

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 octobre 2011

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

Cause pendante entre :

A. _____, à Champagne, recourant, représenté par Me Antonella Cereghetti Zwahlen, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 44 LPGA; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1961, employé auprès de l'entreprise G._____ SA à [...], a déposé une première demande de prestations AI pour adultes le 29 septembre 1993, rejetée par décision du 7 avril 2000 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé). Au terme de ses constatations, l'OAI avait reconnu un préjudice économique de 26,03% n'ouvrant pas droit à une rente AI. Cette décision de refus a été confirmée par jugement du Tribunal des assurances rendu le 2 novembre 2000 (AI 168/00 - 26/2001) puis en dernier lieu par arrêt du 10 octobre 2001 de la III^e Chambre du Tribunal fédéral des assurances.

L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations le 3 février 2004, sollicitant un reclassement dans une nouvelle profession ou une rente. Il indiquait souffrir d'une hernie discale ainsi que d'arthrose au genou droit.

Par un certificat médical du 20 novembre 2003, le Dr R._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a notamment attesté une incapacité de travail de 100% à compter 15 septembre 2003 sans plus amples précisions.

Dans un courrier du 2 décembre 2003, le Dr N._____, médecin-chef au centre thermal d' [...], a considéré qu'au vu de l'ensemble de sa situation, à la fois son genou et son dos (aggravation), l'assuré disposait d'une capacité de travail résiduelle de l'ordre 50% dans une activité adaptée.

Dans un rapport médical du 25 juin 2004, le Dr R._____ a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de status après cure de hernie discale L4-L5 gauche, de lombo-sciatalgies L5 gauche déficitaire sur le plan sensitif, de discopathie L4-L5/L5-S1 et de gonarthrose droite tri-compartmentale avec instabilité du ligament co-

latéral. Il mentionnait une incapacité de travail de 100% dès le 31 janvier 2003 en renvoyant cependant l'OAI auprès du médecin mandaté par l'assureur perte de gain (C. _____), le Dr Z. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans son expertise du 18 décembre 2003 consécutive à un examen pratiqué le 16 décembre 2003, le Dr Z. _____ s'est notamment prononcé en ces termes concernant le cas de l'assuré:

"4.-DIAGNOSTICS

- > Lombosciatique L5 gauche déficitaire sur un plan sensitif (L5)
 - o Status après cure de hernie discale L4-L5 gauche en raison d'une hernie discale L4-L5 luxée avec sténose ostéo-ligamentaire le 30 juin 2003
 - o Déconditionnement physique et dysbalance musculaires lombaires et troubles de la statique sous forme d'une scoliose à convexité gauche et une diminution de la lordose
 - o Discopathies L4-L5 et L5-S1
- > Gonarthrose droite tri-compartmentale avec instabilité du ligament co-latéral externe droit et flexum à 12°
 - o Méniscopathie externe séquellaire.

5.-APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Nous sommes confrontés à un assuré bosniaque qui vit en Suisse depuis 1990 et qui a travaillé depuis cette date comme ouvrier au sein de l'entreprise G. _____ SA à [...] dans la confection de bouchées à la reine. Cet assuré a été victime d'un accident en 1992 au niveau du genou droit qui a conduit progressivement au développement d'une gonarthrose droite tri-compartmentale. Il bénéficie de prestations de la SUVA sous forme d'une rente à 25 % et d'une indemnisation à 5 %, en raison de son atteinte au genou droit et compte tenu de son atteinte à la santé à ce niveau, il n'a jamais pu reprendre son activité à 100 % mais uniquement à 25 % depuis environ 6 à 7 ans. Ces gonalgies droites sont toujours présentes qualifiées d'invalidantes et qui sont caractérisées actuellement à l'examen clinique par l'existence d'un flexum non réductible du genou droit, associé à une instabilité ligamentaire externe et à des signes de surcharge fémoro-patellaire (signe de Zohlen) ainsi que par des signes de méniscopathie bilatérale à l'examen clinique. L'examen n'objective pas d'épanchement intra-articulaire ni d'amyotrophie tant au niveau des cuisses que des mollets ddc. Un bilan radiologique ainsi qu'une arthro-IRM et arthro-CT qui a été fait récemment a confirmé l'existence d'une arthrose tri-compartmentale que l'on peut qualifier de sévère associée à une vraisemblable souris articulaire au niveau de l'épine tibiale externe. En parallèle, M. A. _____ a présenté une seconde atteinte à la santé sous forme d'une lombosciatique gauche liée à une hernie discale L4-L5 gauche luxée avec une sténose ostéo-ligamentaire qui a conduit au vu de l'absence de réponse à un traitement chirurgical. Les suites opératoires ont été simples, cependant l'assuré a continué à souffrir de lombalgies mécaniques dépendantes des positions statiques tant assise que debout prolongées, de la marche ainsi que de sciatalgies gauches permanentes et persistantes avec

actuellement une hypoesthésie de topographie L5 gauche mais l'absence de signes irritatifs ou de déficit moteur ou réflexe. Dans ces conditions, on peut estimer que l'incapacité de travail actuelle complète de M. A. _____ est justifiée au vu de son atteinte à la santé tant au niveau du genou droit qu'au niveau de sa lombo-sciatique gauche avec un status post-chirurgical récent. Etant donné que le traitement dont il a bénéficié jusqu'à présent n'a pas permis d'augmenter sa capacité de travail dans une activité d'ouvrier en usine dans la confection de bouchées à la reine, une demande de prestations auprès de l'AI me semble nécessaire afin de discuter d'un reclassement professionnel ou d'un placement dans une activité allégée à la fois au niveau du genou droit qu'au niveau de son rachis lombaire et de son membre inférieur gauche.

6.-REPONSES A VOS OUESTIONS

1. Le diagnostic actuel exact?

Voir ci-dessus

2. Votre avis quant au taux d'incapacité actuel et futur?

Le taux d'incapacité actuel est de 100 % dans une activité d'ouvrier en usine et cette incapacité me semble vraisemblablement permanente dans cette activité.

3. Votre pronostic?

Le pronostic me paraît défavorable compte-tenu de l'absence de réponse à un traitement conservateur puis à un traitement chirurgical en ce qui concerne sa lombosciatique gauche et au vu du développement d'une gonarthrose tri- compartimentale qui est probablement consécutive à un accident de football en 1992.

4. Votre proposition de traitement?

La prise en charge actuelle me semble judicieuse puisqu'il est toujours suivi par le Dr N. _____ rhumatologue FMH au centre thermal d' [...]. Un traitement plus intensif tant d'antalgie interventionnelle instrumentale que de physiothérapie de type rééducation multidisciplinaire du rachis ne devrait pas permettre d'amélioration significative de son état de santé.

5. L'assuré a-t-il déjà été soigné pour cette maladie?

En ce qui concerne sa lombosciatique gauche, il aurait été soigné déjà en octobre 2001 selon le rapport du 04.04.2003 du Dr R. _____. Concernant ses gonalgies droites, d'après la lettre de la CRR-SUVA du 27.4.2000, elles découlent d'un accident en 1992."

Dans un rapport complémentaire du 21 janvier 2004, le Dr Z. _____ a précisé en particulier ce qui suit:

"[...] Concernant l'appréciation du Dr I. _____, qui évaluait la capacité de travail de l'assuré comme complète dès le 15 septembre 2003, cette estimation me paraît trop optimiste au vu des limitations fonctionnelles qu'il présente encore actuellement au niveau du rachis lombaire.

Ainsi, mon estimation du 18 décembre 2003, au moment où j'ai vu l'assuré, était qu'il présentait une incapacité de travail, comme employé en boulangerie, découlant de son atteinte rachidienne de 50%. En outre, il n'est pas impossible que l'état de santé de l'assuré se soit détérioré depuis l'estimation du Dr I. _____, qui date me semble-t-il de septembre 2003.

Concernant un reclassement professionnel ou un placement dans une activité allégée, cette proposition me semble pouvoir concerner à la fois l'affection rachidienne et celle du genou. En effet, un tel reclassement ou un placement dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, permettrait à l'assuré de travailler à un taux de 100% comme par exemple, dans une activité de gardien de musée qui permet d'alterner les positions debout et assise, et qui ne nécessite pas de port de charges. Il faudrait aussi s'enquérir avec le patron de l'assuré, de la possibilité de placer l'assuré à un autre poste de travail au sein de l'entreprise où ses limitations fonctionnelles pourraient être respectées.

Avant la manifestation de son hernie discale, en dépit de sa gonarthrose droite, l'assuré avait une exigibilité complète dans une activité adaptée, fait qui est toujours d'actualité en dépit de l'apparition de sa lombosciatique L5 gauche.

Dans son activité d'employé en boulangerie, si l'on ne prend en compte que le problème de la lombosciatique L5 gauche avec déficit sensitif, l'assuré a une capacité de travail de 50% au vu de ce qui a été énoncé précédemment."

Par lettre du 5 juillet 2004, le Dr N. _____ a informé l'OAI que globalement la situation s'était aggravée avec l'apparition de lombosciatalgies gauches ayant nécessité une intervention majeure le 30 juin 2003. De plus au niveau du genou la situation s'était également péjorée avec gonarthrose tri-compartmentale.

Selon une fiche d'examen établie par l'OAI le 10 janvier 2005, il ressortait ce qui suit de l'instruction du dossier:

"[...] L'assuré a présenté une nouvelle rechute de ses problèmes de genoux, qui n'ont pas été retenus par la SUVA et qui en date du 30.07.2002 a considéré la situation comme étant inchangée avec poursuite de la rente 25%. L'assuré a en fait présenté de nouveaux problèmes de santé (hernie discale L4-L5) dès le 24.02.2003 ayant entraîné des IT [incapacités de travail] à 100% du 26.03.2003 (délai d'attente 30 jours) au 31.03.2003, puis du 17.04.2003 au 31.12.2003. Dès le 1.01.2004, la C. _____ retient une IT de 50% pour les seules séquelles des lombosciatalgies et dans l'activité habituelle et ce suite à une demande complémentaire à l'expertise sollicitée auprès du Dr Z. _____ par le médecin-conseil de la C. _____. La SUVA n'est quant à elle pas intervenue s'agissant de la prise en compte de la rechute de l'assuré.

Dans notre décision d'avril 2000, nous avons jugé l'assuré apte à exercer des activités industrielles légères à 100 % permettant une

certaine mobilité et la possibilité d'alterner les positions. L'activité exercée et effectuée par l'assuré au sein de son ancien employeur n'avait pas été retenue au vu des divergences entre l'exigibilité médicale reconnue et les dires de l'assuré et de l'employeur. [...]"

Dans un rapport du Service médical régional de l'AI (SMR) Léman du 7 février 2005, le Dr V. _____ a considéré que sur la base de l'expertise du Dr Z. _____, à compter du 31 janvier 2003, la capacité de travail de l'assuré était de 100% dans une activité adaptée aux limitations mises en évidence. Le médecin du SMR a précisé qu'à son avis une approche théorique devait être préférée compte tenu de l'attitude précédente de l'assuré.

Selon un rapport final du 16 novembre 2005, l'OAI s'en référait à l'avis SMR précité. Il retenait ainsi les limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise du Dr Z. _____. Un reclassement en interne n'avait pas abouti, le rendement de l'assuré s'avérant insuffisant. L'assuré ne travaillait plus depuis le mois de septembre 2003. L'intéressé contestait les conclusions du SMR en soutenant qu'aucune activité n'était plus exigible de sa part. L'OAI était d'avis qu'une observation professionnelle dans l'un de ses centres ne pouvait apporter d'éléments supplémentaires. Il a en outre relevé que les mesures professionnelles qui auraient pu être proposées à l'assuré auraient certainement facilité son retour sur le marché de l'emploi, lui permettant ainsi de retrouver tout ou partie de sa capacité de gain antérieure.

Par décision du 16 février 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles présentée par son assuré, les conditions n'en étant pas remplies. L'office AI a retenu que l'assuré avait présenté une nouvelle atteinte à la santé dès le 31 janvier 2003 et que, dès le 15 septembre 2003, la reprise d'une activité adaptée (sans positions statiques prolongées, activités répétitives en porte-à-faux, ports de charges supérieurs à 15 kg et marche prolongée) était exigible à 100%. Des activités industrielles légères ne nécessitant pas de qualifications particulières étaient compatibles avec les limitations décrites. Après comparaison entre les revenus réalisables en 2004 (sans atteinte à la

santé: 63'000 fr. et avec invalidité: 52'386 fr. 05), il en résultait une perte de gain de 10'613 fr. 95 correspondant à un degré d'invalidité de 16,84%.

Par décision sur opposition du 7 novembre 2007, l'OAI est partiellement revenu sur sa décision rendue le 16 février 2006 en reconnaissant le droit de son assuré à un quart de rente depuis le 1^{er} avril 2003, puis à une rente entière du 1^{er} juillet au 31 décembre 2003. Sur la base des expertises du Dr Z._____, il a retenu une incapacité de travail totale entre le 31 janvier et le 15 septembre 2003 ainsi qu'un degré d'invalidité fixé à 26% selon la décision rendue le 7 avril 2000. Procédant à un calcul d'invalidité moyenne pour déterminer le point de départ du droit à une éventuelle rente (cf. art. 29 al. 1 lit. b LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20], en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), l'office a constaté que le droit à un quart de rente, fondé sur un taux d'invalidité de 40%, existait dès le 1^{er} avril 2003. Une rente entière étant reconnue dès le 1^{er} juillet jusqu'au 31 décembre 2003, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé survenue le 15 septembre 2003 (cf. art. 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

B. Par acte du 10 décembre 2007 de son conseil, A._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée. Il conclut, avec dépens, à l'annulation de la décision attaquée, le dossier de la cause étant renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pour déterminer avec clarté à partir de quelle date et à quel taux une activité adaptée est exigible de sa part.

Dans sa réponse du 13 février 2008, l'OAI propose le rejet du recours.

Le 14 mars 2008, le Bureau de l'assistance judiciaire a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 10 janvier 2008, en désignant comme avocat d'office Me Antonella Cereghetti Zwahlen.

Le 3 avril 2008, le recourant a déposé sa réplique. Il se réfère en particulier à un rapport médical établi le 18 décembre 2007 par la Dresse E._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie pour en déduire qu'il n'est pas en mesure d'occuper un poste de travail adapté à un taux de 100%. Il réitère sa demande de mise en œuvre d'une expertise médicale et confirme en outre les conclusions de son recours.

En annexe à sa duplique du 8 mai 2008, l'intimé a produit un avis médical SMR du 29 avril 2008 des Drs V._____ et Q._____, médecin-chef adjoint, dont il ressort après examen que le contenu du rapport du 18 décembre 2007 de la Dresse E._____ n'est pas de nature à modifier la pleine exigibilité dans une activité adaptée admise selon l'expertise du Dr Z._____. Il maintient préavisier le rejet du recours.

Le 5 novembre 2009, le recourant a spontanément produit deux rapports médicaux qui démontreraient que son état de santé se serait encore péjoré. Dans un rapport médical du 9 octobre 2009, le Dr R._____ a indiqué que depuis août 2008 sont apparues des polyarthralgies sans que le traitement mis en œuvre n'ait eu une grande efficacité. Selon rapport du 17 août 2009, le Dr B._____ du centre thermal d' [...], a fait état de la mise en œuvre d'un traitement visant à combattre l'affection précitée.

Le 3 décembre 2009, l'intimé a fait part de ses observations sur les deux rapports médicaux produits par le recourant. A son sens, les éléments qui y figurent sont survenus postérieurement à la décision litigieuse, de telle sorte qu'ils ne sauraient être pris en compte. Il confirme les conclusions de sa réponse.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales,

RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA.

L'art. 56 LPGA stipule que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'Office concerné. Interjeté le 10 décembre 2007, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD), est directement applicable au cas d'espèce (cf. disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recours tend à l'annulation de la décision rendue le 7 novembre 2007 et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Le requérant demande à cet égard la mise en œuvre d'une nouvelle expertise afin de déterminer avec précision sa capacité de travail résiduelle. Il conteste l'évaluation de sa capacité de travail telle qu'opérée par l'Office AI.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). 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. L'art. 6 LPGA prévoit qu'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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI en vigueur avant le 1^{er} janvier 2004, les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 66 2/3% au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50% au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40% au moins. A compter du 1^{er} janvier 2004, 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 trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 1 aLAI correspondant à l'art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (art. 29 al. 1 aLAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, correspondant en partie à l'actuel art. 28 al. 1 LAI).

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_657/2009 du 15 novembre 2010, consid. 4.1, 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 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 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 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; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1; 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; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5, 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.1, 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). 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_547/2010 du 26 janvier 2011, consid. 2.2, 8C_420/2010 du 27 octobre 2010, consid. 4.3, 8C_65/2010 du 6 septembre 2010, consid. 3.1 et 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 même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. 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 confère 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 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

4. a) Dans son recours, l'intéressé fait grief à l'intimé de s'être essentiellement fondé sur l'expertise médicale rendue par le Dr Z. _____ le 18 décembre 2003 ainsi que son complément du 21 janvier 2004 en n'en retenant que les éléments lui permettant de refuser tout droit à la rente ou aux mesures professionnelles. En outre, il n'aurait pas été tenu compte des données médicales exprimées par le Dr N. _____ le 5 juillet 2004, soit postérieurement à l'expertise médicale et son complément précités. Le Dr N. _____ estimait par ailleurs en décembre 2003 que le recourant conservait une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 50% dans une activité adaptée. Pour sa part, le Dr R. _____ (médecin traitant) a également précisé, le 25 juin 2004, que même si le recourant était encore capable d'exercer une activité professionnelle, il était nécessaire

de procéder à une évaluation en atelier afin de déterminer l'ampleur et la nature de cette activité. Dans un certificat médical adressé le 20 novembre 2003, le médecin traitant attestait une incapacité de travail totale dès le 15 septembre 2003. De surcroît, l'expertise du 18 décembre 2003 du Dr Z._____ exposait tout de même que le recourant se trouvait encore en incapacité de travail au moment de l'expertise, soit au mois de décembre 2003 et que l'appréciation du Dr I._____, lequel évaluait la capacité de travail comme complète dès le 15 septembre 2003, était trop optimiste au vu des limitations fonctionnelles que l'intéressé présentait encore au niveau du rachis lombaire. Le recourant estime en définitive ne pas être en mesure d'exercer une activité adaptée à 100%, de sorte que les calculs des gains de comparaison tels qu'opérés doivent être corrigés en conséquence.

L'intimé se réfère aux conclusions de l'expertise du 18 décembre 2003 du Dr Z._____ ainsi qu'à son complément du 21 janvier 2004. Dans sa réplique d'avril 2008, il ajoute que le rapport médical de la Dresse E._____ du 18 décembre 2007, rédigé à la demande du recourant, ne modifie pas sa prise de position.

b) En l'occurrence, dans son expertise de décembre 2003 rédigée suite à un examen pratiqué le 16 décembre 2003, le Dr Z._____ mentionne une incapacité de travail totale dans une activité d'ouvrier en usine en raison de l'atteinte à la santé tant au niveau du genou droit qu'au niveau de la lombo-sciatique gauche avec un status post-chirurgical récent. Il précise que le pronostic lui semble mauvais faute de réponse à un traitement conservateur puis à un traitement chirurgical. Il indique à ce propos que si la prise en charge lui paraît judicieuse, il n'est pas certain qu'un traitement plus intensif (antalgie interventionnelle instrumentale ou physiothérapie multidisciplinaire du rachis) permette une amélioration significative de l'état de santé. Dans son complément de janvier 2004, le Dr Z._____ préconise, sans exclure une détérioration de santé, un reclassement professionnel permettant au recourant de travailler à plein temps dans une activité adaptée.

S'agissant de l'amélioration survenue en septembre 2003 (date d'aptitude à la réadaptation), ce point est controversé. On constate en premier lieu que dans son expertise de décembre 2003 et dans son complément de janvier 2004, le Dr Z._____ ne se prononce pas clairement sur l'exigibilité d'un travail à compter de cette date. Dans son complément de janvier 2004, ce médecin émet des réserves sur l'appréciation du Dr I._____ quant à son estimation d'une capacité de travail complète depuis le 15 septembre 2003 en raison des limitations fonctionnelles présentées par le recourant le 16 décembre 2003 (date de l'examen clinique) au niveau du rachis lombaire. Il relève au surplus qu'"en outre, il n'est pas impossible que l'état de santé de l'assuré se soit détérioré depuis l'estimation du Dr I._____, qui date me semble-t-il de septembre 2003". D'autres avis médicaux au dossier vont dans le même sens que celui esquissé par le Dr Z._____. Ainsi dans un certificat médical du 20 novembre 2003, le Dr R._____ (médecin traitant) a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 15 septembre 2003. Dans un rapport médical du 25 juin 2004, ce médecin a précisé son appréciation de la situation en datant l'incapacité totale de travail dès le 31 janvier 2003. Le 2 décembre 2003, le Dr N._____, médecin-chef au centre thermal d' [...], indique qu'au vu de l'ensemble des atteintes, le recourant dispose d'une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 50% dans une activité adaptée. Etant précisé que l'expert (le Dr Z._____) ne prend pas clairement position sur la question d'une amélioration éventuelle survenue en septembre 2003, les avis médicaux précités ne peuvent être ignorés par l'intimé, contrairement à ce qui ressort de la décision attaquée.

c) Compte tenu de ce qui précède, la cause est insuffisamment instruite pour statuer, en l'état, sur le droit aux prestations litigieuses. Il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une nouvelle expertise rhumatologique, conformément à l'art. 44 LPGA. La cause lui sera renvoyée à cet effet. L'intimé prendra soin d'interroger l'expert notamment sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis janvier 2003 et l'influence de cet état de santé sur sa capacité résiduelle de travail.

5. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition rendue le 7 novembre 2007 par l'OAI annulée. La cause sera renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction dans le sens de ce qui précède puis nouvelle décision.

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. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais de justice.

Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA), comprenant une participation aux honoraires de son avocate, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 al. 3 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 [TFJAS, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 1'500 fr. l'indemnité à verser par l'OAI au recourant à titre de dépens.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 7 novembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée audit office pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. A. _____ a droit à une indemnité de dépens arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cent francs), à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Antonella Cereghetti Zwahlen (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est également communiqué, par courrier électronique, au:

- Service juridique et législatif.

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

Le greffier :