

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 septembre 2010

Présidence de M. DIND
Juges : MM. Bonard et Pittet
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

Z. _____, à Chavannes-sur-Renens, recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat auprès de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne

et

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

Art. 4, 28 LAI

E n f a i t :

A. Z. _____ (ci-après : l'assuré), de nationalité portugaise, né en 1955, au bénéfice d'un permis C depuis 1989, a travaillé en qualité de serrurier-soudeur pour la société J. _____ du 7 février 2000 au 30 juin 2003. Le 7 janvier 2004, il a déposé une demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI).

Un rapport médical établi le 5 février 2004 par le Dr T. _____, spécialiste FMH en médecine générale, indique comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré des douleurs épigastriques d'origine indéterminée existant depuis 2002. L'assuré, qui présente également une hypercholestérolémie et une hypertension artérielle modérée, est en incapacité totale de travail depuis le 20 décembre 2002. Au rapport du Dr T. _____ étaient joints deux avis médicaux. Le premier, daté du 3 février 2003, établi par le Dr L. _____, spécialiste FMH en médecine interne et gastroentérologie, indique comme diagnostics endoscopiques : un glissement herniaire avec reflux et une gastromégalie avec parésies et rétentions alimentaires; le second, daté du 14 mars 2003 et établi par le Dr Q. _____, spécialiste FMH en radiologie, relève notamment que les structures hépato-biliaires sont dans les limites de la norme et qu'il n'y a pas d'élément IRM en faveur d'une pancréatite ou d'un processus expansif.

En date du 22 mars 2004, le Dr L. _____ mentionne comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré une gastrite avec lenteur de vidange existant de puis le 3 février 2003, des parésies, une diverticulose modérée du sigmoïde, une dyspepsie et une suspicion non confirmée de pancréatopathie par scanner, existant depuis environ 2000. Ce spécialiste relève que, pour les diagnostics évoqués, il n'y a pas d'incapacité de travail, à moins que le Dr T. _____, médecin traitant, ait déterminé d'autres pathologies.

Dans le questionnaire pour l'employeur, daté du 27 avril 2004, J._____ indique avoir résilié le contrat de travail de l'assuré en raison d'une longue absence de l'intéressé pour cause de maladie. Depuis 2001, l'assuré travaillait 5 jours par semaine, à raison de 8,55 heures par jour pour un salaire horaire de 26 fr., lequel comprend la part au 13^{ème} salaire et correspond au rendement de l'assuré.

Par décision du 14 juin 2004, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assuré, en considérant que, selon les investigations médicales en sa possession, celui-ci ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. L'OAI relève que les gastralgies dont l'assuré se plaint ont été investiguées par un spécialiste, sont banales et ne nécessitent pas d'incapacité de travail de longue durée.

Par écriture du 1^{er} juillet 2004, l'assuré a formé opposition à la décision du 14 juin précédent, contestant que les gastralgies qu'il présente sont banales et n'entraînent pas d'incapacité de travail de longue durée. Il a également fait valoir des problèmes de genou. L'assuré a joint une copie du certificat médical établi le 11 juin 2004 par le Dr T._____ qui atteste d'une totale incapacité de travail depuis le 20 décembre 2002 de façon continue.

Un rapport médical établi le 23 novembre 2004 par les Drs H._____ et F._____, respectivement médecin adjoint et médecin associé à l'Hôpital orthopédique N._____, relève notamment que l'assuré présente une gonarthrose du genou droit, varisante, qui prédomine au niveau du compartiment interne. Les capacités fonctionnelles sont toutefois bien préservées, que l'on se base sur les dires du patient ou sur l'examen objectif clinique.

Dans un rapport médical du 26 janvier 2004, les Drs W._____ et S._____, respectivement chef de clinique adjointe et médecin assistant à la Polyclinique médicale [...], indiquent comme diagnostics des épigastalgies d'origine indéterminée, une oesophagite de reflux stade I, une obésité de stade I, une hypertension artérielle traitée, une stéatose

hépatique, un tabagisme chronique et des micro-nodules d'origine indéterminée sur la plage pulmonaire gauche.

Le 11 avril 2005, le Dr T._____ a indiqué à l'OAI qu'il confirmait avoir pratiqué des radiographies de la colonne dorsolombaire de l'assuré qui montrent une spondylose lombaire droite importante.

Dans un rapport médical du 12 mai 2005, le Dr F._____ indique que les limitations de l'assuré relatives à la pathologie du genou sont les travaux contraignants pour les genoux (accroupi, à genoux, escaliers, échelles) et le port de charges lourdes. Il indique que la capacité de travail de l'assuré par rapport à cette pathologie est de 100 % dans une activité adaptée.

Dans un rapport médical du 18 avril 2006, les Drs G._____ et K._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant à la Policlinique médicale [...], indiquent comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : une maladie thromboembolique pulmonaire chronique sous anticoagulation, un syndrome d'apnée du sommeil, actuellement appareillé, des épigastralgies chroniques avec oesophagite de reflux de stade I, une spondylarthrose lombaire, une gonarthrose bilatérale à prédominance droite, une obésité de type I avec un BMI à 33 kg/m², des céphalées chroniques plurifactorielles (syndrome d'apnée du sommeil, status après neuronite vestibulaire en juin 2005 associé à des vertiges occasionnels séquellaires, tensionnelles). L'assuré est régulièrement suivi dans cet établissement depuis fin juillet 2005. Selon les informations qu'il a données, il serait en arrêt total de travail depuis l'âge de 48 ans; formellement il est en arrêt de travail à 100 % depuis le 1^{er} octobre 2005, apparemment auparavant effectué auprès du Dr T._____. Selon ces praticiens, des mesures médicales et des mesures professionnelles sont indiquées. Dans l'anamnèse, ils relèvent qu'il s'agit d'un patient aux multiples comorbidités, notamment pulmonaires, avec le diagnostic récent d'une maladie thromboembolique chronique nécessitant une anticoagulation "full dose" à long terme et un syndrome d'apnée du sommeil pour lequel il utilise actuellement un appareillage, responsable

d'une dyspnée péjorée par une obésité et un tabagisme toujours actif. Un diabète de type 2 a également été récemment diagnostiqué, actuellement sous antidiabétiques oraux et une hypercholestérolémie rentrant dans le cadre d'un syndrome métabolique avec, en plus de l'obésité précitée, une hypertension artérielle. L'assuré se plaint également d'épigastalgies chroniques multi-investiguées, stables depuis de nombreuses années mais très invalidantes, pour lesquelles une oesophagite avait été diagnostiquée en 2003. Il signale encore des céphalées chroniques d'origine probablement plurifactorielles acutisées suite à un épisode de neurite vestibulaire en juin 2005 ayant nécessité une hospitalisation et compliqué de sensations vertigineuses occasionnelles. Enfin, il présente une polyarthrose, principalement au niveau des genoux à prédominance droite et de la colonne lombaire lui occasionnant des gonalgies et des lombalgies, invalidations qui l'empêchent de rester dans la même position plus de 20 minutes. Au vu de la liste des comorbidités et, selon les dires de l'assuré, d'un arrêt de travail à 100 % depuis plus de 3 ans, même si les différentes maladies sont actuellement en cours de traitement, la reprise d'une activité professionnelle paraît difficile. Ils estiment que l'activité exercée par l'assuré jusqu'alors n'est plus exigible, qu'une diminution de rendement est difficile à déterminer mais probablement importante; selon eux, l'exercice d'une autre activité professionnelle est exigible. A cet égard, ils indiquent que l'assuré a les capacités fonctionnelles de rester en position assise 2 à 3 heures par jour, en position debout 5 à 6 heures par jour, de garder la même position durant 20 minutes au maximum, d'alterner les positions assis/debout et assis/debout/marche, d'incliner le buste, de parcourir à pied 1'000 mètres au maximum par jour, d'utiliser les 2 bras, de lever, de porter ou de déplacer des charges n'excédant pas 10 kg et de bouger des membres ou le dos occasionnellement. L'assuré n'est pas en mesure de se mettre à genoux, de s'accroupir, de se baisser, de travailler en hauteur et sur une échelle ainsi que d'effectuer des déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Son fonctionnement intellectuel est considéré comme normal et son comportement acceptable pour l'entourage. La motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel est partielle et l'absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou au traitement médical de moyen à important.

Dans un avis médical du 6 juillet 2006, le Dr M. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), relevant les diverses pathologies présentées par l'assuré selon les rapports médicaux en sa possession, préconise la mise en œuvre d'une expertise, à confier au Dr C. _____, spécialiste FMH en médecine interne.

Dans l'expertise du 25 octobre 2006, le Dr C. _____ retient comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré une gonarthrose varisante droite et des lombalgies chroniques non spécifiques; ces deux pathologies existent depuis 2004. Au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert indique :

- maladie thrombo-embolique pulmonaire;
- syndrome des apnées du sommeil;
- diabète de type II;
- hypercholestérolémie;
- hypertension artérielle traitée;
- oesophagite de reflux de stade I.

Dans l'appréciation du cas, l'expert relève notamment ce qui suit :

" M. Z. _____, d'origine portugaise, divorcé, âgé de 51 ans, a interrompu son activité professionnelle de serrurier-soudeur en construction métallique le 20.12.2002. Initialement, l'incapacité de travail à 100 % était le fait d'épigastralgies restées d'ailleurs d'origine peu claire ou les multiples investigations tout au long de l'année 2003 sont restées vaines. Il était conclu à une oesophagite de reflux de stade I comme seul diagnostic positif, ne permettant toutefois pas d'expliquer l'importance de la symptomatologie et ses répercussions sur la capacité de travail. Actuellement, soit près de 4 ans après le début de la symptomatologie, force est de reconnaître que le diagnostic n'est toujours pas posé avec l'avantage actuel de pouvoir disposer de suffisamment de recul pour estimer qu'il n'existe pas de support organique raisonnable à la compréhension de ces troubles digestifs.

Ainsi, l'incapacité de travail de fin décembre 2002 à octobre 2004 ne reçoit pas de justification médicale.

La prise en charge médicale au cours de l'année 2002 et 2003 a toutefois permis d'identifier un syndrome métabolique constitué d'une obésité, d'une dyslipidémie, d'une hypertension artérielle qui sera traitée et finalement, d'un diabète de type II traité à partir de 2005. Celui-ci n'est pas assorti de complication macro et micro vasculaire significative. Il n'y a, à ce jour, pas de limitation fonctionnelle qui découle du syndrome métabolique et en particulier du diabète.

Dans les suites d'une décision de refus de rente de l'AI en juillet 2004, M. Z._____ annonce qu'il souffre, en sus, de gonalgies. L'anamnèse fait état d'une arthroscopie en 1988 avec possible résection méniscale interne. Le cas avait été pris en charge par l'assureur accident sans notion de dommage permanent. En fait, l'anamnèse est contradictoire avec la notion de gonalgies chroniques. Ce qui est certain néanmoins, c'est qu'il n'y a pas eu de prise en charge de ce problème de genou (bilatérale ou unilatéral ?) avant octobre 2004. C'est en effet le 01.10.2004 qu'est effectué, semble-t-il pour la 1^{ère} fois, des radios du genou droit, complétées le 18.11.2004, à l'occasion d'une consultation chez le Dr H._____, lequel considère que cette gonarthrose varisante du genou droit n'est pas assorti de limitation significative des capacités fonctionnelles (marche à plat de 4 heures et examen clinique objectif satisfaisant).

Après cette visite unique chez le Dr H._____, il n'y a plus eu de traitement et ce, malgré les plaintes douloureuses et fonctionnelles considérables.

A l'examen de ce jour, M. Z._____ annonce des douleurs permanentes cotées entre 8 et 9/10, une incapacité de marcher plus de 50 mètres avec des blocages intermittents et une incapacité à s'accroupir.

L'examen clinique actuel ne permet pas de reconnaître une bonne corrélation entre les plaintes et les constatations objectives. Il existe bien un signe du rabot mais la mobilité paraît encore conservée sans signe d'amyotrophie, sans laxité, sans épanchement. Cette discrépance entre les plaintes douloureuses (lesquelles suggèrent une affection inflammatoire sévère) et la pauvreté des constatations, laisse supposer une claire amplification des symptômes. L'examen clinique lors de l'expertise était par ailleurs entaché d'incongruences, de lâchages antalgiques et de limitations fonctionnelles inconstantes, laissant l'expert perplexe. Toutefois, il existe indéniablement une gonarthrose varisante débutante à modérée avec un status après vraisemblable méniscectomie interne permettant de concevoir et d'accepter un certain substrat organique aux plaintes émises. Ces gonalgies droites représentent ainsi, probablement des limitations fonctionnelles dans une activité requérant le port de charge.

Actuellement, l'affection à l'origine des plaintes principales semble être liée à une affection dorsolombaire. Celle-ci apparaît dans le dossier en avril 2005. Les premières radios du dos ont été effectuées le 23.02.2005, mettant en évidence des troubles dégénératifs non spécifiques avec un possible DISH dorsal, expliquant ainsi une raideur dorsale à l'examen de ce jour. Il n'est pas fait état de syndrome radiculaire et l'examen neurologique des membres inférieurs ne suggère pas une radiculopathie ou une atteinte plexulaire.

A ce jour, aucun traitement n'a été destiné au dos et ce, malgré l'importance des plaintes. En revanche, l'examen clinique permet de reconnaître les troubles statiques avec une raideur dorsale non douloureuse, un syndrome segmentaire à la jonction dorso-lombaire ainsi que des limitations fonctionnelles significatives à la mobilisation du tronc. A cet égard, un traitement physique pourrait améliorer la symptomatologie algique par le développement de la ceinture abdomino-fessière et la libération des contractures lombosacrées.

Durant l'été 2005, alors que M. Z. _____ est suivi à la Polyclinique Médicale [...], il est diagnostiqué une neuronite vestibulaire, puis une maladie thrombo-embolique pulmonaire justifiant une anticoagulation orale, probablement de longue durée. Il n'est pas fait état d'événement thrombotique ou d'anomalie de la crase. En plus, un scanner thoraco abdominal à la recherche d'une éventuelle néoplasie se révèle sans lésion en janvier 2006.

Par ailleurs, un syndrome des apnées du sommeil est traité par CIPAP avec actuellement un score d'Epworth à 11. Nous ne connaissons pas les index d'apnée hypopnée actuels mais il n'existe pas d'hypersomnolence diurne significative.

Enfin, le tabagisme chronique est vraisemblablement à l'origine d'une bronchite chronique sans toutefois de retentissement significatif, par exemple sous la forme d'un syndrome obstructif.

En raison de ces diverses pathologies pulmonaires, il n'est pas retenu de limitation fonctionnelle significative, la dyspnée difficile à estimer étant vraisemblablement davantage en rapport avec l'obésité et le syndrome de déconditionnement présenté par M. Z. _____.

Finalement, il apparaît que c'est essentiellement les affections liées à l'atteinte de l'appareil locomoteur, et en particulier le genou droit et les dorso-lombalgies chroniques, qu'il existe des limitations fonctionnelles dans l'activité de serrurier-soudeur impliquant le port de charge.

Cela étant, il est permis de penser qu'une activité professionnelle appropriée, c'est à dire au port de charge limité, sans utilisation d'échelle, est toujours exigible. En effet, pour les raisons explicitées ci-dessus, les plaintes exprimées ne sont que partiellement corroborées par un support organique convainquant. Il existe par ailleurs, chez cet assuré qui a vraisemblablement tiré un trait sur toute activité professionnelle, une limitation de ses motivations à retrouver un emploi adapté. Il est vraisemblable que nous soyons en présence d'un processus d'invalidation plus ou moins irréversible et non estimable, sortant clairement du champ d'appréciation médicale."

L'expert précise que les affections de l'appareil locomoteur sous la forme d'une atteinte arthrosique du genou droit et de l'atteinte dégénérative dorso-lombaire limitent les activités professionnelles requérant le port de charge répété à plus de 10 à 15 kg, les déplacements fréquents en terrain accidenté ainsi que l'utilisation des échelles; l'arthrose du genou n'est en outre pas compatible avec les travaux en zone basse nécessitant de fréquents accroupissements et relèvements. Dans ces conditions, l'activité de serrurier-soudeur est fortement compromise, la capacité résiduelle de travail de l'assuré ne dépassant pas 20 % dans cette activité, depuis le 1^{er} octobre 2004, date de la mise en évidence d'une gonarthrose significative. L'expert estime que des mesures de reclassement sont, théoriquement et du point de vue strictement médical, possibles et est d'avis que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle

adaptée aux limitations fonctionnelles ci-dessus décrites. Il ne signale aucune limitation au plan psychique, mental ou social.

Dans un avis médical du 4 décembre 2006, la Dresse X._____ du SMR fait siennes les conclusions de l'expertise, en ce sens que la capacité de travail de l'assuré est nulle dans l'activité de serrurier-soudeur depuis le 1^{er} octobre 2004 et de 100 % dans une activité adaptée depuis toujours.

Selon l'attestation de la société J._____ du 3 janvier 2007, en 2005 l'assuré aurait touché un salaire horaire brut de 26 fr., comprenant la part au treizième salaire, étant précisé que l'horaire hebdomadaire de l'entreprise est de 42,75 heures par semaine.

Il ressort d'un rapport établi le 8 janvier 2007 par la Dresse [...], médecin assistante à la Policlinique médicale, que l'assuré présente une protéinurie d'ordre néphrotique sur glomérulo-sclérose segmentaire et focale, un syndrome métabolique avec hypertension artérielle, un diabète de type 2, une obésité modérée de classe I et une hypercholestérolémie traitée, une maladie thromboembolique chronique anticoagulée jusqu'en septembre 2006, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, une spondylarthrose des lombaires et une gonarthrose bilatérale à prédominance droite. L'état de l'assuré est stationnaire et il demeure capable d'exercer de façon régulière des travaux légers. Il faut toutefois proscrire le travail posté, les flexions répétées, le port et le levage de charges, et permettre l'alternance des postures de travail. L'ancienne activité professionnelle ne peut plus être exercée à plein temps en raison des co-morbidités et de l'arrêt de travail depuis plus de trois ans. Un travail adapté à temps partiel est possible.

Par décision sur opposition du 19 mars 2007, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision de refus de rente. Se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr C._____, il a considéré que, si la capacité de travail résiduelle de l'assuré était considérablement réduite dans son activité de serrurier-soudeur en raison

de son état de santé, elle demeurait toutefois pleine et entière dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour déterminer le degré d'invalidité de l'assuré résultant de cette situation, l'OAI a comparé les revenus avec et sans invalidité. Il s'est fondé sur les données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique pour déterminer le revenu que l'assuré aurait perçu en 2005, motif étant pris que l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle; comme salaire de référence, il a pris celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit 4'588 fr. par mois en 2004. Après adaptation à la durée hebdomadaire moyenne de travail et à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 et abattement de 10 % pour tenir compte des empêchements propres à la personne de l'assuré, le revenu annuel d'invalidité s'élève à 52'047 fr. 74; le revenu sans invalidité, soit celui que l'assuré aurait perçu chez son ancien employeur en 2005 s'élevant pour sa part à 57'753 fr. 55, le degré d'invalidité est de 10 % ($[57'753 \text{ fr. } 55 \div 52'047 \text{ fr. } 74] : 57'753 \text{ fr. } 55$).

B. Par acte daté du 27 avril 2007, Z._____ a recouru contre cette décision concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée. Subsidiairement, il conclut à l'annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction.

Le 17 juillet 2007, par l'intermédiaire de Me Gilles-Antoine Hofstetter de l'Association suisse des assurés, le recourant a confirmé ses conclusions et requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par écriture du 8 novembre 2007, Me Anne Cherpillod, avocate à Lausanne, a informé le tribunal qu'elle acceptait sa désignation en qualité de conseil d'office du recourant. Elle a confirmé la requête d'expertise déposée par son confrère le 17 juillet précédent et annoncé le dépôt de rapports médicaux.

Le 3 décembre 2007, l'OAI a indiqué partager l'avis du conseil du recourant quant à la suite à donner à la procédure de recours et rester dans l'attente des rapports médicaux annoncés par Me Cherpillod.

Par écriture du 8 avril 2008, le conseil du recourant a indiqué avoir renoncé à entreprendre les démarches dans le but d'obtenir de tous les médecins traitants du recourant des certificats médicaux. Faisant valoir que seule une expertise disciplinaire permettrait d'établir l'invalidité dont souffre son mandant depuis plusieurs années, Me Cherpillod a réitéré la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire précédemment requise.

Le 30 septembre 2008, l'OAI a indiqué qu'il considérait que la décision querellée se fondait sur une instruction médicale complète, notamment une expertise en médecine interne. Retenant en outre que les rapports médicaux annoncés par le recourant le 8 novembre 2007 n'avaient pas été versés au dossier, il a préavisé pour le rejet de la requête d'expertise ainsi que pour le rejet du recours.

Le 5 août 2009, Me Philippe Graf de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés a informé la Cour de céans qu'il avait été approché par le recourant et a requis la mise à disposition du dossier de la cause.

Le 19 janvier 2010, Me Graf a déposé un complément au recours. Il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire et à l'annulation de la décision entreprise, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des conclusions de dite expertise. Il a en outre produit les pièces suivantes :

- un rapport médical établi le 5 octobre 2009 par le Dr???._____, spécialiste FMH en médecine interne et en pneumologie, dont il résulte que l'assuré présente un syndrome mixte obstructif et restrictif de degré sévère sur bronchopneumathie obstructive chronique et obésité, un syndrome d'apnées du sommeil de degré sévère appareillé par CPAP et un status post embolie pulmonaire en 2005. Ce spécialiste indique que

l'assuré a cessé tout tabagisme il y a quatre mois et que, sur le plan professionnel, il ne lui semble pas envisageable qu'il effectue un travail de force au vu de son syndrome obstructif sévère et de l'hypoxémie qu'en découle.

- un rapport médical établi le 1^{er} décembre 2009 par le Dr O._____, chef de clinique à la Policlinique médicale [...]. Ce spécialiste expose qu'il ne peut en aucune manière contester le rapport d'expertise établi le 25 octobre 2010 par le Dr C._____, en soulignant que, selon le dossier médical, dit rapport semble bien refléter la situation médicale de ce patient à ce moment précis. Il note toutefois que la répétition de certains examens a mis en évidence de nouvelles pathologies qui ne peuvent être négligées, en particulier le diagnostic en mars 2009 d'un syndrome mixte obstructif et restrictif de degré sévère sur tabagisme (stoppé en mai 2009) et obésité). Cette pathologie pulmonaire chronique limite l'assuré dans sa capacité à fournir un effort et peut, en cas de décompensation, représenter une gêne même au repos. Le Dr O._____ précise en outre que l'assuré est actuellement suivi à l'hôpital orthopédique pour une coxarthrose bilatérale symptomatique, pour laquelle une prothèse totale de hanche est envisagée, tout d'abord à droite et dans un deuxième temps à gauche; il présente toujours d'importantes lombalgies sur troubles dégénératifs qui le handicapent beaucoup dans sa vie quotidienne, le moindre mouvement étant douloureux. Ainsi, l'assuré ne peut soulever de charges supérieures à 2-3 kg, marcher plus de 20 minutes (d'un pas tranquille, sur terrain plat) ou faire son ménage sans ressentir d'importantes douleurs. Ces lombalgies sont soulagées par la position assise, mais reprennent s'il ne peut pas changer de position sur son siège toutes les 10 minutes environ. Le Dr O._____ en conclut que la capacité de travail de l'assuré étant limitée tant par ses problèmes orthopédiques que pneumologiques, sa capacité de travail en tant que serrurier-soudeur semble actuellement de l'ordre de 0 %.

- un rapport médical établi le 20 décembre 2009 par le Dr R._____, chef de clinique du Service de néphrologie du D._____, dont il ressort que l'assuré présente une glomérulosclérose segmentaire et focale,

possiblement secondaire à l'obésité ou à une néphropathie vasculaire dans le cadre de l'hypertension artérielle. Le Dr R. _____ précise, qu'en l'absence d'insuffisance rénale, il n'y a aucune contre-indication, sur le plan néphrologique, à une activité professionnelle adaptée à plein temps.

Le 12 février 2010, le conseil du recourant a produit une copie du rapport établi le 4 février 2009 (recte : 2010) par le Dr V. _____, chef de clinique du département de l'appareil locomoteur du D. _____. Il ressort de celui-ci que ce spécialiste suit l'assuré depuis le mois de novembre 2007. En raison d'une gonarthrose tricompartmentale varisante du genou droit, il a bénéficié le 17 mars 2008 d'une prothèse totale du genou droit, dont l'évolution est tout à fait favorable avec un genou quasi sans douleur et une mobilité physiologique. Lors du contrôle du 26 octobre 2010, l'assuré s'est plaint d'une coxodynne bilatérale prédominante à droite, avec comme diagnostic retenu une coxarthrose symptomatique à droite et l'indication à la mise en place d'une prothèse totale de hanche, qui devra se faire durant l'année 2010. Le Dr V. _____ indique qu'il est difficile de se prononcer quant aux capacités fonctionnelles ultérieures de son patient sur le plan orthopédique, en précisant qu'il est clairement déconseillé d'assumer une activité professionnelle nécessitant le port de charges lourdes et de travailler en terrain irrégulier ou sur des échelles ou échafaudages; le travail en position accroupie est également déconseillé. Le Dr V. _____ indique rejoindre les conclusions du rapport d'expertise 2006 sur ce point. Il précise qu'en ce qui concerne les problèmes orthopédiques, il sera plus en mesure de pouvoir se prononcer sur le résultat fonctionnel final à distance de l'arthroplastie totale de hanche droite prévue. Le problème rachidien étant également un élément engendrant une certaine limitation fonctionnelle, il propose que l'avis spécialisé d'un chirurgien du rachis soit requis en ce qui concerne le problème rachidien et expose, en ce qui concerne les comorbidités générales, qu'il n'est pas de sa compétence de pouvoir se prononcer quant à leur impact sur le degré d'invalidité de l'assuré.

Par déterminations du 22 février 2010, l'OAI a maintenu ses conclusions, en relevant que la coxarthrose droite rapportée dans le

rapport du Dr V._____ était clairement postérieure à la décision contestée et que la problématique rachidienne avait quant à elle été évoquées et prise en compte par le Dr C._____, qui a clairement défini les limitations fonctionnelles en rapport avec cette affection. Il s'est référé pour le surplus à l'avis médical du SMR du 18 février précédent qui a la teneur suivante :

"(...)

Le rapport du Dr???._____ en date du 5.10.2009 retient le diagnostic de syndrome mixte obstructif restrictif de degré sévère sur broncho-pneumopathie obstructive chronique, Ce type de pathologie contre-indique tout travail nécessitant un effort physique soutenu et prolongé comme le précise le Dr???._____ dans sa phrase . "il me semble pas envisageable que M. Z._____ effectue un travail de force au vu du syndrome obstructif sévère et de l'hypoxémie qui en découle". Il n'y a cependant aucune contre-indication à une activité respectant les limitations fonctionnelles telles que retenues lors de la procédure initiale et liées à l'avis SMR du 4.12.2006. Le syndrome d'apnées du sommeil de degré sévère appareillé n'est pas source de limitations fonctionnelles durables et le status post-embolie pulmonaire en 2005 avait été pris en compte lors de l'instruction médicale SMR précédente.

Le rapport du Dr R._____, chef de clinique en néphrologie au D._____, retient comme diagnostic une protéinurie d'ordre néphrotique sur glomérulo-sclérose segmentaire et focale. Le diagnostic avait été posé par une ponction biopsie rénale le 17.07.2006. En page 2 de son rapport,il estime qu'il n'y a pas de contre-indication sur le plan néphrologique à une activité professionnelle adaptée à plein temps. Ces conclusions n'invalident donc pas la position du SMR quant à la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

Il nous faut conclure au niveau médico-asséculoologique qu'il n'y a aucun fait nouveau antérieur au 10.03.2007 susceptible de modifier la position du SMR dans ce dossier, de même qu'il n'y a pas de preuve d'une aggravation des pathologies prises en compte par le SMR antérieurement au 10.03.2007, date de la décision contestée.

(...)

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPG (loi

fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge (cf. art. 69 LAI). Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA), le recours a été déposé en temps utile. Il répond en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) La LPA-VD, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances du canton de Vaud, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD; 117 LPA-VD).

c) S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente Al illimitée dans le temps, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n°81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise 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) 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 contestés ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413,

consid. 2c et les références). Le juge n'a ainsi pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1; TF 9C_831/2009 du 12 août 2010, consid. 3.1).

b) Est litigieux en l'espèce, le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement la capacité de travail entière retenue par l'autorité intimée dans une activité réputée adaptée aux atteintes fonctionnelles du recourant.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 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, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur

probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, 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 confrère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2, 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

c) Selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b et 116 V 246 consid. 1a et les références citées; TF 9C_803/2009 du 25 mars 2010, consid. 5.2; TFA I 266/2006 du 19 juin 2006, consid. 4.2). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b et 117 V 287 consid. 4; TF 9C 537/2009 du 1^{er} mars 2010, consid. 3.2 et 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4).

4. a) En l'espèce, il convient d'emblée de relever que la décision querellée, qui date du 19 mars 2007, a été rendue moins de six mois après le dépôt, par l'expert, de son rapport en date du 24 octobre 2006. Cela étant, on ne saurait considérer que dite expertise n'était pas d'une actualité suffisante pour permettre à l'OAI de statuer sur la situation médicale du recourant et rendre la décision litigieuse. Reste à déterminer si l'expertise en question remplit les critères jurisprudentiels requis en matière de force probante.

L'expertise sur laquelle le SMR et partant l'OAI se fondent pour retenir une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles a été effectuée par un médecin indépendant de l'intimé, soit le Dr C._____, spécialiste FMH en médecine interne. Au titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant, il retient une gonarthrose varisante droite et des lombalgies chroniques non spécifiques. Il précise que, si ces affections de l'appareil locomoteur ne sont quasiment plus compatibles avec l'activité de serrurier-soudeur précédemment exercée par le recourant, l'exercice à 100 % d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles résultant de ces troubles (prohibition du port de charges répété de plus de 10 à 15 kg, de déplacements en terrain accidenté, de l'utilisation d'échelles, de travaux en zone basse nécessitant de fréquents accroupissements et relèvements) est toutefois raisonnablement exigible.

Quant aux autres plaintes du recourant associées aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail retenus par l'expert, celui-ci explique que soit elles n'ont pas de substrat organique (épigastalgies), soit pas de limitation fonctionnelle significative (pathologies pulmonaires, syndrome métabolique, dyslipidémie, hypertension artérielle traitée et diabète de type II traité à partir de 2005). Cela étant, les conclusions du rapport d'expertise, tant en ce qui concerne les atteintes à la santé invalidantes que présente le recourant mais aussi leurs répercussions sur la capacité de travail et l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de sa part, sont claires et bien motivées. Elles ont pour fondement non seulement l'examen clinique du recourant, qui a eu lieu le 25 septembre 2006, sur la pleine connaissance du dossier de l'intéressé (anamnèse et examen des rapports médicaux le concernant), mais aussi sur la description circonstanciée du contexte médical ainsi que sur l'appréciation de la situation médicale du recourant. Dans cette mesure, le rapport d'expertise répond aux critères jurisprudentiels en matière de force probante.

Ceci dit, il convient de savoir si, comme le soutient le recourant, d'autres éléments médicaux sont susceptibles de remettre en question la pertinence de ses conclusions. Or, si on se réfère aux rapports émanant des médecins traitants du recourant que celui-ci a produits durant la procédure de recours, force est de constater que, soit ils ne sont pas pertinents dans la mesure où ils font état de pathologies qui n'existaient pas au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit ils rejoignent les conclusions de l'expertise en ce qui concerne à tout le moins les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle. Ainsi, le rapport médical établi le 1^{er} décembre 2009 par le Dr O._____, qui fait état d'une coxarthrose bilatérale symptomatique pour laquelle une prothèse totale de la hanche est envisagée, d'abord à droite puis à gauche et d'un syndrome mixte obstructif et restrictif de degré sévère diagnostiqué en mars 2009, précise qu'il ne dispose d'aucun élément lui permettant de contester le rapport d'expertise, qui, selon lui, reflète bien la situation du recourant au moment où l'expertise a été effectuée. Pour le surplus, si, en se référant aux problèmes orthopédiques et

pneumologiques du recourant, le Dr O. _____ estime que la capacité de travail est de 0 % dans l'activité de serrurier-soudeur, il ne donne pas d'appréciation quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, mais se contente d'indiquer les limitations fonctionnelles (prohibition de port de charges supérieures à 2-3 kg, de marche de plus de 20 minutes uniquement en terrain plat et possibilité de changer de position toutes les 10 minutes environ). Le Dr V. _____, qui évoque lui aussi le diagnostic de coxarthrose symptomatique à droite et la mise en place d'une prothèse totale de la hanche en 2010 (rapport du 4 février 2010), relève qu'il lui est difficile de se prononcer quant aux capacités fonctionnelles ultérieures de son patient sur le plan orthopédique, tout en indiquant partager l'avis de l'expert en ce qui concerne la description des limitations fonctionnelles. Quant au diagnostic de syndrome mixte obstructif et restrictif de degré sévère sur bronchopneumopathie chronique retenu par le Dr???. _____ dans un rapport médical du 5 octobre 2009, il apparaît que la seule limitation fonctionnelle qui en découle consiste à éviter les travaux de force, limitation déjà prise en compte eu égard au problème de l'appareil locomoteur. Enfin, la situation est similaire en ce qui concerne la glomérulosclérose segmentaire et focale que présente le recourant, puisque le Dr R. _____ précise qu'en l'absence d'insuffisance rénale, il n'existe aucune contre-indication sur le plan néphrologique à une activité professionnelle adaptée à plein temps. Cela étant, force est de constater que les avis des médecins traitants du recourant non seulement ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise, mais encore les rejoignent pour la question des limitations fonctionnelles.

En conclusion, aucun motif ne justifie que l'on s'écarte des motifs et des conclusions de l'expertise du Dr C. _____ du 25 octobre 2006, lesquels ont été repris par la décision litigieuse. Le dossier étant complet sur le plan médical, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comme le requiert le recourant.

b) S'agissant pour le surplus du calcul du préjudice économique, non contesté par le recourant, la comparaison des revenus telle qu'effectuée par l'OAI n'apparaît pas critiquable dans son résultat et doit

donc être confirmée, de sorte que le degré d'invalidité de 10 %, nettement inférieur au minimum de 40% ouvrant le droit à bénéficier d'un quart de rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI), doit être retenu.

5. a) Ainsi, le recours sera rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 19 mars 2007 est confirmée.

- III.** Les frais de justice, fixés à 250 fr. (deux cent cinquante 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 :

- Me Philippe Graf, avocat auprès de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, 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 :