurait omis de prendre en compte l'évolution de ses limitations fonctionnelles telle que suivie depuis de longues années par ses médecins traitant (la Dresse

L._____, rhumatologue à Vevey et le Dr Z._____, généraliste à [...]). En outre, les cinq emplois pris en compte par l'OAI ne seraient pas adaptés à ses compétences dès lors qu'ils exigent une précision et une habileté que l'intéressé n'aurait pas pu acquérir en ne travaillant que comme manutentionnaire. Cela étant, l'assuré a requis une réévaluation de son taux d'invalidité après qu'un complément d'instruction aura été mené sous la forme d'une expertise complète incluant un examen psychiatrique.

Dans le cadre du complément d'instruction requis en procédure d'opposition, l'assuré a séjourné à la [...] (ci-après : la [...]) du 28 février au 2 mars 2005.

- Le rapport d'expertise médicale établi par la [...] comprend les constatations du Dr Q._____, spécialiste FMH en médecine interne, et FMH en rhumatologie, rédigées en ces termes :

[...] Finalement, on ne trouve [...] pas d'atteinte de l'appareil locomoteur ni de lésion neurogène susceptible d'expliquer des plaintes d'une telle ampleur. On en vient naturellement à évoquer la responsabilité prépondérante de facteurs socio-psychiques dans l'adoption puis la consolidation du statut d'invalidé.

Au cours de son observation, l'expert psychiatre trouve un tymisme normal et rien ne laisse supposer la présence d'un état dépressif significatif; le Dr BB._____ ne retient aucun élément en faveur d'une grande psychopathologie: il n'y a pas de trouble grossier de la sphère neuropsychologique. L'importante discordance entre les plaintes et les constatations objectives est traduite ici sous l'étiquette CIM 10 de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ce diagnostic est préféré au syndrome douloureux somatoforme persistant dans la mesure où l'assuré n'est victime ni d'un sentiment de détresse, ni d'un conflit émotionnel, ni de problèmes psychosociaux.

Au terme de leur entretien de synthèse, les experts estiment unanimement, conformément aux avis médicaux préalablement émis dans un cadre neutre, que l'atteinte à la santé retentissant sur la capacité de travail se résume à des troubles dégénératifs du rachis. Bien que l'assuré perturbe l'évaluation par son comportement en situation d'examen, on peut admettre que l'atteinte rachidienne retentit à la hauteur de 30 % sur la capacité de travail dans l'activité de caviste. Toutefois, à un poste adapté, comme l'un de ceux qui ont été décrits [...], la capacité est complète.

Finalement, c'est par son comportement qu'B._____ s'exclut du monde du travail, dissuadant un employeur potentiel en alléguant

son état douloureux. Objectivement, on ne trouve cependant pas de déficience physique suffisante ni de déficience psychique justifiant une telle attitude de retrait.[...].

- En complément à ce qui a été décrit par le Dr Q._____, le Dr BB._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) et a donné les précisions exposées ci-après :

[...] L'expertisé nous livre l'histoire d'un ressortissant portugais, sans formation professionnelle spécifique, arrivé en Suisse en 1980 comme ouvrier agricole, puis travaillant de 1981 à 2001 comme caviste pour une maison de vigneron. La fin de son activité professionnelle pour raison médicale est due essentiellement à une symptomatologie douloureuse à haute connotation purement subjective étant donné l'absence quasi complète de substratum organique propre à expliquer ses plaintes. Dans le cadre de cette expertise, le diagnostic de majoration des symptômes physiques a été retenu et préféré à celui de syndrome douleur somatoforme persistant et ce en raison de l'absence d'un sentiment de détresse, d'un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux. Néanmoins, les facteurs extramédicaux rendant largement compte de cette majoration de symptômes physiques, il est usuel que de tels facteurs n'impliquent pas de reconnaître une atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail.[...].

Dans son avis médical du 11 avril 2005, le [...] (Dr R._____), a constaté que le rapport de la [...] permettait de tenir pour constant que la capacité de travail de l'assuré était complète dans une activité adaptée.

Fondé sur les constatations de la [...] et reprenant les termes de son analyse économique, l'OAI a, par décision sur opposition du 29 juillet 2005, constaté une nouvelle fois que le taux d'invalidité (de 9 %) était trop bas pour donner droit à une rente. Inférieur à 20 %, ce taux ne permettait pas non plus d'octroyer des mesures de reclassement.

Il ressort du rapport sorti du 8 juin 2007 établi par l'Hôpital de la Riviera (Montreux) et signé par les Drs [...] et [...], qu'B._____ a séjourné dans cet établissement du 19 mai au 26 juin 2007 en raison de lombosciatalgies droites. Un traitement d'antalgiques et d'anti-inflammatoires a été instauré ainsi que de la Dexaméthasone. L'état du patient ne s'étant pas amélioré, il a subi, le 26 juin 2007, des injections intra-discales de corticoïdes.

Le 4 septembre 2007, une intervention a eu lieu à la clinique de la Prairie (Dr K._____, protocole opératoire du 14 septembre 2007) pour traiter une discopathie L4-L5.

L'intéressé a encore bénéficié d'une spondylodèse L4-L5 en novembre 2007.

C. Le 19 février 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en se prévalant d'une aggravation de ses douleurs dorsales. A l'appui de cette requête, il s'est notamment référé à un avis du 29 janvier 2008 du Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, rédigé comme suit :

[...] C'est le Dr Burhalter qui m'a adressé ce patient, lequel avait auparavant déjà été investigué et traité par le Dr Favre, neurochirurgien, sous forme d'infiltrations, d'électrostimulations, etc., mais sans que cela ait apporté une quelconque amélioration.

Sur fond de la discographie répétée à plusieurs reprises, nous avons pu retenir l'indication à un spondylodèse qui a apporté un soulagement au patient.

En résumé, il s'agit donc d'un patient qui est en précarité de santé depuis environ 2 ans, avec une nette péjoration ayant abouti à ladite intervention. Personnellement, sur le fond de mon expérience, il est exclu que ce patient puisse retrouver une activité de caviste. Par contre, un travail adapté me paraît possible aux alentours de 50 %.[...].

L'assuré a été soumis à un examen clinique orthopédique qui a eu lieu le 26 mai 2008 au [...]. Le rapport du 29 mai 2008, signé par le Dr EE._____, précise ce qui suit :

[...]

Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail

- Lombosaciatalgies bilatérales sans troubles neurologiques. Troubles dégénératifs et statiques diffus du rachis. Status après spondylodèse postéro-latérale L4-L5 (M51.3)
- Coxarthrose primaire bilatérale débutante (M16.0).

[...]

Appréciation du cas

Assuré de 59 ans, sans formation professionnelle particulière, ayant travaillé comme caviste jusqu'en 2001. Il développe depuis une quinzaine d'années des douleurs lombaires avec des sciatalgies irritatives, parfois à D parfois à G, souvent bilatérales. L'assuré a été examiné par de nombreux spécialistes qui ont mis en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis. Tous les traitements conservateurs se sont révélés inefficaces. L'assuré a été hospitalisé au Centre de traitement et de Réadaptation à Orbe en 2002 où le Dr M. _____ parle d'un syndrome somatoforme persistant. L'assuré été vu en expertise somatique et psychiatrique. Le Dr BB. _____, spécialiste FMH en psychiatrie retient le diagnostic de majoration des symptômes physiques au lieu de celui de syndrome douloureux somatoforme en raison de l'absence d'un sentiment de détresse. Cette expertise conclut que l'assuré est apte à continuer à travailler en tant que caviste à 70 % et dans un travail adapté à 100 %. Sur le plan somatique, des blocs facettaires ont été effectués en 2007, ainsi qu'un corset test. En novembre 2007, l'assuré bénéficie d'une spondylodèse postéro-latérale L4-L5. Cette intervention n'a apporté qu'un soulagement partiel et temporaire de la symptomatologie douloureuse. Depuis 2007, l'assuré se plaint aussi de douleurs au pli de l'aîne. Le bilan radiologique montre une coxarthrose débutante.

Limitations fonctionnelles

L'assuré peut effectuer un métier sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner la position assise avec la position debout à sa guise. Il doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux. Il doit éviter le port de charges supérieures à 10 kg. Les courts déplacements à plat sont possibles.

[...]

Suite à l'expertise de mars 2005 de la [...] à Sion, une capacité de travail de 70% en tant que caviste et de 100% dans un travail adapté lui a été reconnue. Nous considérons que la capacité de travail de l'assuré en tant que caviste se détériore depuis le mois de mai 2007 (date de son hospitalisation à l'Hôpital Riviera). En raison des douleurs lombaires et des hanches, la capacité de travail en tant que caviste devient nulle. Il garde sa capacité dans un travail adapté. Trois mois après la spondylodèse L4-L5, l'assuré récupère sa capacité de travail dans un travail adapté. On peut donc considérer que l'assuré n'est pas apte à travailler dans tout métier du 25 novembre 2007 à la fin du mois de février 2008. A partir du 1^{er} mars 2008, il récupère une capacité de travail dans un travail adapté mais ne récupère pas sa capacité en tant que caviste car ce métier ne respecte pas les limitations fonctionnelles. Après avoir examiné attentivement l'assuré et son dossier, nous n'avons aucun argument pour diminuer sa capacité de travail dans un travail adapté.

Capacité de travail exigible

- Dans l'activité de caviste : 0 % dès mai 2007
- Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles : 100 % depuis le 1^{er} mars 2008.
- L'assuré est incapable de travailler dans tout métier du 25.11.2007 au 29.02.2008.

[...].

Dans un avis médical du 12 juin 2008, le [...], par le Dr R._____, a encore observé ce qui suit :

[...] Rappelons que l'assuré est connu pour une amplification des symptômes pour raisons psychologiques (voir expertise [...] 2005), qu'au cours de ces 3 dernières années il a consulté de nombreux spécialistes pour diverses douleurs (voir RM du Dr Z._____, daté du 28.04.2008). Malgré l'intervention de novembre 2007, la symptomatologie douloureuse ne s'est pas modifiée. Ces affections engendrent des limitations fonctionnelles qui, si elles sont respectées, n'empêchent pas l'exercice d'une activité lucrative adaptée en plein, de type sédentaire à semi-sédentaire, sauf pour la période couvrant l'opération de novembre 2007 à celle postopératoire, soit jusqu'au 29.02.2008. L'élément objectif permettant de dater l'aggravation est l'hospitalisation en mai 2007 pour lombosciatalgies non déficitaire et l'IRM qui précise les troubles dégénératifs et l'absence d'hernie discale. Cette aggravation ne justifie pas d'IT (incapacité de travail, n.d.l.r) prolongée dans une activité adaptée [...].

Dans son projet de décision du 18 août 2008, l'office a évalué à 14,7% la diminution de la capacité de gain résultant de l'atteinte à la santé et a préavisé pour un refus de prestations. Face à ce prononcé l'intéressé s'est montré disposé à entreprendre une reconversion professionnelle, et a sollicité une aide au placement. Le 29 septembre 2008, l'office a accordé à l'assuré une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi. Après entretien avec l'office, l'assuré a renoncé à cette prestation, par déclaration du 5 novembre 2008.

Par décision, communiquée le 3 juin 2009 avec une lettre explicative du même jour, l'OAI a une nouvelle fois refusé de servir une rente à B._____. Il a retenu, avec les médecins du [...], que si l'activité de caviste n'était plus exigible, la capacité de travail de l'assuré demeurerait entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur cette base, la comparaison du revenu d'invalidé exigible en 2008 (calculé sur les données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes suisses sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique; ESS) avec le salaire que l'intéressé aurait réalisé sans invalidité en cette même

année, a montré un taux d'invalidité inférieur à 40 %, ce qui justifie le refus de rente. Le détail du calcul de l'autorité intimée se présente comme suit :

- Salaire exigible malgré les atteintes à la santé : ESS TA
1 -niveau de qualification 4- Année 2006

Salaire OFS		4'732 fr.00	
Salaire OFS sur xx heures	41.7	4'933.11 fr. 67 x 12	59'197 fr.32
Indexation 2007		1.60 %	60'144 fr.48
Indexation 2008		2.07%	61'389 fr.47
Indexation		0.00%	61'389 fr.47
Horaire en %		100 %	61'389 fr.47
Diminution de rendement en %		0.00 %	61'389 fr.47
Sources médicales : avis du [...] du 12 juin 2008			
Réduction(s) supplémentaire(s) au titre de désavantage salarial (limitation(s) fonctionnelle(s), âge, années de service, nationalité et permis, taux d'occupation) 25 % au maximum		15 %	52'181 fr.05
Motivation : limitations fonctionnelles et permis			
Salaire exigible final			52'181 fr.05

-Salaire sans invalidité : 61'176 fr. en 2008, sur la base du salaire indiqué en 2003 par l'employeur, indexé jusqu'en 2008.

Par lettre du 1^{er} juillet 2009 adressée à l'OAI, B. _____ a fait valoir que :

[...] Depuis notre entretien du 5 novembre 2008, je n'ai pas pu reprendre d'activité rémunérée, non par mauvaise volonté, mais par le fait qu'il nous a été impossible d'en trouver une susceptible d'être adaptée à mon handicap.

Je dépose donc, ce jour, un recours contre votre décision auprès du Tribunal cantonal des assurances. [...]

D. Par courrier du 1^{er} juillet 2009, reçu par le 3 juillet suivant au greffe de l'autorité de céans, l'intéressé a recouru contre la décision

précitée en se prévalant de l'évolution défavorable de son état de santé dès le mois de mai 2007 et en dressant la liste de ses limitations fonctionnelles observées par son médecin traitant. Il a encore précisé que [...] sous ces conditions restrictives, une aide au placement n'a (vait) pas permis d'avancer dans la recherche d'une activité rémunérée [...] et il a relevé que des investigations devaient être menées au [...] au cours du mois de septembre suivant, [...] pour déterminer la possibilité de la pose d'une prothèse de la hanche [...].

Représenté par le Centre Social Protestant-Vaud (CSP), B._____ a complété son recours le 24 août 2009 en concluant à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Sur le fond, il s'en est pris au revenu exigible avec invalidité et a remis en cause l'analyse économique effectuée par l'office intimé.

Par réponse du 4 novembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Il a encore précisé que, l'intéressé n'ayant pas repris d'activité lucrative, le revenu annuel d'invalidé avait été fixé, conformément à la jurisprudence fédérale, à 52'181 fr. 05 sur la base des données statistiques, avec un abattement de 15 % tenant compte des limitations de l'assuré.

En réplique du 7 novembre 2009, l'assuré a derechef fait valoir l'aggravation de ses limitations fonctionnelles et de ses douleurs. Indiquant que de nouvelles investigations médicales étaient en cours, il a maintenu son recours et requis une expertise médicale à titre de mesure d'instruction.

En duplique du 11 janvier 2010, l'OAI a confirmé la décision attaquée, ainsi que sa réponse du 4 novembre 2009, auxquelles il a fait renvoi. Pour le surplus, il a rappelé que sa position reposait sur les conclusions du rapport d'examen du [...] du 29 mai 2008 auquel il convenait de reconnaître pleine valeur probante, et selon lesquelles, dès le 1^{er} mars 2008, la capacité de travail du recourant est complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

En cours de procédure (le 18 mars 2010), le recourant a produit le rapport médical du 20 janvier 2010 du Dr [...], médecin associé au Département de l'appareil locomoteur du [...], qui s'adressait à son médecin traitant de l'assuré (le Dr Z. _____) en ces termes :

[...] L'essentiel de la consultation a été consacré à reconstituer l'itinéraire du patient depuis 2006. Compte tenu des examens antérieurs et en particulier de la consultation [...] effectuée en septembre 2009, je n'ai pas jugé utile de revoir le status.

Plaintes actuelles :

Les plaintes semblent consister, bien qu'elles soient toujours aussi difficiles à obtenir de façon précise, en deux localisations séparées dans le temps et en termes de circonstances de survenue :

Une lombalgie avec irradiation latéro-crurale et surale jusqu'aux talons, selon un mode plutôt diffus, à côté d'une inguinalgie bilatérale avec pygialgies également bilatérales surtout marquées à droite. L'irradiation à partir de la région lombaire est également plus marquée à droite.

La douleur lombaire est influencée positivement par la marche, après posture statique assise par exemple, jusqu'à une durée de 5 à 10 minutes, qui entraîne une réponse algique avec engourdissement global. Cette douleur provoque un réveil nocturne. Elle est posturale, soulagée par le soutien en décubitus latéral, par un coussin. [...]

L'inguino-pygialgie bilatérale est aggravée par la marche, elle diminue en position assise, elle est également aggravée par la montée des escaliers, mais ne dérange pas le patient la nuit.

[...]

L'essentiel de la symptomatologie que présente le patient réside donc dans l'atteinte rachidienne, l'importance de celle-ci, de façon subjective, peut être attribuée à raison de deux tiers pour le rachis et d'un tiers pour les hanches. Enfin, lorsque je reprends l'ensemble des documents, que ce soit mon dossier depuis 2002, l'examen à la [...] de Sion, l'examen au [...] ou les différents consultants que j'ai eus en dehors des assurances, l'ensemble est recouvert par un problème de comportement de malade, lequel ressort des problèmes psychologiques de ce patient, sans que l'on puisse, le moins du monde, affirmer une simulation volontaire quelconque.

Comme tu le sais, dans ce genre de situation, les possibilités thérapeutiques sont extrêmement minces, puisque les affections médicales, quelles soient psychologiques ou somatiques sont largement entretenues par le refus systématique des assurances sociales de reconnaître la valeur de la souffrance présente. S'il est indéniable qu'une partie de celle-ci découle de facteurs culturels et certainement également d'incompréhension linguistique, il n'en

demeure pas moins, que chez un patient de 60 ans, porteur d'une pathologie rachidienne, celle-ci sanctionnée par une intervention chirurgicale majeure, n'ayant rien apporté, porteur [...] également d'une pathologie de deux hanches, la situation est pour le moins difficile dans le contexte d'une activité professionnelle lourde.

Dès lors, je n'arrive pas à comprendre comment on peut raisonnablement admettre que Monsieur B. _____ a, au terme de 8 ans d'évolution, encore une capacité résiduelle dans une activité adaptée.

[...]

Sur le plan thérapeutique, je n'ai pas d'autres propositions, chez ce patient dont l'approche psychiatrique s'est soldée par un échec et chez qui la physiothérapie est totalement illusoire. En tant que médecin traitant, la seule chose que tu peux faire c'est de rester empathique et de te montrer soutenant et palliatif uniquement sans pouvoir espérer une rémission thérapeutique quelconque à ce stade.

[...]

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours

est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté le 1^{er} juillet 2009 contre la décision attaquée du 3 juin précédent, le recours d'B. _____ l'a été à temps. Il répond aux autres exigences de forme prévues par la loi (art. 98 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable. En outre, vu ce qui précède, la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté par l'intéressé contre la décision de l'OAI du 3 juin 2009.

d) S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, no 81, p. 47) et la cause doit en conséquence 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).

2. a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366, 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références; cf. encore TF, 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1 p. 366 op. cit., 117 V 287 consid. 4 p. 293 et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 op. cit., consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1).

b) En l'occurrence, il peut être tenu compte des constatations faites par le Dr [...] le 18 mars 2010, dont le rapport a été produit en cours de procédure, cela nonobstant le fait qu'il est postérieur à la décision attaquée. En effet, ledit rapport analyse l'évolution médicale du recourant en se référant exclusivement à des éléments médicaux survenus durant la période concernée par le litige.

3. 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).

Est en l'espèce litigieuse la question du droit à une rente AI. En bref, l'assuré remet en cause la capacité de travail et de gain qui lui a été reconnue par l'autorité intimée.

4. a) D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

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. 1er in fine LAI). En vertu 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 pour-cent au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

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 256 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 256 consid. 4 op. cité, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

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 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurances sociales (Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000, p. 268). En matière d'assurances sociales, s'agissant de l'appréciation des renseignements d'ordre médical, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par les experts, et/ou substituer son avis à celui exprimé par ces spécialistes dont c'est précisément le rôle de mettre leurs connaissances particulières au service de la justice pour qualifier un état de fait déterminé (VSI 2000 p. 152 et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'article 69 alinéa 4 RAI a pleine valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATFA du 28 octobre 2002, I 523/02, consid.3, du 29 mars 2005, I 238/04, consid. 5.2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant. Enfin, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre

sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 et la jurisprudence citée).

5. a) En l'espèce, l'autorité intimée a évalué la capacité résiduelle de travail de l'assuré en se référant principalement aux conclusions du [...] (rapport du 29 mai 2008 du Dr EE. _____ confirmé par avis médical du 12 juin 2008 du Dr R. _____).

Le rapport du 29 mai 2008 se fonde sur des examens complets et prend en compte l'anamnèse médicale du patient. En outre, il considère l'évolution de l'état de santé physique et psychique de l'intéressé, en se référant aux constatations faites par le [...] d' [...] (Dr M. _____ en 2002), à celles ressortant des rapports de la [...] (Drs Q. _____ et BB. _____ en 2005), ainsi qu'aux observations des praticiens de l'Hôpital de la Riviera (Drs BB. _____ [...] et [...] en 2007). Il prend en considération les plaintes exprimées par le patient et décrit clairement le contexte médical dans lequel celui-ci évolue. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. L'avis médical du 12 juin 2008 est lui aussi circonstancié; il prend en compte les éléments antérieurs à la nouvelle demande des prestations. Vu ce qui précède, on peut admettre avec l'OAI que ces rapports ont valeur probante au sens de la jurisprudence citée.

On relèvera encore que les conclusions du [...] sont complémentaires à celles émises par le [...] d [...], aux observations de la [...], et à la situation décrite en avril 2003 par le [...] (Dr R. _____). Ledit rapport du [...], ainsi que celui de l'OAI 20 août 2003, avaient en outre mis en évidence la passivité de l'assuré, un désir non dissimulé d'obtenir une rente AI, ainsi qu'une attitude extrêmement plaintive susceptible de dissuader un employeur potentiel.

Au vu de ce qui précède, on peut tenir pour constant que l'assuré souffre de lombosaciatalgies bilatérales sans troubles neurologiques, de troubles dégénératifs et statiques diffus du rachis et de coxarthrose primaire bilatérale débutante et que ces atteintes influencent sa capacité de travail. Malgré ces limitations, il peut exercer un métier sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il pourrait alterner à sa guise la position assise avec la position debout. Il doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, ainsi que le port de charges supérieures à 10 kg. En outre, en raison de ses douleurs lombaires et des hanches, l'intéressé n'est plus capable de travailler en tant que caviste car ce métier ne respecte pas ses limitations fonctionnelles. Il garde toutefois sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations susdécrites, sous réserve d'une courte période d'incapacité de trois mois après la spondylodèse L4-L5 subie en novembre 2007.

b) Reste à savoir si les constatations médicales produites en cours de procédure permettent de remettre en cause ce qui précède.

Se déterminant le 20 janvier 2010, le Dr [...] note que les plaintes du patient sont difficiles à obtenir de façon précise, mais retient que l'essentiel de la symptomatologie réside dans l'atteinte rachidienne. Il admet l'influence de facteurs culturels et linguistiques dans l'évolution de la situation de ce patient, mais indique qu'il peine à comprendre pourquoi l'OAI reconnaît encore à B._____, "[...]au terme de 8 ans d'évolution[...]", une capacité résiduelle dans une activité adaptée. Or le praticien ne dit pas en quoi l'avis des médecins du [...] serait critiquable. Il n'explique pas davantage pour quelles raisons il s'éloigne des constatations qu'il avait faites le 13 juillet 2001, selon lesquelles l'assuré avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cet avis peu motivé ne saurait donc être décisif.

c) Les pièces médicales probantes versées au dossier permettent donc à l'autorité de céans de statuer sans complément d'instruction sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré : celui-ci était incapable de travailler dans tout métier du 25 novembre 2007 à la fin du

mois de février 2008 mais à partir du 1^{er} mars 2008, il a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations.

Il apparaît ainsi que les griefs du recourant censés remettre en cause la capacité résiduelle de travail retenue par l'autorité intimée sont infondés et que l'incapacité de travail qu'il allègue relève de facteurs étrangers à l'assurance-invalidité.

En définitive, ses arguments ne peuvent être retenus et la requête d'expertise médicale doit être rejetée.

6. L'assuré conteste le revenu d'invalidé qui, selon l'autorité intimée, peut encore être exigé de lui en dépit de son état de santé.

Il est conforme à la jurisprudence constante d'estimer le revenu d'invalidé sur la base des données statistiques fédérales lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ni aucune autre activité raisonnablement exigible. Sur ce point, la position de l'autorité intimée n'est pas critiquable (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

Le moment déterminant pour l'évaluation de l'invalidité est celui du début du droit éventuel à la rente, donc dans la plupart des cas, l'échéance du délai d'attente d'une année (ATF 129 V 222). En l'espèce, il ressort des faits résumés ci-dessus que l'OAI a effectué ses calculs sur la base de l'année 2008 (année de référence), ce qui est conforme à la jurisprudence, puisque l'atteinte à la santé ayant justifié la (nouvelle) demande de prestations déposée en février 2008 remonterait à mai 2007. En outre, vérifiés d'office, les calculs de l'OAI n'apparaissent pas entachés d'erreur.

Sur cette base, il sied de retenir, avec l'office intimé, que le revenu annuel d'invalidé se monte à 52'181 fr. 05 pour 2008. Le revenu

sans invalidité n'est pas remis en cause; il se monte, après indexation, à 61'176 francs. La comparaison de ces deux revenus met en exergue un taux d'invalidité inférieur à 40 % qui n'ouvre pas le droit à une rente AI. En outre et par surabondance, durant la période déterminante pour les prestations ici en cause (soit dès mai 2007), la durée de l'incapacité de travail de 40 pour-cent au moins n'a pas été d'une année entière sans interruption notable, comme l'exige l'art. 28 al. 1 LAI.

7. C'est donc à juste titre que l'OAI a refusé d'octroyer la rente sollicitée. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

8. 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. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Dès lors, seul un émolument judiciaire de 200 francs au vu de l'ampleur de la procédure sera mis à la charge du recourant, dans la mesure où celui-ci succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (ATF 126 V 143).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision attaquée est confirmée.

III. Les frais de justice, par 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Centre Social Protestant-Vaud, CSP, (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS), à 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :