

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 octobre 2009

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Berthoud et Zbinden, assesseurs
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

* * * * *

Cause pendante entre :

M._____, à Vevey, recourant, représenté par Me Minh Son Nguyen, audit lieu,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après : OAI), à Vevey, intimé.

Art. 28 al. 1 LAI et 16 LPGA

E n f a i t :

A. M. _____, ressortissant portugais né en 1952, sans formation, a travaillé comme manœuvre pour le compte de [...] SA depuis le 15 février 1988, pour un salaire horaire de 23 fr. 35. Souffrant de dorsalgies, il a connu plusieurs périodes d'incapacité de travail de 50% à 100%, à compter du 10 juin 1998. Il a déposé, le 31 mars 1999, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à un reclassement dans une nouvelle profession, subsidiairement à l'octroi d'une rente.

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a interpellé la Dresse G. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui a observé des lésions arthrosiques cervicales, avec une probable atteinte radiculaire irritative selon C6 à droite. Elle fixait, dans son rapport du 14 août 1998, la capacité de travail à 50% dans la profession habituelle de l'assuré et à 80% dans une activité légère adaptée à son handicap. Elle craignait toutefois que l'état du patient évolue en un trouble somatoforme et doutait du succès d'une réadaptation professionnelle, l'intéressé s'étant déjà installé dans un statut d'invalidé.

Dans un rapport du 14 octobre 1998, le Dr C. _____ du Service de traitement et réadaptation de l'Hôpital [...] a posé les diagnostics de troubles somatoformes persistants, de troubles dégénératifs multiples débutants et d'hépatite probablement alcoolique dans le cadre d'une ancienne hépatite A. Il indiquait que les examens complémentaires pratiqués, à savoir un CT-scan des sacro-iliaques et lombaires et des radiographies, n'avaient permis de mettre en évidence qu'une cervicarthrose débutante, une discopathie L4-L5 et, à moindre degré, L5-S1, ainsi qu'une discrète coxarthrose bilatérale prédominant à droite. Il ne parvenait toutefois pas à déceler de substrat organique pouvant expliquer les douleurs de l'assuré, faisant également mention d'un probable éthylisme chronique et d'un état anxio-dépressif marqué, sans trouble de la personnalité, atteinte dépressive ou psychotique. Il

estimait dès lors qu'une reprise du travail à 50% était exigible, dès le 19 octobre 1998.

Le 23 mars 1999, la Dresse B._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, a diagnostiqué des rachialgies diffuses sur lésions dégénératives mineures et importante dysbalance musculaire, ainsi que des troubles somatoformes dans le cadre d'un important état anxio-dépressif. Nonobstant une prise en charge en milieu thermal, elle ne constatait pas de changement à l'examen clinique, hormis une amélioration subjective et une démarche décrite comme « quasi normale ». Elle notait que l'assuré avait tenté une reprise de son activité à 50%, avant de retomber en arrêt de travail depuis le 1^{er} février 1999, mais qu'au vu de son désir de renouveler l'expérience, elle l'estimait capable de recommencer à travailler à la demi-journée.

Au vu de ces éléments, la Dresse D._____, médecin traitant de l'assuré, a fixé, dans un rapport du 22 juin 1999, l'incapacité de travail de son patient à 100% à compter du 19 mai 1999 pour une durée indéterminée, étant d'avis qu'une reconversion professionnelle s'imposait dans une activité légère, permettant une alternance régulière des positions et sans port de charges supérieures à 10kg.

L'assuré a été examiné une seconde fois par la Dresse G._____, dont le rapport du 14 décembre 1999 posait les diagnostics principaux de cervico-brachialgies gauches selon C8, irritatives, sans atteinte électromyogramme (EMG) confirmée sur hernie discale cervicale C7-D1 paramédiane gauche, et de trouble somatoforme persistant, avec manifestations douloureuses de l'appareil locomoteur au premier plan, ainsi que les diagnostics de cervicarthrose prédominante en C4-C5 droite, de gonalgies sur syndrome fémoro-patellaire, de troubles statiques rachidiens, de coxarthrose prédominante à gauche, d'arthrose sacro-iliaque bilatérale et de status après méniscectomie du genou droit en 1995. La praticienne émettait un très mauvais pronostic sur le plan professionnel, craignant devoir « reconnaître une invalidité totale

définitive de facto chez ce patient, qui ne montre aucune motivation pour une réadaptation malgré son âge ».

Le 14 août 2000, la Dresse D._____ a écrit à l'OAI pour l'informer que son patient était de nouveau en incapacité totale de travail et que la reprise d'une activité, même légère, lui paraissait illusoire. Elle indiquait en outre qu'un avis psychiatrique complémentaire avait été demandé.

Dit avis a été rendu par le Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué, le 16 juillet 2001, un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif et anxieux mixte atypique existant depuis juin 1998, ainsi qu'une surdité partielle. Il concevait l'assuré comme un homme extrêmement pathétique dans sa souffrance corporelle, emmuré dans une surdité handicapante. Selon le psychiatre, l'incapacité de travail était totale depuis 1998 dans toute activité, aucune mesure de réadaptation professionnelle ne lui paraissant envisageable.

Sur demande de l'OAI, la Dresse G._____ a précisé, le 7 août 2001, que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire et que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations rhumatologiques, tel un poste de conciergerie, de manutention légère ou de nettoyage. Elle relevait toutefois qu'il y convenait de tenir compte également d'un possible état dépressif en relation avec le trouble douloureux, ainsi que du manque de motivation de l'intéressé et de ses nombreuses plaintes douloureuses à des endroits même éloignés des sites cervico-lombaires. Selon elle, il y avait dès lors lieu de s'attendre à une diminution de rendement pour des raisons mixtes, à savoir des atteintes dégénératives de l'appareil locomoteur, socio-culturelles et psychologiques.

L'OAI a soumis le dossier au Service médical régional (ci-après : SMR) pour appréciation. Dans un avis du 14 mars 2002, le Dr F._____ a constaté que l'assuré présentait un trouble somatoforme

douloureux persistant, mais qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique significative, ce trouble ne pouvait être considéré comme invalidant. Le médecin du SMR estimait par conséquent que seules les rachialgies chroniques avec troubles dégénératifs réduisaient la capacité de travail de 50% dans l'activité de maçon, mais que cette capacité demeurait entière dans une activité légère adaptée aux atteintes somatiques de l'intéressé.

Un examen clinique bidisciplinaire a été effectué au SMR en date du 15 octobre 2002, par les Drs P._____ et V._____, respectivement spécialistes FMH en médecine interne et rhumatologie et en psychiatrie. Dans leur rapport du 16 octobre suivant, ceux-ci ont retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, de discrets troubles dégénératifs cervico-lombaires, de discrète coxarthrose bilatérale prédominant à gauche et d'hypoacousie appareillée. Le rapport faisait état d'un assuré en excès pondéral, passif, très généreux dans la description de ses nombreuses douleurs. Les différents examens radiologiques pratiqués révélaient surtout la présence de troubles dégénératifs, ainsi qu'une discrète protrusion discale gauche, mais ne permettaient pas d'expliquer la symptomatologie alléguée, en l'absence notamment de déficit neurologique correspondant. A cet égard, les médecins du SMR relevaient la discordance majeure résultant des plaintes douloureuses massives émises par l'assuré, qui le contraignaient à une inactivité presque totale, quand bien même l'examen objectif était pratiquement normal. Ils notaient en outre que l'intéressé présentait un état dépressif et anxieux atypique, dont le suivi psychiatrique et le traitement médicamenteux avaient été interrompus, mais ne constataient pas de trouble thymique grave, ni de personnalité pathologique pouvant constituer une comorbidité au trouble somatoforme douloureux. Ils se ralliaient ainsi à l'appréciation de la Dresse G._____, en retenant une capacité de travail complète dans une activité adaptée biomécaniquement.

Dans un avis du 17 octobre 2002, le Dr F._____ du SMR a estimé que les atteintes retenues par les Drs P._____ et V._____ entraînaient une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de

manœuvre depuis le 6 juin 1998, la capacité de travail étant entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé.

Au terme d'un nouvel examen bidisciplinaire pratiqué au SMR le 8 avril 2003, les Drs P._____ et F._____ ont confirmé leurs constatations établies en octobre 2002, tant au niveau du diagnostic de trouble somatoforme douloureux que de la capacité de travail exigible, qu'ils estimaient entière dans un travail adapté aux seules atteintes somatiques.

L'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle à l'atelier X._____ du 10 février au 9 mai 2003. Le rapport de sortie du 10 juin suivant indiquait que compte tenu du rendement insignifiant, des limitations fonctionnelles et de l'abdication de l'intéressé, celui-ci ne répondait pas aux critères permettant une réintégration professionnelle rentable, ni même à une place en occupation dans un atelier protégé à vocation industrielle.

Par décision du 21 octobre 2003, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin 1999 au 31 octobre 2002, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, considérant qu'au-delà du 15 octobre 2002, date de l'examen du SMR, l'intéressé était à même d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 5 octobre 2003, faisant valoir qu'il avait été opéré en date du 27 septembre 2003 et que son état de santé s'était aggravé.

La Dresse D._____ a confirmé cette aggravation par courrier du 28 octobre 2003, signalant que son patient avait subi une intervention chirurgicale pour hernie discale L5-S1 et qu'il présentait encore une parésie du membre inférieur droit. Elle signalait en outre la persistance d'une hernie discale cervicale et d'un état anxio-dépressif majeur et réactionnel aux douleurs chroniques. Elle estimait par conséquent que

l'incapacité de travail était totale depuis le 10 juin 1998 et demandait à l'OAI se revoir sa décision.

Lors d'une consultation ambulatoire du 11 novembre 2003, la Dresse [...] du Département de neurochirurgie du [...] a constaté que les suites de l'opération connaissent un bon résultat d'un point de vue sciatique, malgré la persistance d'importantes lombalgies invalidantes et de deux hernies discales toutefois peu symptomatiques, mais qu'une reprise du travail sur un chantier paraissait très difficile.

La mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire a été confiée par l'OAI au Centre d'expertise Y. _____ et réalisée par le Dr O. _____ s'agissant du volet rhumatologique et la Dresse T. _____ pour le volet psychiatrique. Dans leur rapport du 28 février 2005, les experts ont retenus les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F 32.11, de troubles dégénératifs modérés des régions cervicale et lombaire basses et de déconditionnement, ainsi que celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de surdité bilatérale appareillée. Sur le plan physique, le Dr O. _____ indiquait que l'examen clinique était rendu difficile par l'état démonstratif des douleurs et l'attitude souvent caricaturale de l'expertisé, mais que nonobstant l'existence de deux petites hernies discales, il n'y avait pas d'argument clair en faveur d'une atteinte radiculaire, tandis que les lombalgies s'inscrivaient dans le cadre d'un syndrome lombo-vertébral sans signe d'imitation de déficit radiculaire des membres inférieurs. A défaut d'EMG des membres supérieurs montrant des signes de dénervation aiguë, le Dr O. _____ optait dès lors plutôt pour un syndrome somatoforme douloureux concomitant à des troubles dégénératifs modérés du rachis cervical bas et de la région lombaire basse, associé à un probable déconditionnement psychophysique. Il retenait donc une incapacité de travail complète dans l'activité de manœuvre, estimant que dans une activité adaptée ne comprenant ni port de charges, ni positions contraignantes pour le dos et la nuque, une capacité de travail partielle devait toutefois être possible. D'un point de vue psychiatrique, la Dresse T. _____ notait que l'assuré présentait des problèmes de concentration

et une mémoire légèrement diminuée, mais que son discours était cohérent et structuré, sans élément de la lignée psychotique. Sa thymie était triste, avec une anxiété généralisée et un sentiment d'oppression thoracique, mais sans idéation suicidaire, ni de désir passif de mort. Selon l'experte, les douleurs multiples, cliniquement très présentes, traduisaient une symptomatologie dépressive associée à un syndrome somatoforme important. Elle estimait que l'état mental actuel provoquait une limitation de la capacité de travail d'environ 50% et proposait un ajustement du traitement anti-dépresseur, tout en précisant que la chronicisation des douleurs et l'identité d'invalidé s'étant déjà bien installées, les résultats thérapeutiques à plus long terme pouvaient se révéler très moyens. D'une manière générale, les experts constataient que l'assuré se plaignait toujours de cervico-brachialgies et lombalgies constamment présentes, qui l'invalidaient subjectivement entièrement et l'entraînaient vers une vie fortement sédentaire. Ils insistaient sur la très nette discordance existant entre les plaintes alléguées et les observations cliniques, la présence de troubles dégénératifs du rachis et de petites hernies discales au niveau cervical ne permettant pas d'expliquer l'étendue des plaintes. Le pronostic était dès lors jugé très mauvais, malgré l'absence d'un handicap médical important. Selon les experts, quand bien même le système locomoteur demeurait intact, hormis les troubles dégénératifs du rachis, la capacité de travail résiduelle dans l'ancienne activité de manœuvre était subjectivement nulle, en raison de la symptomatologie douloureuse et du déconditionnement de l'assuré. Si une réadaptation professionnelle restait théoriquement envisageable dans une activité légère, sans port de charges excédant 8kg, à raison de quatre heures par jour, l'intéressé présentait un tel déconditionnement et une telle symptomatologie douloureuse qu'une réinsertion leur paraissait somme toute illusoire. Les Drs O._____ et T._____ concluaient leur rapport de la manière suivante :

« Malgré la survenue d'une hernie discale opérée en 2003 avec disparition des déficits neurologiques, il est à noter que sur le plan somatique, nous n'observons pas d'aggravation de l'état de santé par rapport à la période avant l'apparition des symptômes de cette hernie discale. Il est évident que, autant les diagnostics rhumatologique que psychiatrique limitent la capacité de travail dans l'activité lourde de manœuvre sur des chantiers, pendant qu'une activité physiquement légère nous semble adaptée et exigible actuellement pour

un taux de 50%. La réduction vient du trouble psychique sujet à une amélioration par un traitement adéquat. L'influence de l'alcool sur l'état général de l'assuré est probable, bien que celui-ci nie toute dépendance et que nous ne mettons pas encore en évidence de complication liée à l'abus d'alcool.

D'autre part, un traitement d'antidépresseur bien conduit pourrait théoriquement amener une amélioration de la thymie. Actuellement, nous apprécions la capacité de travail exigible du point de vue médical à 50%, avec possibilité d'amélioration après un traitement psychiatrique. Le déconditionnement physico-psychique et le manque de velléité de l'assuré pour reprendre une activité professionnelle, risquent bien de rendre ces réflexions médico-théoriques caduques ».

Dans un avis médical du 20 mai 2005, le Dr F. _____ du SMR a relevé que l'expertise du Centre d'expertise Y. _____ reprenait les mêmes diagnostics et observations que ceux connus jusqu'à ce jour, à l'exception de l'évaluation psychiatrique, qui faisait état d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Il en déduisait que la différence d'appréciation s'agissant de l'incapacité de travail reposait sur la gravité du trouble somatoforme douloureux et la présence d'un trouble dépressif, considérant toutefois que ce dernier ne constituait pas une comorbidité psychiatrique autonome, dans la mesure où il était réactif au trouble somatoforme douloureux et s'inscrivait dans le cadre d'un conflit asséculo-logique. Il exposait en outre que le trouble somatoforme n'avait pas de caractère invalidant à la lumière des critères de Mosimann, compte tenu de l'absence de compliance médicamenteuse et de prise en charge, de la divergence entre les douleurs annoncées et le comportement adopté par l'intéressé, des plaintes démonstratives de celui-ci laissant insensible l'examineur et de l'absence d'isolement social et de trouble de la personnalité significatif. Le médecin du SMR en concluait que la capacité de travail théorique de 50% retenue par les experts dans une activité adaptée ne pouvait être suivie, dès lors qu'elle prenait essentiellement en compte le trouble somatoforme douloureux et le trouble dépressif moyen qui lui était associé, qui n'étaient toutefois pas invalidants. Il était ainsi d'avis que la capacité de travail s'élevait à 50% dans l'activité professionnelle antérieure et à 100% dans une activité adaptée.

Par lettre du 27 juin 2005, l'OAI a informé l'assuré que la décision contestée risquait d'être revue à son détriment, dès lors que le déficit sensitivo-moteur au membre inférieur droit avait complètement

disparu après la cure de hernie discale et n'était donc pas de nature à aggraver le tableau clinique, qui restait inchangé depuis 1998, tandis que le trouble somatoforme ne pouvait être considéré comme invalidant en l'absence de comorbidité psychiatrique, de sorte qu'une capacité de travail entière devait lui être reconnue dans une activité adaptée à ses seules limitations somatiques. Il estimait donc que la rente accordée du 1^{er} juin 1999 au 31 octobre 2002 l'avait été à tort et invitait l'intéressé à retirer son opposition.

L'assuré a maintenu son opposition. Il a produit, le 17 octobre 2005, un rapport d'IRM cervicale et lombaire du 10 août précédent, signé par le Dr [...], faisant état d'une petite hernie discale paramédiane droite L5-S1, apparemment inchangée par rapport à un contrôle précédent, et de discopathies dégénératives étagées depuis L3 jusqu'à S1, sans diminution significative des diamètres du canal, ainsi que d'une cervicarthrose modérée avec protrusion médiane des disques diminuant l'environnement liquidien de la moelle épinière et de petites altérations de signal au niveau de la moelle pouvant correspondre à des signes de myélopathie compressive extrinsèque.

Dans un rapport du 8 novembre 2005, le Dr S._____, spécialiste FMH en neurologie, a constaté un discret syndrome de Claude Bernard Horner gauche avec une hypomyotrophie du premier espace interosseux dorsal gauche et des signes de dénervation aiguë révélés à l'EMG encore tout à fait nets dans le myotome C8 gauche allant de pair avec une radiculopathie C8 gauche ancienne connue. Il ne décelait en revanche aucun signe de dénervation aiguë ou chronique aux membres inférieurs dans les myotomes L5 et S1 gauches et L5 droit. Au niveau lombaire, il notait l'existence d'une petite hernie discale paramédiane droite L5-S1 légèrement luxée vers le bas, qui ne semblait pas s'exprimer à l'examen clinique.

Le 12 avril 2006, le Dr F._____, du SMR a estimé que ni le rapport d'IRM du 10 août 2005, ni le rapport du Dr S._____ n'apportaient

d'éléments nouveaux susceptibles d'admettre une aggravation objective par rapport à l'expertise du Centre d'expertise Y._____.

Par décision sur opposition du 20 juillet 2006, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré et réformé sa décision du 21 octobre 2003 en supprimant le droit à la rente, sur la base d'un degré d'invalidité de 16 pour-cent.

B. M._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal des assurances par acte du 14 septembre 2006, concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que le droit à la rente limitée n'est pas supprimé et qu'il est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité. Il se prévaut du rapport du Dr S._____ et de l'IRM du 10 août 2005 pour soutenir qu'il est inadmissible d'attribuer ses douleurs à un comportement démonstratif et caricatural, celles-ci étant, d'un point de vue strictement objectif, provoquées par les atteintes à sa santé physique, auxquelles s'ajoute un épisode dépressif moyen, attesté par la Dresse T._____. Il demande par conséquent la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Dans sa réponse du 22 novembre 2006, l'OAI conclut au rejet du recours.

Dans le cadre de la présente procédure, les Drs N._____ et D._____ ont été interpellés.

Le Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, dans un rapport du 15 novembre 2007, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F 32.11. Au terme de son examen, il décrit le recourant comme étant d'humeur triste, tenant un discours spontané exclusivement centré sur ses douleurs et son inquiétude quant à l'avenir, verbalisant son anhédonie, son aboulie et sa perte d'espoir, sans pour autant avoir d'idéation suicidaire, alors qu'il en a présenté il y a quelques mois. Le psychiatre n'observe ni signes de la lignée psychotique, ni en faveur d'une alcoolo- ou toxicodépendance

actuelle. A ses yeux, les troubles diagnostiqués ont sans conteste une valeur de maladie et sont restés permanents, avec une tendance à l'aggravation, résistant à toutes les thérapies entreprises. Cette aggravation consiste en la désinsertion sociale complète, la restriction des centres d'intérêt, la fixation exclusive sur les douleurs, et en une détresse morale accompagnée d'un fort sentiment de préjudice. Le Dr N. _____ considère par conséquent la capacité de travail comme étant nulle dans toute activité, en raison de l'incapacité de l'assuré à surmonter ses douleurs et de son déconditionnement complet, vraisemblablement depuis le mois de juin 1998, soit depuis l'apparition des douleurs. Il s'écarte ainsi des conclusions de l'expertise du Centre d'expertise Y. _____, lui reprochant d'avoir évalué la capacité de travail de manière théorique, sans tenir compte de la réalité clinique et sociale du cas. Il s'agissait selon lui déjà d'une incapacité totale de travail, comme le relevait le rapport de X. _____ du 10 juin 2003, de sorte qu'il n'est pas possible de parler d'aggravation au sens strict. Le psychiatre ajoute que la souffrance psychique a un lien évident et direct avec les douleurs, mais que l'état de chronification empêche notamment de différencier la cause de la conséquence. Il constate enfin que l'observance des rendez-vous est bonne et qu'il n'y a pas d'indice laissant supposer une mauvaise compliance au traitement et que s'il est vrai que l'intéressé manifeste ses difficultés de manière assez ostentatoire, cela constitue le seul moyen dont il dispose pour montrer à son interlocuteur l'intensité de sa détresse morale.

La Dresse D. _____ a pour sa part indiqué, dans un rapport du 2 octobre 2007, que le recourant souffre de lombalgies chroniques qui se sont aggravées durant cette dernière année, ainsi que d'importantes douleurs au niveau des hanches, dont les mouvements sont limités par un blocage de l'articulation, des épaules, et de la colonne cervicale et lombaire, qui augmentent progressivement. Elle relève que l'EMG pratiqué en 2005 a mis en évidence des signes de dénervation aiguë de la racine C8, ce qui signifie qu'il existait bien une compression nerveuse à cet endroit, permettant d'expliquer une partie des douleurs. A cela s'ajoutent une coxarthrose et un état anxiodépressif majeur. Le médecin traitant

s'oppose ainsi au rapport d'expertise du 28 février 2005, lorsqu'il décrit son patient comme une personne démonstrative ou caricaturale.

Les parties ont eu la possibilité de se déterminer. Le recourant a produit un rapport du Centre d'Imagerie [...] du 10 mars 2008, qui montre une coxarthrose bilatérale avec gros becs ostéophytaires recouvrant les têtes fémorales, des troubles statiques sous forme d'une attitude scoliotique lombaire sinistro-convexe et des discopathies L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'une lettre de la Dresse D._____, datée du 11 juin 2008, dans laquelle celle-ci confirme que la coxarthrose bilatérale était connue avant juillet 2006 et que bien que décrite alors comme débutante, elle engendrait déjà des douleurs majeures qui n'ont fait que de s'aggraver jusqu'à présent.

L'OAI a produit trois avis médicaux du Dr F._____ du SMR, datés respectivement des 16 avril 2007, 14 janvier et 16 mai 2008, dont il résulte notamment que la coxarthrose bilatérale connue avant juillet 2006 n'impliquait pas de diminution de la capacité de travail, mais pouvait justifier les limitations fonctionnelles déjà décrites en 2002, une aggravation telle qu'alléguée par la Dresse D._____ étant possible, mais postérieurement à la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 466 consid. 1). Par faits juridiquement déterminants, on entend l'état de fait fixé par une décision, en règle générale, une décision administrative (Kieser, ATSG - Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, ad art. 82 LPGA, p. 1017). En outre, le Tribunal fédéral 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).

Le cas d'espèce est, en conséquence, régi, du point de vue matériel, par les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, eu égard au fait que la décision litigieuse - qui fixe définitivement l'état de fait - date du 20 juillet 2006. En revanche, les dispositions de droit matériel de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de l'AI) ne sont pas applicables au présent litige *ratione temporis*, la décision litigieuse ayant été rendue avant son entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008.

A noter que la LPGA constitue pour l'essentiel la codification et l'uniformisation de pratiques antérieures, raison pour laquelle la jurisprudence développée avant son entrée en vigueur demeure pour l'essentiel applicable.

3. Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité du recourant et de son éventuel droit à une rente AI.

a) Selon 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.

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.

D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA). L'exigibilité est un aspect de l'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA (ATF 132 V 393 consid. 3.2).

Le taux d'invalidité est, pour ce qui est des assurés actifs, une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA ; les revenus chiffrés sont comparés et le taux d'invalidité issu de cette comparaison est exprimé en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références ; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.1). La notion d'invalidité au sens de la loi ne se confond donc pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. La tâche de ce dernier consiste à apprécier l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités ce dernier est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1).

c) Selon la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. Il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort important, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références ; TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.1). En outre, l'âge de l'assuré, à l'instar du défaut de qualifications professionnelles et du manque de connaissances linguistiques, n'est pas un facteur lié à l'invalidité, de sorte que l'on ne doit pas en tenir compte dans l'évaluation de celle-ci (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2).

d) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant

à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2).

4. a) En l'espèce, sur le plan somatique, tous les médecins ayant examiné le recourant avant la décision attaquée estiment que ses troubles l'empêchent de travailler à temps complet dans son ancienne activité de manœuvre.

Leurs diagnostics concordent. En effet, le 14 août 1998, la Dresse G._____ a observé des lésions arthrosiques cervicales, avec une probable atteinte radiculaire irritative C6 droite. Le 14 octobre suivant, le Dr C._____ a quant à lui constaté des troubles dégénératifs multiples débutants. La Dresse G._____ a posé, le 14 décembre 1999, les diagnostics de cervico-brachialgies gauches C8, irritatives sans atteinte EMG confirmée sur hernie discale cervicale C7-D1 paramédiane gauche, ainsi que de cervicarthrose prédominante en C4-C5 droite, de gonalgies

sur syndrome fémoro-patellaire, de troubles statiques rachidiens, de coxarthrose prédominante à gauche, d'arthrose sacro-iliaque bilatérale et de status après méniscectomie du genou droit en 1995. La Dresse G._____ a ensuite indiqué, le 7 août 2001, que l'état de santé de l'assuré était stationnaire sur le plan rhumatologique et devrait lui permettre d'exercer une profession légère théoriquement à plein temps, nonobstant son manque de motivation et ses nombreuses plaintes douloureuses à des endroits même éloignés des sites cervico-lombaires. Dans un rapport établi suite à un examen clinique bidisciplinaire ayant eu lieu le 15 octobre 2002, les Drs P._____ et V._____ du SMR ont diagnostiqué de discrets troubles dégénératifs cervico-lombaires et une discrète coxarthrose bilatérale prédominant à gauche. Quant aux experts du Centre d'expertise Y._____, ils ont retenu le diagnostic de troubles dégénératifs modérés des régions cervicale et lombaire basses.

Excepté la Dresse D._____, tous les médecins constatent une discordance entre les douleurs décrites par le recourant et les constatations médicales objectives.

Les Drs G._____, C._____ et B._____, ainsi que le Dr F._____ retiennent une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de manœuvre. Le Dr P._____ ne se prononce pas. La Dresse D._____ retient quant à elle, dans son rapport du 28 octobre 2003, une incapacité de travail complète dans toute profession, mais tient compte dans son appréciation de l'ensemble des troubles de son patient, y compris les troubles psychiques. Enfin, l'expert O._____ retient une incapacité de travail complète dans la profession de manœuvre et de 50% dans une activité adaptée, mais prend également les troubles psychiques en considération. La majorité des médecins précités estiment donc que les troubles strictement somatiques n'entraînent pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

On constate en particulier que la coxarthrose a été diagnostiquée en 1999, mais qu'elle n'a pas été considérée, par la

majorité des spécialistes consultés, comme provoquant des douleurs d'une intensité telle qu'indiquée par l'assuré.

Quant à l'aggravation des troubles somatiques du recourant, la Dresse D._____ mentionne, dans son rapport du 2 octobre 2007, qu'elle est intervenue fin 2006-début 2007, soit après la décision attaquée du 20 juillet 2006.

Il y a lieu de retenir en conséquence une pleine capacité de travail sur le plan somatique, dans une activité adaptée.

b) Sur le plan psychiatrique, les diagnostics diffèrent. Le Dr R._____ a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis juin 1998 et un trouble dépressif et anxieux mixte atypique (cf. rapport du 16 juillet 2001) ; le Dr V._____ un trouble somatoforme douloureux. Ce dernier mentionne, dans son rapport du 15 octobre 2002, que le recourant présente un état de base tendu et anxieux, en rapport avec la persistance de son tableau douloureux et ses difficultés existentielles, liées à son arrêt de travail prolongé. Il ne relève toutefois pas de trouble thymique grave, ni de personnalité pathologique constitutifs d'une comorbidité au trouble somatoforme douloureux. L'expert T._____ a retenu le diagnostic d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, ce que le Dr N._____ a confirmé (cf. rapports des 28 février 2005 et 15 novembre 2007). Cette affection étant répertoriée sous chiffre F32.11 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10, éd. 2008) de l'Organisation Mondiale de la Santé, ces médecins énoncent un diagnostic issu d'une classification reconnue.

Selon la CIM-10, dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On

observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido.

Dans le cas présent, la Dresse T._____ a observé que l'assuré présentait des problèmes de concentration, une mémoire légèrement diminuée, de la tristesse avec une anxiété généralisée et un sentiment d'oppression thoracique, ainsi qu'une légère diminution de l'appétit, avec perte de goût de la nourriture. Elle a également constaté le maintien du poids corporel, l'absence de difficulté d'endormissement, des réveils nocturnes fréquents en raison des douleurs et du sifflement d'oreilles lors de l'endormissement, une hypersomnie avec environ dix heures de sommeil par nuit, une sieste de deux à trois heures dans la journée, une anhédonie, une perte d'intérêt pour la vie et une diminution de la libido. De même, le Dr N._____ mentionne que l'humeur est triste, et qu'à l'interrogatoire, le patient verbalise son anhédonie, son aboulie et sa perte d'espoir. La Dresse T._____ énumère ainsi de multiples traits caractéristiques de la dépression. Elle indique en outre que les douleurs non expliquées par les relevés cliniques sont à voir dans le cadre de ce trouble psychique et que cette symptomatologie dépressive limite fortement l'intéressé pour surmonter ses douleurs. Ce diagnostic ne saurait être mis en doute par l'avis du Dr R._____, lequel est peu documenté, ni par celui du Dr V._____, qui se limite à mentionner une thymie légèrement dépressive et le fait que le recourant ne se plaint pas de trouble de l'attention ou de la concentration. Ces rapports ne sauraient dès lors être décisifs. Il y a ainsi lieu de retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique.

Les experts du Centre d'expertise Y._____ se déterminent en outre sur le degré de l'affection. Sur le plan clinique, leur diagnostic est fondé sur les plaintes subjectives de l'assuré et sur leur propre examen. Enfin, ils procèdent à l'évaluation de la capacité de travail adaptée au trouble précité. En effet, ils estiment celle-ci à 50% sur le plan objectif, en tenant compte ainsi d'une exagération du recourant quant à l'intensité de ses douleurs, ce qu'ont d'ailleurs constaté la majorité des médecins qui l'ont examiné. Sous l'angle psychiatrique, le rapport d'expertise contient ainsi suffisamment d'éléments permettant de se convaincre qu'à l'époque des faits déterminants, la mise à profit de la capacité de travail était raisonnablement exigible à 50% dans une activité adaptée. En outre, le rapport se fonde sur des examens médicaux complets et prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et non contradictoires et les conclusions sont dûment motivées. Enfin, l'appréciation du Dr N._____, qui estime l'incapacité de travail entière, est insuffisamment étayée, de sorte qu'elle ne saurait l'emporter sur les conclusions des experts.

c) Il convient dès lors de retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à compter du mois de juin 1998. C'est en effet dès cette date que le recourant a été en incapacité de travail de façon durable, comme le retient le Dr F._____ dans son rapport du 17 octobre 2002, ce qui correspond au surplus aux indications données par l'employeur.

Le dossier étant complet il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise comme le demande le recourant, dont la requête doit ainsi être rejetée.

5. S'agissant du calcul économique, il y a lieu de procéder par comparaison des revenus (art. 16 LPGA ; cf. supra, consid. 2b).

a) Revenu sans invalidité

Selon la jurisprudence, bien qu'il soit hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Ainsi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 8C_641/2008 du 14 avril 2009, consid. 7.1). Il est vrai que certaines circonstances peuvent toutefois justifier qu'on s'en écarte. Il n'est ainsi pas admissible de se baser sur le dernier salaire lorsque celui-ci ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles.

Selon son employeur, le recourant aurait touché un salaire horaire de 23 fr. 35, sur la base de la convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (ci-après : CN), dans sa version en vigueur en 1999 (année d'ouverture du droit à la rente ; cf. art. 29 LAI). S'agissant de la durée annuelle de travail, dite convention prévoit, à son art. 24, ce qui suit :

« ¹ La durée annuelle du travail est le temps de travail brut qui doit être effectué durant une année civile, pendant lequel le travailleur doit effectuer sa prestation de travail et avant déduction des heures qui ne doivent, en général, pas être effectuées tels que les jours fériés payés et celles qui, de manière individuelle, ne doivent pas être effectuées, tels que vacances, maladie, accident, jours de service de protection civile, etc.

Le total des heures annuelles de travail déterminant est le suivant :

- a) dans les grandes villes et leur agglomération pour 1998 et 1999 chaque fois 2112 heures (365 jours : 7 = 52,14 semaines x 40,5 heures) ;
- b) dans les « autres régions » :
 - 1. pour 1998 : 2125 heures (365 jours : 7 = 52,14 semaines x 40,75 heures) et
 - 2. pour 1999 : 2112 heures (365 jours : 7 = 52,14 semaines x 40,5 heures) ».

Le recourant recevait en outre un 13^{ème} salaire, à hauteur de 8,3% du salaire annuel (art. 50 CN). Ses revenus en 1999 se seraient ainsi élevés à 53'408 fr. 35 ([2'112 fr. x 23 fr. 35 = 49'315 fr. 20] + [49'315 fr. 20 x 8,3% = 4'093 fr. 16]).

b) Revenu avec invalidité

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalidité doit être déterminé selon les données statistiques. Il convient donc de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_625/2008 du 26 février 2009, consid. 3.2.1). Cela permet aussi de prendre en compte les données d'un marché équilibré du travail, l'assuré devant mettre à profit toute sa capacité résiduelle de travail objective dans le cadre de son obligation de diminuer le dommage.

Pour évaluer l'invalidité, il convient de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En outre, pour effectuer la comparaison des revenus, il y a lieu, selon la jurisprudence, de se placer, au moment du début du droit éventuel à la rente, donc dans la plupart des cas à l'échéance du délai d'attente d'une année (cf. art. 29 LAI ; ATF 129 V 222 ; TF 8C_288/2008 du 26 novembre 2008, consid. 3.5). Dans la mesure où, in casu, l'intéressé a présenté une incapacité de travail durable depuis le mois de juin 1998, il convient d'arrêter ici l'année de référence à 1999.

En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 1998, 4'268 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 1998, TA1; niveau de qualification 4), ce qui correspond, après indexation (+ 0,3%), à un montant de 4'280 fr. 80 en 1999.

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 1999 (41,8 heures; cf. La vie économique 12/2006, tableau B 9.2.), ce montant doit être porté à 4'473 fr. 44, ce qui donne un salaire annuel de 53'681 fr. 23.

Compte tenu de la capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée, le revenu d'invalidé doit être réduit en proportion pour atteindre un montant annuel de 26'840 fr. 62.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieur à 25% (ATF 134 V 322 consid. 5.2).

Dans le cas présent, un abattement de 15% paraît approprié, dès lors qu'il prend en compte le handicap du recourant, son âge et ses circonstances personnelles. Le revenu annuel avec invalidité s'élève par conséquent à 22'815 francs.

c) Comparé au revenu sans invalidité de la même période, il donne un taux d'invalidité de 57,28%, arrondi à 57% (ATF 130 V 121), qui se calcule comme suit:

$$\frac{(53'408 \text{ fr.} - 22'815 \text{ fr.}) \times 100}{53'408 \text{ fr.}}$$

Ce taux, supérieur à 50%, ouvre droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 1999 (cf. art. 28 al. 1 et 29 LAI).

6. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 1999.

7. a) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires in casu (art. 52 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 juillet 2006 est réformée en ce sens que M. _____ est mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 1999.
- III.** L'OAI versera à M. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Minh Son Nguyen (pour M. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :