

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 décembre 2009

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bonard  
Greffier : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.** \_\_\_\_\_, à Grandson, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,  
avocate à Lausanne

et

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

---

**Art. 7, 8, 16 et 61 let. g LPGA; 4 et 28 LAI; 52 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A. a)** Ressortissant italien, L.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1948, marié et père de famille, arrivé en Suisse en 1963, a travaillé, dès 1966, en qualité de sondeur pour le compte de l'entreprise V.\_\_\_\_\_.

Depuis le 25 février 1997, L.\_\_\_\_\_ est totalement incapable de travailler en raison de la péjoration des lombalgies qu'il présentait déjà par le passé. Il a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), le 21 mai 1997, en vue d'obtenir une rente.

**b)** Dans un rapport établi le 6 août 1997, le médecin traitant de l'assuré, le Dr N.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de lombalgies chroniques sur ébauche de hernie discale L5-S1 et discrète hernie L4-L5, d'ulcère de l'antré de l'estomac actuellement en rémission, d'ischémie du myocarde dans les territoires antéro-latéraux d'instauration récente, de diabète sucré type II et d'hypercholestérolémie/leucocytose légère (jusqu'à 16,5 x 10<sup>9</sup>/L). En outre, ce praticien relève que l'atteinte à la santé date du début 1997, que l'intéressé requiert un traitement médicamenteux et que l'incapacité de travail a été totale depuis le 24 février 1997 jusqu'au 1<sup>er</sup> juin suivant, de 50% du 2 au 15 juin 1997, et à nouveau de 100% depuis lors.

**c)** Mandaté en qualité d'expert, le Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après : COMAI) a déposé son rapport en date du 9 novembre 1998. Le Prof. H.\_\_\_\_\_, directeur, spécialiste FMH en médecine interne, et la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, ont fait les constatations suivantes :

"(...)

**DIAGNOSTICS**

- troubles somatoformes douloureux touchant la région lombaire et la jambe droite;
- douleurs d'origine probablement fonctionnelle du genou droit;

- séquelles de fracture du plateau tibial externe gauche avec valgus résiduel du genou gauche;
- ébauche de hernie médiane en L5-S1 et discrète hernie paramédiane latérale gauche L4-L5;
- diabète de type II;
- dyslipidémie;
- cardiopathie ischémique silencieuse débutante probable;
- status après ulcères gastriques récidivants;
- troubles de l'élocution peu spécifiques.

#### **APPRÉCIATION DU CAS**

(...)

Au plan physique, l'anamnèse met en évidence essentiellement une chute avec fracture du plateau tibial externe du genou gauche, ostéosynthésée en 1971, suivie d'une ménissectomie, d'une chondroplastie et de gonalgies gauches récidivantes. A noter également la survenue, dès 1996, de deux ulcères gastriques, d'un diabète de type II, d'une dyslipidémie, ainsi que, en avril 1998, l'apparition de douleurs au genou droit qui ont conduit à une ménissectomie.

Une suspicion de cardiopathie ischémique silencieuse débutante n'a pas été confirmée lors d'une scintigraphie effectuée en juillet 1998.

Par ailleurs, depuis de nombreuses années, l'assuré souffre de lombalgies basses récidivantes. C'est en raison d'une péjoration de celles-ci que, au mois de février 1997, Monsieur L. \_\_\_\_\_ cesse définitivement son activité de sondeur chez V. \_\_\_\_\_. (...). Les différentes investigations entreprises ont permis de mettre en évidence une ébauche de hernie médiane en L5-S1 et une discrète hernie para-médiane latérale gauche L4-L5. Actuellement, les lombalgies s'accompagnent d'irradiation dans la jambe droite jusqu'au genou droit. Les différentes thérapies instituées n'ont pas apporté d'amélioration suffisante pour permettre la reprise du travail.

#### **EVALUATION DE LA CAPACITE DE TRAVAIL**

Au terme de notre évaluation, nous considérons que Monsieur L. \_\_\_\_\_ souffre indiscutablement et qu'il présente une atteinte à la santé occasionnant des limitations dans l'exercice de son activité antérieure. A notre avis, le volet somatoforme, évoqué par notre consultant en rhumatologie, ne semble pas dominer le volet somatique confirmé par CT-scan et IRM. Nous n'avons pas eu l'impression qu'il s'agissait d'une forme somatoforme grave de type incurable, ni d'une exagération volontaire.

En conséquence, nous proposons que tout soit tenté pour aboutir à un reclassement professionnel dans un métier plus léger, excluant le port de charges, les travaux lourds et offrant la possibilité de positions alternées debout/assis. L'assuré lui-même a exprimé ce désir ayant déjà spontanément demandé à son employeur s'il existait une telle possibilité dans le cadre de l'entreprise, ce qui n'est malheureusement pas le cas. Nous sommes cependant

conscients que les perspectives professionnelles sont limitées par le peu de formation scolaire, par l'expérience manuelle essentiellement et par les troubles de l'élocution que présente l'assuré.

Si, à terme, des mesures de reclassement professionnel devaient être vouées à l'échec, nous proposerions dans un deuxième temps, que l'on reconnaisse une incapacité de travail de 50% pour garder une incitation à trouver une autre activité.

### **BREVES REPONSES AUX QUESTIONS**

Degré de la capacité de travail résiduelle (...) ? 50%.

Un reclassement professionnel est-il judicieux ? Oui.

Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté ? 100%.

**d)** L.\_\_\_\_\_ a séjourné au Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après : COPAI), à Yverdon-les-Bains, du 26 juin au 23 juillet 1999. Dans un rapport daté du 23 août suivant, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin rattaché au COPAI, a notamment relevé ce qui suit :

- l'assuré a toujours effectué des travaux de manœuvre lourds;
  - sur le plan médical, l'intéressé se plaint de douleurs lombaires dorsales cervicales et de douleurs des genoux. Ces douleurs nécessitent de fréquents changements de position et empêchent le sujet de porter des charges lourdes;
  - objectivement, il est principalement constaté des troubles statiques vertébraux modérés. L'assuré conserve une bonne musculature. Le plus frappant, ce sont les troubles de l'élocution qui empêchent l'intéressé d'aligner plus de 5 à 6 mots sans s'interrompre. L'assuré est cependant collaborant et, si l'on met le temps, on peut le comprendre;
  - durant le stage, la faiblesse de ses connaissances scolaires et professionnelles a été constatée. Dès lors que l'intéressé a toujours accompli de gros travaux, sa gestuelle est grossière et ses rendements sont fort médiocres;
  - l'assuré ne peut plus accomplir de travaux lourds. Au demeurant, les experts du COMAI admettent cette limitation et proposent une reprise du travail à 100% dans un emploi léger, excluant le port de charges, ainsi que les travaux lourds, et offrant la possibilité de positions alternées debout/assis. Les praticiens précités notent toutefois les autres limitations: faiblesse des connaissances, troubles de l'élocution;
- tout en reconnaissant pouvoir se rallier à cette conclusion sur le plan médico-théorique, le Dr Z.\_\_\_\_\_ relève les limitations de l'assuré, constatées durant le stage, pour tous les travaux et, notamment, les rendements, allant du reste en décroissant pour finalement se situer à

20%. Dès lors, il est difficile de dire quelle activité pourrait correspondre à la description théorique de postes de travail.

**e)** Le 18 août 1999, le directeur du COPAI a établi un rapport dont il ressort notamment les éléments suivants :

- aux tests d'autoévaluation, L.\_\_\_\_\_ obtient des résultats en concordance avec ses limitations physiques objectives;
- ce qui frappe d'emblée, ce sont les blocages d'élocution de l'intéressé qui est incapable de formuler des phrases complètes et son discours qui est entrecoupé de longs arrêts de type bégaiements;
- la gestuelle de l'assuré est peu précise, notamment lors de sollicitations fines. Ses avant-bras doivent constamment être en appui pour pouvoir mettre en œuvre les praxies élémentaires en vue d'accomplir des travaux manuels;
- les rendements sont très faibles, varient de 49% à 20% et se sont dégradés durant le stage;
- le taux de fatigabilité de l'assuré est important et est particulièrement observable dès le début de la seconde partie de la journée;
- les connaissances scolaires de l'intéressé sont rudimentaires et il accepte très mal d'accomplir des activités sédentaires;
- âgé de 51 ans, l'assuré fait nettement plus que son âge et, après avoir travaillé 35 ans en tant que manœuvre, il donne l'impression d'être usé par le travail;
- en l'état, toute activité en force est impossible et, compte tenu des limitations précitées (sédentarité, faibles connaissances scolaires, bras en appui), il n'existe pas d'emplois qui puissent être proposés à l'intéressé.

**f)** Interpellé par la Division réadaptation de l'OAI, le directeur du COPAI a apporté les précisions suivantes en date du 6 décembre 1999 :

- les facteurs extérieurs à l'invalidité (blocages d'élocution, connaissances scolaires rudimentaires et non-acceptation d'accomplir des activités sédentaires) n'ont que peu d'incidences sur les rendements fournis durant

le stage par l'assuré. Ils ont, par contre, une importance sur le fait que l'intéressé n'est pas présentable, en l'état, à un employeur potentiel;

- la faiblesse des rendements est avant tout explicable par un déficit fonctionnel et gestuel, dès lors que les avant-bras doivent être en permanence en appui pour mettre en œuvre les praxies élémentaires et limitent considérablement le champ d'activité, ainsi que les postes de travail qui peuvent être proposés. En outre, les points d'appui fonctionnels déficients empêchent l'intéressé d'exercer une activité de type industriel léger avec des prestations acceptables;

- le taux de fatigabilité, également important, est explicable du fait des efforts à fournir pour compenser le déficit fonctionnel;

- sur le long terme, le taux de rendement est de l'ordre de 30 à 35%.

**g)** Le 15 décembre 1999, le collaborateur de la Division réadaptation de l'OAI a reconnu que l'assuré n'était plus plaçable dans l'économie, précisant que l'intéressé n'avait plus l'identité d'une personne active, mais se conduisait plutôt comme un retraité. Pour le surplus, le collaborateur de l'OAI s'est référé au courrier établi le 6 décembre 1999 par le directeur du COPAI. En conséquence, le collaborateur de la Division réadaptation de l'OAI a invité la division administrative à examiner le droit de l'assuré à bénéficier de prestations financières, en soulignant que le sujet ne désirait pas exercer une activité en atelier protégé.

A la suite d'un nouvel entretien que l'assuré a eu avec un collaborateur de la Division réadaptation de l'OAI, ce dernier a établi un rapport, le 18 octobre 2000, dont il ressort que l'assuré a confirmé qu'il n'entrevoit aucunement une reprise du travail, bien qu'il ait été informé que, selon l'avis du médecin-conseil de l'OAI, une capacité de travail entière dans l'exercice d'un emploi adapté lui était reconnue.

**h)** D'un certificat établi le 7 juillet 2000 par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, hématologie et oncologie médicale, il ressort que l'état de santé de l'assuré se dégrade progressivement sur les plans somatique et psychique, qu'il est actuellement sous traitement

anti-dépressif et que son incapacité de travail a été estimée à 70% par le COPAI.

**B. a)** En date du 23 novembre 2000, l'OAI a établi un projet de décision dont il ressort les points suivants:

- l'assuré ne peut plus poursuivre son activité de sondeur, depuis le 25 février 1997;
- dans une activité adaptée à son état de santé, l'intéressé devrait avoir une pleine capacité de travail en occupant divers postes, tels qu'employé d'exploitation, ouvrier d'expédition, ouvrier de câblage en milieu industriel, ouvrier de surveillance et de contrôle, ainsi qu'en exécutant des travaux de montage industriel. Dans l'exercice de l'une de ces activités, l'assuré pourrait percevoir une rétribution annuelle moyenne de 44'980 francs;
- sans atteinte à la santé, le revenu annuel brut de l'intéressé s'élèverait à 75'660 francs;
- de la comparaison de ces deux éléments chiffrés, il résulte un manque à gagner de 30'680 fr., ce qui correspond à un degré d'invalidité de 40,54%;
- rappel est fait qu'une personne, présentant un degré d'invalidité oscillant entre 40 et 50% et se trouvant dans une situation économiquement pénible, a droit à une demi-rente en lieu et place d'un quart de rente;
- à partir du 1<sup>er</sup> février 1998, le droit à un quart de rente, respectivement une demi-rente, est ouvert.

**b)** Par décision du 26 avril 2001, l'OAI a alloué à l'assuré, à partir du 1<sup>er</sup> février 1998, une demi-rente d'invalidité, les conditions du cas pénible étant réalisées.

**c)** Agissant par l'intermédiaire de W.\_\_\_\_\_, l'assuré a recouru au Tribunal des assurances du canton de Vaud par acte du 30 mai 2001 contre cette décision.

**d)** Par jugement du 20 juin 2003 (AI 209/01 - 261/2003), le Président du Tribunal des assurances a admis le recours (ch. I du dispositif) et réformé la décision attaquée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> février 1998 (ch. II du dispositif).

Ce jugement retenait en substance ce qui suit :

- contrairement à ce que laisse entendre le directeur du COPAI, il y a lieu d'admettre que les troubles de l'élocution appartiennent aux paramètres qui doivent être pris en considération dans l'évaluation de l'invalidité;
- le stage au COPAI a prouvé que le recourant ne pouvait pas être réadapté et la position en appui des membres supérieurs, dans l'accomplissement de n'importe quelle tâche, a, en particulier, confirmé cet état de fait;
- compte tenu de l'ensemble des troubles, uniquement physiques, présentés par le recourant et des entraves que ces diverses affections entraînent pour l'assuré dans l'exercice d'une activité adaptée, telle que définie par le COMAI, aucun employeur ne serait prêt, sur un marché équilibré du travail, à engager l'intéressé. Au reste, à supposer qu'une telle opportunité se présente, le gain proposé à l'assuré serait - du fait des importantes et nombreuses limitations physiques manifestes présentées par le sujet - à l'évidence inférieur au tiers de celui qui serait le sien dans son ancienne activité de sondeur, c'est-à-dire inférieur au tiers de 75'660 francs;
- en conséquence, le taux d'invalidité du recourant doit être fixé à plus des deux tiers, ce qui entraîne l'attribution d'une rente entière d'invalidité, à partir du 1<sup>er</sup> février 1998.

**e)** Le 21 août 2003, l'OAI a interjeté un recours de droit administratif au Tribunal fédéral des assurances contre ce jugement, en concluant à son annulation.

**f)** Par arrêt du 10 novembre 2004 (I 540/03), le Tribunal fédéral des assurances a notamment considéré ce qui suit :

- la confrontation des rapports du COPAI et du COMAI ne permet pas de déterminer la nature des activités qui restent à la portée de l'intéressé, ni de connaître la mesure dans laquelle il pourrait les accomplir. En effet, le rapport du COMAI du 9 novembre 1998 est lacunaire sur ce point, car les experts ne décrivent aucune activité concrète, mais font uniquement référence à un métier plus léger excluant le port de charges, ainsi que les travaux lourds, et offrant la possibilité de positions alternées debout-assis, dans lequel sa capacité de travail serait totale;
- les conclusions des responsables du COPAI ne sauraient être suivies en l'état, car si les limitations constatées (troubles de l'élocution, faibles connaissances scolaires, bras en appui, maigres rendements, fatigabilité accrue, impossibilité d'accomplir des travaux lourds) peuvent certes réduire les chances de l'assuré d'obtenir un emploi, elles n'excluent à elles seules pas pour autant toute capacité de travail dans un emploi léger, ne requérant aucune qualification professionnelle particulière;
- en pareilles circonstances, le premier juge aurait dû ordonner un complément d'instruction d'ordre médical, afin que les médecins puissent désigner le genre d'activité concrète qui reste exigible de la part de l'assuré, compte tenu notamment des handicaps constatés par le COPAI. Comme les experts du COMAI n'ont pas été appelés à se prononcer sur ce point, l'OAI les invitera à compléter leur expertise. Dans le cadre de ce complément d'instruction, l'OAI fera élucider plus avant l'incidence des douleurs articulaires (des deux genoux en particulier) de l'intéressé sur sa capacité de travail, en prenant l'avis d'un neurologue.

En conséquence, le Tribunal fédéral des assurances a admis le recours de droit administratif et a annulé le jugement du Tribunal des assurances du 20 juin 2003 ainsi que la décision de l'OAI du 26 avril 2001, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**C. a)** Mandaté en qualité d'expert par l'OAI, le COMAI, sous la signature de la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et des Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et P.\_\_\_\_\_, spécialiste

FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport, le 21 février 2006. Il retient notamment ce qui suit :

"(...)

**Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail**

- Trouble somatoforme douloureux persistant F 45.4
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique F 33.11
- Syndrome lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire M 54.60
  - Troubles dégénératifs pluri-étagés
  - Rétroliothésis de L5 sur S1 grade II
  - Discrète hernie médiane L5-S1 et paramédiane latérale gauche L4-L5;
- Gonalgies bilatérales chroniques M 25.56
  - Status post chondropathie stade II en 1998
  - Status post méniscectomie partielle interne et externe en 1998
  - Status post algoneurodystrophie en août 1998
- Dysfonctionnement cognitif avec prédominance des troubles frontomnésiques et praxiques F 06.7

**Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail**

- Syndrome polyalgique diffus idiopathique M 25.50
- Ulcère gastrique itératif K 25
- Myocardiopathie hypertrophique non dilative avec léger trouble de la fonction systolo-diastolique I 42.2
- Bégaiement atypique

**APPRECIATION DU CAS**

(...)

M. L.\_\_\_\_\_ présente donc des lombalgies basses chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire dans un contexte de troubles dégénératifs avec rétroliothésis de L5 sur S1. Il présente également des gonalgies droites et gauches dans un contexte d'un status post algoneurodystrophie et post-méniscectomie en 1998. Actuellement, il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une algoneurodystrophie. L'ensemble de la symptomatologie douloureuse rachidienne et des genoux s'inscrit avant tout en avant plan d'un syndrome d'amplification de la douleur pouvant expliquer la présence des 18 points de fibromyalgie et des signes comportementaux selon Waddell. En effet, l'ensemble des éléments objectifs ne permet pas d'expliquer l'importance de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle dont se plaint l'assuré.

*D'un point de vue rhumatologique*, l'examen clinique met essentiellement en évidence des limitations fonctionnelles algiques de la colonne lombaire et des différentes articulations tant au niveau des épaules, des coudes et des genoux. Il est suffisamment rassurant pour ne pas procéder à de plus amples investigations. (...) il n'y a pas d'aggravation de la capacité (recte : de l'incapacité) de travail par rapport au status de 1998 ou 2002. Notre expert estime la capacité de travail de M. L. \_\_\_\_\_ dans son ancienne activité professionnelle de sondeur de l'ordre de 30%. Dans une activité adaptée avec port de charges limitées à 5 kg, en évitant les mouvements d'antéversion, les travaux au-dessus de l'horizontale, avec longs bras de levier et en porte-à-faux, avec temps de repos aménagés, elle peut être estimée à 50%. Cette limitation est essentiellement imputable au vécu douloureux chronique et au status dégénératif tant au niveau rachidien que des genoux.

*D'un point de vue neurologique*, l'examen clinique confirme l'absence de tout signe objectif d'une atteinte médullaire ou radiculaire, notamment au niveau L4-L5 et L5-S1, pouvant contribuer à des lombalgies chroniques. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une étiologie neurologique des lombalgies à l'heure actuelle. L'évaluation neurologique actuelle est d'ailleurs en ligne avec celle-ci (sic) du Dr B. \_\_\_\_\_, neurologue à Lausanne, de l'année 1997.

En ce qui concerne le dysfonctionnement cognitif avec prédominance frontomnésique et praxique, une étiologie neurologique ne peut pas être infirmée notamment en l'absence d'une imagerie cérébrale. Par ailleurs, il n'y a pas de progression de l'atteinte par rapport à 2001, pas de signe somatique d'une atteinte centrale un tel tableau peut être observé dans le cadre de troubles de l'humeur. Il convient donc de compléter le bilan étiologique dans un premier temps par une imagerie cérébrale (...). Quelle que soit l'étiologie, il est évident que ce tableau compromet sérieusement une réinsertion professionnelle et engendre une diminution de la capacité de travail.

L'évaluation psychiatrique met en évidence un tableau superposable à celui décrit par le Dr X. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'expertisé dès 2001, à savoir la prédominance d'un tableau dépressif, actuellement moyen au sens de la CIM-10 ainsi que d'un trouble douloureux persistant, qui peut correspondre au diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant. Par ailleurs, on relève la présence de troubles de la sphère neuropsychologique, dont l'étiologie reste peu claire, mais qui peuvent n'être pas complètement imputables à la dimension dépressive. On peut relever que le médecin traitant, le Dr X. \_\_\_\_\_, évoquait une incapacité de travail de 70% en 2001. A l'heure actuelle, notre évaluation met en évidence un tableau clinique superposable à celui décrit en 2001, malgré l'important traitement mis en place, comportant psychothérapie de soutien, pharmacothérapie, ergosociothérapie, traitement bien suivi et bien investi par l'expertisé.

**Globalement**, en tenant compte des aspects rhumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique discutés plus haut, nous considérons que sa capacité de travail est actuellement

diminuée, et ce même dans une activité allégée du point de vue physique. Il nous paraît qu'il persiste une certaine capacité de travail raisonnablement exigible de l'ordre de 30% dans une activité légère, en respectant les limitations fonctionnelles rhumatologiques et neurologiques mentionnées ci-dessus. Notre avis concernant le degré d'incapacité de travail rejoint donc ceux du directeur de COPAI (...) et du psychiatre traitant. Par rapport à l'expertise de 1998, il y a aggravation de la capacité (recte: incapacité) de travail surtout sur le plan psychiatrique et neuropsychologique. Les douleurs elles sont restées stables.

### RÉPONSES AUX QUESTIONS

- *Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (...) avant la survenue de l'atteinte à la santé ?*  
De l'ordre de 30%.
- *A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins ?*  
Depuis le 24 février 1997, date de l'arrêt de travail de longue durée.
- *Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*  
Estimée à 50% en novembre 1998, elle a diminué surtout pour des raisons psychiatriques et neuropsychologiques depuis juillet 2000 en tous cas, date de la dégradation somatique et psychique constatée par le médecin traitant (et demande d'une prise en charge auprès du Dr X.\_\_\_\_\_).

(...)

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?*  
(...) non.
- *Si non, pour quelles raisons ?*  
L'incapacité de travail résulte principalement d'un trouble somatoforme douloureux, d'un trouble dépressif actuellement modéré mais persistant malgré un traitement bien conduit. Compte tenu de la durée de ces troubles sans réponse thérapeutique significative, une amélioration ultérieure est difficilement imaginable.

(...)"

**b)** Interpellés par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), la Dresse R.\_\_\_\_\_ et le Dr P.\_\_\_\_\_ ont précisé leurs conclusions le 25 avril 2006, faisant état des considérations suivantes :

- les limitations principales actuelles ne sont pas en relation avec le trouble somatoforme (avec ou sans comorbidité psychiatrique), mais bien

avec les limitations rhumatologiques, sur lesquelles se sont greffées des limitations psychiatriques et neuropsychologiques;

- le trouble somatoforme apparaît actuellement comme un diagnostic mineur dans ses répercussions sur la capacité de travail. Dans l'expertise de 1998, les limitations étaient principalement en lien avec les troubles rhumatologiques et le trouble somatoforme. Par la suite, ce sont surtout les limitations en relation avec les troubles neuropsychologiques et le trouble dépressif qui sont devenues prépondérantes;

- il n'y a pas de lien entre les troubles neuropsychologiques et le trouble somatoforme douloureux. L'état dépressif a été de sévérité plus importante, selon le Dr X. \_\_\_\_\_, et, par conséquent, doit être bien différencié du vécu douloureux chronique. Ces diagnostics représentent des entités à part entière, le contexte ayant changé par rapport à 1998;

- dans ce sens, la liste des diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail devrait être libellée autrement et comme suit pour rendre compte de l'importance des différentes pathologies :

"(...)

#### **Diagnostic avec influence sur la capacité de travail**

- Syndrome lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire M 54.60.
  - Troubles dégénératifs pluri-étagés
  - Rétrolisthésis de L5 sur S1 grade II,
  - Discrète hernie médiane L5-S1 et paramédiane latérale gauche L4-L5;
- Gonalgies bilatérales chroniques M 25.56
  - Status post-chondropathie stade II en 1998
  - Status post-méniscectomie partielle interne et externe en 1998
  - Status post-algoneurodystrophie en août 1998
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique F 33.11
- Dysfonctionnement cognitif avec prédominance des troubles frontomnésiques et praxiques F 06.7
- Trouble somatoforme douloureux persistant F 45.4

(...)"

Par ailleurs, la Dresse R. \_\_\_\_\_ et le Dr P. \_\_\_\_\_ estiment qu'il n'y a pas lieu de considérer que les perturbations de l'environnement psychosocial sont mineures (cf. p. 13 du rapport d'expertise). Ainsi, en prenant en compte l'ensemble de ces éléments, il n'apparaît pas justifié de reformuler les conclusions et de modifier l'appréciation de la capacité de travail. Seul le tableau des diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail devrait être modifié par ordre d'importance en termes de répercussions sur la capacité de travail pour plus de clarté et de concordance avec les conclusions.

c) Le 9 mai 2006, le SMR, sous la plume des Drs M. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, s'est déterminé sur le rapport d'expertise du COMAI, du 21 février 2006, de la manière suivante:

"(...)

En conclusion :

Une analyse plus "contemporaine" de cette expertise, à la lumière des récents arrêts du TFA, conduit à considérer que nous sommes en présence d'un **trouble somatoforme douloureux persistant, avec syndrome vertébral lombaire non déficitaire, gonalgies bilatérales chroniques et trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen.**

Or, le trouble somatoforme douloureux persistant n'est pas considéré comme une maladie invalidante au sens de l'AI s'il n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique significative et/ou d'une grave perturbation de l'équilibre psychosocial. Un arrêt récent du TFA (25.11.2004) précise que le diagnostic d'épisode dépressif moyen ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique significative. Les états dépressifs constituent des manifestations d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé;

Dans le cas de notre assuré, on ne peut pas affirmer qu'il existe une grave perturbation de l'environnement psychosocial. J'en veux pour preuve que l'assuré ne formule spontanément aucune plainte de cette nature (...). L'entente conjugale est médiocre, mais le contact avec les enfants reste bon. L'assuré ne fréquente plus le café ou le centre culturel, mais il cultive encore son jardin potager.

Dans cette optique, seules les limitations fonctionnelles objectives devraient être prises en compte. Ceci conduirait à nouveau à admettre une capacité de travail de 30% dans l'activité précédente, mais de 50% dans une activité adaptée.

"(...)"

**d)** Le 12 juillet 2006, le Dr M.\_\_\_\_\_ a établi un nouvel avis médical, complétant et corrigeant celui du 9 mai précédent, dont il ressort ce qui suit :

"(...)

L'avis manuscrit de la Dresse T.\_\_\_\_\_ du 2.3.2000 (réd. : spécialiste FMH en médecine interne et en pneumologie au SMR), mentionne une pleine exigibilité dans une activité adaptée, et une capacité de travail de 50% dans l'ancienne activité, en accord avec les conclusions de l'expertise COMAI de 1998.

Dans un courrier du 25.4.2006, les experts de la [...] précisent : "concernant la capacité de travail il n'y a pas à mon avis de péjoration par rapport au status de 1998 ou 2002" (réd. : cette phrase provient de la page 16 du rapport d'expertise du 21 février 2006 et a été reproduite dans ledit courrier).

On doit donc logiquement conclure que les capacités de travail sont également inchangées, et non pas de 30% et 50% respectivement, comme indiqué par erreur dans mon avis du 9.5.2006 (...).

(...)"

**e)** Par projet de décision du 23 août 2006, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente (demi-rente si cas pénible jusqu'au 31 décembre 2003) depuis le 1<sup>er</sup> février 1998, faisant état des éléments suivants :

- après avoir complété le dossier de l'assuré, il s'avère qu'aucune modification significative de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise de 1998 n'est survenue et qu'une capacité de travail reconnue de 100% dans une activité adaptée doit être maintenue. Au vu de ce qui précède, toute activité légère, sans port de charges supérieures à 5 kg, sans mouvements d'antéversion, sans travaux des bras au-dessus de l'horizontale et sans activités en porte-à-faux, permettant l'alternance des positions et sans marches prolongées, est exigible à 100%. Les activités retenues étant compatibles avec les problèmes de santé de l'intéressé, le préjudice doit être maintenu à 40,54%;

- par ailleurs, selon la jurisprudence constante du TFA, lorsque l'assuré n'a pas - comme en l'espèce - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête sur

la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale;

- 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 service), soit en 1998 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 cons. 4a) 4'268 fr. par mois, part du 13ème salaire comprise (ESS, TA1, niveau de qualification 4);

- 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 1998 (41,9 heures; La Vie économique, 11-2005, p. 86, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'470 fr. 73, ce qui donne un salaire annuel de 53'648 fr. 75;

- 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 supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc);

- compte tenu de l'âge et des limitations fonctionnelles de l'assuré, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié;

- le revenu annuel d'invalidé s'élèverait ainsi à 45'601 fr. 45;

- sans atteinte à la santé, l'assuré pourrait réaliser un gain annuel de 75'660 francs;

- la comparaison de ces deux montants entraîne, après arrondissement, également un taux d'invalidité de 40%.

**f)** Par acte du 22 septembre 2006, L.\_\_\_\_\_, agissant toujours par l'intermédiaire de W.\_\_\_\_\_, a contesté le projet de décision de l'OAI, faisant valoir que les conclusions de ce dernier étaient erronées car elles

se fondaient essentiellement sur l'avis médical du SMR du 12 juillet 2006, dans lequel il était considéré à tort que la capacité de travail de l'assuré ne s'était pas péjorée par rapport à 1998 ou 2002, contrairement au rapport d'expertise du 21 février 2006, qui concluait à une capacité de travail raisonnablement exigible de l'ordre de 30% dans une activité adaptée, appréciation confirmée par les experts dans un courrier du 25 avril suivant.

**g)** Le 6 février 2007, le Dr X.\_\_\_\_\_ a exposé à l'OAI les éléments suivants :

"(...) le 31 août et le 8 septembre 2006, je me suis entretenu par téléphone avec la Dresse R.\_\_\_\_\_ (...) et le Dr P.\_\_\_\_\_ (...).

Il est clairement répété que l'incapacité de travail pour raisons psychiatriques de M. L.\_\_\_\_\_, que j'avais estimée à 70% en 2001, n'avait pas évolué favorablement depuis lors, malgré les mesures thérapeutiques mises en œuvre, avec une collaboration de la part de mon patient. L'incapacité de travail était et est restée arrêtée à 70% et elle n'a jamais été inférieure à ce pourcentage depuis 2001.

(...)

Il est important également que vous sachiez que M. L.\_\_\_\_\_ a présenté une aggravation sévère de l'état anxieux et dépressif après avoir reçu votre projet de décision du 29 août 2006, qu'il a trouvé "injuste et rabaissant". Il a été nécessaire un soutien psychiatrique ambulatoire accru pendant trois à quatre mois pour qu'il retrouve un minimum d'équilibre grâce à la mobilisation aussi de l'entourage significatif.

(...)"

Au courrier du Dr X.\_\_\_\_\_ était jointe une correspondance du 14 décembre 2006 du Dr P.\_\_\_\_\_ au psychiatre traitant, dont il ressort les éléments suivants :

"(...)

Lorsque j'ai évalué M. L.\_\_\_\_\_ le 24.06.2005 dans le cadre d'une expertise multidisciplinaire (...), mes conclusions étaient qu'il souffre d'un trouble dépressif récurrent, d'un trouble somatoforme douloureux persistant, ainsi que d'un trouble cognitif léger, (...). A cette période, on pouvait qualifier l'intensité de la symptomatologie dépressive de moyenne, celle-ci ayant fluctué par période comme c'est la règle avec ce type d'affection. J'ai relevé que depuis que vous suivez M. L.\_\_\_\_\_ (soit 2001), le tableau ne s'était globalement pas amélioré malgré l'importance des mesures

médicales que vous avez pu développer dans ce traitement psychiatrique intégré, par ailleurs bien investi par M. L.\_\_\_\_\_. Ainsi, mon point de vue était que l'incapacité de travail pour raisons psychiatriques de M. L.\_\_\_\_\_, que vous estimiez à 70% en 2001, n'avait évolué favorablement depuis lors.

Il était par ailleurs clair, au terme du colloque multidisciplinaire que nous avons eu le 15.07.2005, que la capacité de travail globale de M. L.\_\_\_\_\_ n'était que de l'ordre de 30%, même dans une activité adaptée, ce qui figure dans les réponses aux questions. Dans ces mêmes réponses (...), nous signalions que si la capacité de travail avait été estimée à 50% en 1998 lors de la première expertise, la situation s'était entre-temps dégradée sur le plan psychiatrique et neuropsychologique, raison pour laquelle vos soins spécialisés avaient été sollicités par le médecin traitant.

Dans ces conditions, il reste pour moi incompréhensible que l'OAI prétende qu'il "s'avère qu'aucune modification significative de votre état de santé n'est survenue depuis l'expertise de 1998 et la capacité de travail reconnue de 100% dans une activité adaptée". Cette affirmation, que l'on peut lire dans le projet d'acceptation de rente de l'OAI du 23.08.2006 (...) ne (sic) paraît simplement erronée au regard des réponses aux questions que nous avons fournies dans le cadre de l'expertise multidisciplinaire.

(...)"

**h)** Le 23 février 2007, le Dr M.\_\_\_\_\_ a requis du Dr P.\_\_\_\_\_ qu'il se détermine sur une apparente contradiction entre l'expertise du 21 février 2006 et le courrier du 14 décembre suivant adressé au Dr X.\_\_\_\_\_, contradiction présentée de la manière suivante :

"(...)

- En page 16 de votre expertise : "*concernant la capacité de travail, il n'y a pas à mon avis de péjoration par rapport au status de 1998 ou 2002*".
- En page 2 de votre courrier : "*il reste pour moi incompréhensible que l'OAI prétende qu'il s'avère qu'aucune modification significative de votre état de santé n'est survenue depuis l'expertise de 1998...*".

(...)"

Par courrier du 19 juillet 2007, le Dr P.\_\_\_\_\_ a exposé au Dr M.\_\_\_\_\_ notamment ce qui suit :

"(...)

Il n'y a pas de contradiction entre ce qui est écrit dans l'expertise du 21.02.2006 et la reformulation que j'ai pu faire au Dr X.\_\_\_\_\_ en date du 14.12.2006. En effet, la citation que vous extrayez de notre expertise multidisciplinaire en page 16, est tirée du rapport de

consultation rhumatologique. Il s'agit donc d'une appréciation uniquement sur le plan rhumatologique. Lorsque l'on se réfère aux réponses globales, faisant suite au colloque de synthèse multidisciplinaire que nous avons eu, nous répondons que la capacité de travail (page 19) a bien diminué, "surtout pour des raisons psychiatriques et neuropsychologiques depuis juillet 2000 en tous cas", période à partir de laquelle une prise en charge psychiatrique a été nécessaire et a démarré auprès du Dr X.\_\_\_\_\_.

Si l'on peut comprendre que des estimations de la capacité de travail spécifique à chaque discipline posent problème lorsqu'elles sont évoquées dans les rapports des consultants intervenant dans le cadre des expertises multidisciplinaires, c'est à nos yeux bien les conclusions globales, issues de la synthèse de l'ensemble des données, discutées lors d'un colloque multidisciplinaire, qui font foi et qui ont valeur de réponses finales aux questions que vous nous posez. De ce point de vue, encore une fois, il paraît clair que l'évolution de l'état de M. L.\_\_\_\_\_ va dans le sens d'une péjoration depuis 1998.

(...)"

**i)** Le 31 août 2007, le SMR, sous la signature du Dr M.\_\_\_\_\_, a établi un avis médical, indiquant que le Dr P.\_\_\_\_\_ avait précisé que seul le status rhumatologique n'avait pas changé depuis 1998, mais que l'état de santé psychique de l'assuré s'était péjoré dès juillet 2000, justifiant ainsi la prise en charge par le Dr X.\_\_\_\_\_. La position du SMR peut se résumer comme suit :

- l'assuré présente des limitations fonctionnelles somatiques objectives qui justifient une incapacité de travail de 50% dans son ancienne activité de soudeur (recte: sondeur);
- ces mêmes limitations fonctionnelles autorisent l'exercice d'une activité adaptée à plein temps;
- par ailleurs, l'assuré présente un trouble somatoforme douloureux persistant accompagné d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique;
- il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie; l'état psychique n'est pas cristallisé; on ne peut pas parler d'échec des traitements et des mesures de réhabilitation, faute de motivation de l'assuré;
- par conséquent, l'incapacité de travail de 70% médicalement attestée n'est pas du ressort de l'Al au vu de la jurisprudence fédérale.

**j)** Par décision du 27 décembre 2007, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 août 2006.

**D. a)** C'est contre cette décision que L.\_\_\_\_\_, agissant par l'intermédiaire de l'avocat Philippe Nordmann, a recouru au Tribunal des assurances du canton de Vaud par acte du 31 janvier 2008, en concluant, avec dépens, principalement à sa réforme en ce sens que le recourant se voit reconnaître le droit à une rente entière de l'AI depuis le 1<sup>er</sup> février 1998, et subsidiairement à son annulation, l'affaire étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

Le recourant fait valoir en substance que, dans la décision du 26 avril 2001, seuls les troubles rhumatologiques ont été pris en compte. Or, l'expertise réalisée par le COMAI en 2006 met en évidence une forte péjoration de l'état de santé du recourant pour des raisons psychologiques et neuropsychologiques, depuis 2000, soit avant la décision initiale. Il convient ainsi de prendre en compte ce volet de l'état de santé de l'intéressé, contrairement aux médecins du SMR qui, en dates des 23 février et 31 août 2007, ont apprécié la seule dimension rhumatologique, retenant qu'il n'y avait pas de péjoration de l'état de santé depuis 1998. L'expertise du COMAI de 2006 retenant notamment le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, diagnostic qui avait déjà été posé par le COMAI dans son rapport de 1998, il ne s'agit pas d'un élément nouveau. Par ailleurs, le recourant soutient que la décision entreprise ne répond pas aux exigences posées par le Tribunal fédéral en matière de motivation des décisions (cf. arrêt du 8 janvier 2008, I 81/2007), dans la mesure où les arguments des médecins du SMR pour justifier le caractère non invalidant du trouble somatoforme douloureux n'y apparaissent pas. En outre, la position des médecins du SMR, s'agissant du trouble somatoforme douloureux, est contestée. En effet, ce trouble est accompagné d'une comorbidité psychiatrique qui va au-delà du simple diagnostic de syndrome dépressif. L'expertise du COMAI montre clairement l'existence

d'un processus maladif - en l'espèce des troubles rhumatologiques - chronique, de longue durée, qui n'a pas connu, même pour une courte période, de phases de rémission et l'assuré présente en sus une perte d'intégration sociale. Pour le surplus, tant les experts du COMAI que le Dr X.\_\_\_\_\_ considèrent qu'une amélioration de l'état de santé du recourant n'est pas envisageable. S'agissant de l'inexistence d'un état psychique cristallisé alléguée par le SMR, on peut valablement s'interroger sur la validité de cette affirmation péremptoire, émanant d'un spécialiste FMH en chirurgie, alors que les avis des psychiatres au dossier font précisément ressortir l'absence d'évolution possible. Il n'est en conséquence pas possible d'exiger de l'assuré qu'il mette en œuvre une éventuelle capacité de travail résiduelle. Dans l'hypothèse où le tribunal de céans devait être d'un avis contraire, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique neutre, afin d'investiguer la gravité des troubles psychiques, leurs liens ou leurs indépendances par rapport au trouble somatoforme douloureux et leurs répercussions sur la capacité de travail du recourant. Enfin, le recourant a relevé que l'expertise mise en œuvre par l'OAI ne répondait pas à la question de savoir dans quelles activités adaptées le recourant serait en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle, que sur ce point, l'instruction menée par l'OAI est insuffisante et que, dans l'hypothèse où la décision entreprise ne serait pas réformée dans le sens demandé par le recourant, elle devrait être annulée.

**b)** Invité à déposer sa réponse au recours, l'OAI a indiqué qu'il ne souhaitait pas se déterminer dans la présente affaire.

**c)** Par courrier du 3 septembre 2008, le juge instructeur a demandé à la Dresse R.\_\_\_\_\_ d'indiquer le genre d'activités concrètes (liste de postes de travail adaptés) qui restent exigibles de l'assuré.

Le 18 septembre 2008, le Dr A.\_\_\_\_\_, médecin-chef au COMAI, et la Dresse R.\_\_\_\_\_ ont indiqué qu'un réadaptateur professionnel serait plus à même d'établir la liste des activités adaptées en fonction des limitations médicalement attestées. Dans tous les cas, ces médecins envisagent, pour l'assuré, un emploi qui ne serait probablement

pas lucratif, puisqu'exercé dans la proportion de 30% en tant que subalterne, voire en atelier protégé.

**d)** Le 29 septembre 2008, le recourant a confirmé ses conclusions.

**e)** Le 3 décembre 2008, le juge instructeur, constatant que la circulation du projet de jugement auprès de la cour chargée de trancher la présente cause avait mis en lumière la nécessité de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, assortie de tests cognitifs, a ordonné une telle expertise, qui a été confiée au G.\_\_\_\_\_ (ci-après : G.\_\_\_\_\_).

**f)** Le rapport d'expertise rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique du 25 juin 2009 (Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie; Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie; Mme K.\_\_\_\_\_, Dr en psychologie, neuropsychologue FSP) contient notamment un résumé des documents médicaux (pp. 3-15), un résumé des documents administratifs (pp. 15-20) et juridiques (pp. 21-27), une anamnèse et des données subjectives, spécialement sur le plan psychiatrique (pp. 29-34), une description des plaintes et données subjectives de l'expertisé (pp. 35-36) ainsi que les constatations objectives sur le plan somatique (pp. 36-37) et sur les plans psychiatrique et neuropsychologique (pp. 37-39). Il prend en compte les examens complémentaires radiologiques réalisés le 12 mai 2009 et les examens de laboratoire effectués le 11 mai 2009 (p. 40) et contient un résumé de l'histoire médicale et du motif de l'expertise (pp. 41-44). Ce rapport retient en particulier ce qui suit :

"(...)

#### DISCUSSION DE L'ASPECT PSYCHIATRIQUE

##### Diagnostic (selon CIM-10)

Le présent examen met en évidence un tableau anxieux et dépressif qui justifie, à mon avis, un double diagnostic. Du côté de la *dépression*, il existe un syndrome dépressif d'intensité significative, avec manifestations subjectives (tristesse, fatigue, anhédonie) et

objectives (tristesse, ralentissement vocal et moteur, triade de Beck). Les éléments du «syndrome somatique» au sens de la CIM-10 sont en nombre suffisants pour que cet élément soit retenu. En conclusion, je retiens le diagnostic d'*épisode dépressif moyen avec syndrome somatique*. Cet épisode est résistant aux traitements, et chronique, puisqu'il est documenté depuis 2001 sans qu'une rémission complète ait été observée depuis lors. La chronicisation et la résistance au traitement a certainement à voir avec la composante anxieuse du tableau clinique, décrite ci-après.

Pour ce qui est de la composante *anxieuse*, il existe des éléments d'anxiété généralisée (ruminations soucieuses), mais ils ne sont pas prédominants et sont en bonne partie réalistes (soucis financiers par exemple). L'élément anxieux majeur est de type social. La biographie de l'expertisé est marquée par un bégaiement sévère apparu dès l'enfance, qui s'est accompagné dès l'origine d'une anxiété sociale significative. De toute évidence, bégaiement et anxiété sociale sont à la fois cause et conséquence l'une de l'autre. On peut affirmer que l'anxiété sociale en relation avec le bégaiement atteint depuis plusieurs années le degré d'une véritable phobie sociale, dans la mesure où l'anxiété provoquée par les situations sociales s'est accompagné de longue date d'un évitement des situations anxiogènes (être et parler en public) et de sensations physiques anxieuses typiques de la phobie sociale (chaleur, rougeur, transpiration excessive). On peut donc retenir le diagnostic de *phobie sociale* associée à un *bégaiement*.

La phobie sociale a commencé pendant la vie active de l'expertisé, puisqu'elle l'a incité par exemple à refuser une promotion professionnelle qui l'aurait exposé à parler devant des groupes de personnes. Mais elle s'est probablement accentuée depuis qu'il ne travaille plus, du fait que le vécu auto-dépréciatif associé à la fin de l'activité lucrative («*je n'ai plus de valeur*») confirmait aux yeux de l'expertisé le ressenti sous-jacent à la phobie sociale («*je ne suis pas à la hauteur, et les autres me jugent comme tel*»), le tout conduisant à un repli social croissant. On peut comprendre que le syndrome dépressif apparu quelque temps après la mise à l'arrêt de travail se soit montré (et se montre encore) résistant aux traitements. La dépression est liée à la perte irréversible des capacités physiques antérieures de l'expertisé, support essentiel de son estime de soi pour ce travailleur manuel parti de rien et au bagage scolaire minimal. Par ailleurs la dépression est entretenue par la présence de la phobie sociale, elle-même sous-tendue par un défaut d'élocution probablement trop «structurel» pour être accessible à un traitement.

En ce qui concerne les plaintes douloureuses, même si elles dépassent peut-être dans une certaine mesure ce qui pourrait être attendu du fait des atteintes somatiques objectives, ces dernières paraissent assez sévères et nombreuses, sur la base de la partie somatique de la présente expertise, pour que l'on ne retienne pas le qualificatif et le diagnostic de douleurs *somatiformes*.

En conclusion, je retiens les diagnostics psychiatriques suivants ayant des répercussions fonctionnelles sur la capacité de travail (cf infra):

- *Episode dépressif moyen avec syndrome somatique* (F32.11), persistant et résistant au traitement
- *Bégaiement* (F98.5)
- *Phobie sociale* (F40.1).

### Capacité de travail

Le trouble dépressif est suffisamment prononcé pour justifier une baisse de l'énergie disponible et une diminution des capacités motivationnelles et cognitives propres à interférer avec le rendement professionnel. Le trouble anxieux couplé au bégaiement aggravent les troubles cognitifs d'origine dépressive en parasitant et en ralentissant le fonctionnement intellectuel (cf. supra, status psychiatrique et neuropsychologique). Le cumul du trouble dépressif et du trouble anxieux me paraît justifier une baisse du rendement de l'ordre de 50%. La baisse du rendement est durable puisque les troubles psychiques se sont installés dans la durée et résistent au traitement spécialisé depuis 2001 au moins.

Au-delà de la baisse du rendement, valable dans toute activité, même celles qui pourraient être adaptées à l'état physique, les troubles psychiques compliquent très sérieusement les possibilités de réinsertion professionnelle. En effet, le ralentissement dépressif et la phobie sociale couplée au bégaiement annihilent quasiment toute perspective de reclassement dans une autre activité. En effet, un tel reclassement exigerait un minimum de formation, donc de cours et en tout cas de contacts sociaux avec des figures étrangères (collègues et/ou d'autorité enseignants, supérieurs). L'anxiété sociale a incité l'expertisé à rester fidèle au même employeur pendant plus de trente ans, après d'ailleurs être entré dans cette entreprise et y être demeuré sous l'aile protectrice de son frère aîné. Il paraît irréaliste d'exiger de lui aujourd'hui, alors qu'il est déprimé et que son anxiété sociale s'est aggravée, qu'il s'expose à un milieu professionnel nouveau et soit en mesure de faire les efforts nécessaires pour réussir une réadaptation professionnelle. Dans cette hypothèse, on peut attendre une augmentation de l'anxiété sociale telle qu'elle se traduise par un trouble panique et/ou un recours à l'alcool.

Il est difficile d'apprécier rétroactivement la situation, mais il paraît probable, au vu de l'histoire clinique et des éléments du dossier, notamment le premier rapport du Dr X. \_\_\_\_\_, que les limitations fonctionnelles constatées aujourd'hui remontent au moins à septembre 2001. L'expertise somatique de 1998 mentionne déjà un ralentissement moteur et des phénomènes de blocage momentanés de l'expression verbale. Néanmoins, en l'absence d'examen psychiatrique il est difficile d'affirmer que les troubles psychiques avaient déjà à cette époque l'ampleur qu'ils ont actuellement et probablement depuis 2001.

(...)

### **ASPECT SOMATIQUE**

M. L. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs diffuses de l'appareil locomoteur au niveau du rachis et au niveau des genoux, de ses épaules, de ses mains, dans une moindre mesure au niveau coxo-fémoral. L'examen

clinique montre un homme de 61 ans, faisant bien son âge, gardant une bonne stature, sans déconditionnement majeur. M. L. \_\_\_\_\_ avoue faire encore régulièrement du jardinage, seule activité résiduelle qui lui reste et qui lui permet de faire face au conflit conjugal en le sortant un peu de chez lui. Il existe un excès pondéral, une hypertension artérielle évidente, importante au niveau diastolique. Le bilan radiologique confirme une polyarthrose avec atteinte rachidienne évolutive par rapport à 1998, et par rapport à 2005. Il existe par ailleurs des signes dégénératifs sévères des épaules, du carpe gauche, une pangonarthrose gauche et une coxarthrose bilatérale. Les limitations fonctionnelles dès lors m'apparaissent plus importantes que celles qui ont été données dans les expertises précédentes, elles concernent le rachis, les petites / grosses articulations des membres supérieurs, les moyennes et grosses articulations des membres inférieurs, le carpe gauche. Ces arthroses ont de toute évidence un potentiel actif, congestif car elles sont, de toute manière, évolutives au niveau lombaire et du genou gauche.

Je ne m'accorde pas aux conclusions du médecin du SMR dans lesquelles le Dr M. \_\_\_\_\_ ne retenait pas d'aggravation entre l'expertise de 1998 et celle de 2006.

Il existe par ailleurs une contre-indication aux anti-inflammatoires non stéroïdiens qui rendent la gestion des douleurs et des poussées congestives plus difficile en raison des multiples récurrences d'ulcère gastrique. Jusqu'à maintenant, il n'en a pas été tenu compte dans les bilans précédents mais ceci me paraît une source de contrôle insuffisant des symptômes liés aux lésions dégénératives de M. L. \_\_\_\_\_.

Enfin, il ne faut pas méconnaître un risque cardiaque évident qui se maintient, lequel est sans doute accentué par le stress actuel que M. L. \_\_\_\_\_ peine à gérer.

Je ne vois guère dans ce contexte quel travail reste exigible pour ce patient au plan somatique.

Il existe une IT (réd. : incapacité de travail) totale actuelle dans l'ancien métier, qui remonte à 2005 au moins sur le plan rétroactif et probablement à une IT partielle en 1998 selon l'expertise du Professeur S. \_\_\_\_\_, les lésions objectives radiologiques étaient moins importantes à ce moment-là. Toutefois, vu l'intolérance aux AINS sur le plan digestif à cause des ulcères récidivants, les douleurs ne pouvaient [être] suffisamment contrôlées. Le Professeur S. \_\_\_\_\_ n'en n'a pas tenu compte, mais la maladie ulcéreuse était active à ce moment-là. Je porte le taux d'exigibilité à 40% en 1998 dans l'ancienne activité.

Lorsqu'un patient ayant des atteintes articulaires multiples ne peut pas prendre un anti-inflammatoire au long cours, il n'a pas le même fonctionnement, ni le même rendement qu'un patient qui peut couvrir ses douleurs correctement par un traitement d'anti-inflammatoires. Ceci est une observation relevant de l'expérience clinique à la consultation de rhumatologie. Par ailleurs, le fait que les arthroses aient une évolution radiologique entre 1998 et 2005 plus importante que le temps écoulé n'aurait laissé suspecté confirme

qu'elles ont fait des poussées congestives depuis 1998 qui auraient pu être mieux contrôlées par un traitement anti-inflammatoire au long cours, à bonne dose.

La multiplicité des atteintes joue un rôle d'effet cumulatif des limitations. Enfin les comorbidités de médecine interne avec la cardiopathie, l'HTA, qui me paraît insuffisamment contrôlée, le diabète, l'hypothyroïdie sont à prendre en compte. Elles provoquent un effet cumulatif synergique interférant négativement avec l'état de santé global, et sur les ressources énergétiques quotidiennes et susceptible accélérer le processus du vieillissement (réf 1). Il est en revanche difficile d'établir avec exactitude le rôle respectif de chaque pathologie et de chaque localisation arthrosique dans l'incapacité globale qui en découle. Il y a lieu d'analyser globalement la situation.

Actuellement, seules des activités occupationnelles entrent en ligne de compte pour cet assuré, dans toute activité et probablement depuis l'échec du stage au COPAI, à la fin 1999.

La présentation clinique est concordante aux constatations objectives. Nous nous écartons dès lors du diagnostic du trouble somatoforme retenu par les experts précédents. La comorbidité psychiatrique débattue par l'expert psychiatre a pu interférer dans le descriptif des plaintes, l'anamnèse est en effet difficile chez cet expertisé, car chaque phrase est interrompue par les tics et le bégaiement. C'est finalement l'observation de la situation sur une évolution de plusieurs années, une aggravation objective déterminante qui permet de nous écarter actuellement d'un diagnostic de trouble somatoforme.

### **ASPECT NEUROPSYCHOLOGIQUE**

Au premier plan, on constate un ralentissement du débit dans le langage oral, un ralentissement global important psychomoteur, les troubles attentionnels marqués, une symptomatologie mnésique et dysexécutive. Par ailleurs, difficultés modérées pour le graphisme à l'écriture, le calcul oral, les praxies constructives et idées motrices.

L'ensemble du tableau montre la persistance de la symptomatologie du langage oral, des fonctions mnésiques, exécutives et praxiques comme constaté à l'examen neuropsychologique de 2005 effectué au [...] par Mme le Pr [...].

(...)

En conclusion, Monsieur est très lent, extrêmement ralenti, avec un manque du mot, un vocabulaire restreint. Les apraxies constructives peuvent être liées à un défaut d'apprentissage en difficulté de calcul. Les difficultés attentionnelles et de mémoire, d'évocation libre, les troubles dysexécutifs pouvant être aggravés parce qu'il déprime. Il n'y a pas de différence significative par rapport au [...], depuis 2005.

### **A.5. DIAGNOSTICS**

### **A.5.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :**

- SPONDYLODISCARTHROSE CERVICALE, LOMBAIRE, ÉVOLUTIVE M47. 8.
- SYNDROME DE CONFLIT SOUS-ACROMIAL BILATÉRAL AVEC ÉBAUCHE D'OMARTHROSE GAUCHE, RUPTURE DES LONGS CHEFS DU BICEPS M75.0.
- ARTHROSE RADIO-CARPIENNE GAUCHE ET ARTHROSE NODULAIRE DES DOIGTS À PRÉDOMINANCE DISTALE M15.9.
- PANGONARTHROSE BILATÉRALE PRÉDOMINANT À GAUCHE, ÉVOLUTIVE M17.9.
- HYPERTENSION ARTÉRIELLE INSUFFISAMMENT CONTRÔLÉE I10.
- CARDIOMYOPATHIE ISCHÉMIQUE CONNUE AVEC ISCHÉMIE SILENCIEUSE I25.9.
- EPISODE DEPRESSIF MOYEN AVEC SYNDROME SOMATIQUE (F32. 11).
- PHOBIE SOCIALE (F40. 1).
- TROUBLES DE L'ÉLOCUTION AVEC BÉGALEMENTS F98.5 ET TICS FACIAUX.
- POSSIBLE DISCRÈTE POLYNEUROPATHIE SENSITIVE E11.4.
- STATUS APRÈS ULCÈRES RÉCIDIVANTS K25.9.

### **Depuis quand sont-ils présents ?**

Cf. supra 1998.

(...)

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

(...)

### **2.1 Comment agissent ces troubles sur la capacité exercée jusqu'ici ?**

#### Au plan physique

Ils limitent totalement l'ancienne activité, ils ne rendent qu'occupationnelle une activité adaptée vu la multiplicité des atteintes et leur localisation.

#### Au plan psychique

Diminution du rendement de 50%.

### **2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail**

#### Au plan physique

Cf. ci-dessus.

#### Au plan psychique

Théoriquement, pleine avec un rendement de 50%. Toutefois, les possibilités de reclassement dans une autre activité, adaptée à l'état physique, paraissent à peu près nulles en raison des troubles psychiques (cf. supra, Discussion de l'aspect psychiatrique, pour la motivation de cette opinion).

(...)

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Au plan physique

Depuis 1997.

Au plan psychique

Septembre 2001, date où les troubles psychiques sont clairement documentés pour la première fois.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Au plan physique

Expertise du COMAI 1998: on pouvait admettre une pleine capacité dans une activité adaptée sur le plan de l'appareil locomoteur comme le relevait le Pr S.\_\_\_\_\_. Toutefois l'observation au COPAI n'a pas prouvé que cet expertisé en avait les capacités, par ailleurs un état dépressif est venu compliquer la situation en tous cas des suites du COPAI, prise en charge par le Dr X.\_\_\_\_\_ depuis 2001.

Par la suite, je me rallie à l'évaluation du COPAI (recte: du COMAI) de 2006 au vu du bilan somatique et neuropsychologique.

Aggravation actuelle, plus aucune capacité restante.

Au plan psychique

Il est probable que les limitations actuelles étaient déjà présentes en septembre 2001.

(...)"

**g)** Se déterminant le 7 août 2009 sur le rapport d'expertise, l'OAI produit un avis médical du SMR du 31 juillet 2009, dont la teneur est la suivante :

"(...)

Au plan diagnostique, l'expertise du G.\_\_\_\_\_ réfute le trouble somatoforme douloureux persistant précédemment retenu par les experts de la [...] en 2006, et avant elle par le COMAI de 1998.

A l'issue de l'examen psychiatrique, il est retenu un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, un bégaiement et une phobie sociale, ainsi que des troubles cognitifs responsables, dans leur ensemble, d'une incapacité de travail de 50% dans toute activité depuis 2001.

Le status somatique montre une atteinte dégénérative de localisation multiple (rachis cervicale et lombaire, ceinture scapulaire, mains et doigts, genoux), en aggravation depuis 1998,

contrairement à ce qu'affirmait le Dr P. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 19.7.2007. Cette atteinte justifie une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité depuis 2005, et partielle depuis 1998. De l'avis de l'expert, seule une activité occupationnelle est envisageable pour cet assuré qui s'occupe néanmoins de son jardin.

La controverse n'est ainsi pas au niveau de l'AI ou du SMR, qui doit se prononcer la plupart du temps sans voir l'assuré sur la base de rapports et d'expertises. Dans cette perspective, la présence ou l'absence d'un trouble douloureux somatoforme persistant joue un rôle capital sur l'estimation de la capacité de travail.

Si l'on admet, comme le font les experts du G. \_\_\_\_\_, que les plaintes somatiques sont expliquées en totalité par l'atteinte somatique, alors l'incapacité de travail de 100% est probablement justifiée.

Si au contraire on admet que les douleurs ostéo-articulaires relèvent principalement d'un trouble somatoforme douloureux persistant, comme l'ont fait les experts en 1998 et 2006, les incapacités de travail doivent être revues à la lumière de la jurisprudence.

Dans le cas d'espèce, nous ne sommes pas en mesure de trancher entre ces deux positions résultant d'observations faites à 3 ans de distance.

L'expertise du G. \_\_\_\_\_ ayant été ordonnée par le Tribunal, il appartient finalement au Tribunal de trancher aussi bien en ce qui concerne les incapacités de travail que leur calendrier.

(...)"

**h)** Se déterminant le 21 août 2009 sur le rapport d'expertise, le recourant expose à titre préliminaire qu'après le renvoi de la cause par le Tribunal fédéral en novembre 2004, il n'était question que d'affections physiques. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux retenu par le COMAI en 1998 et mentionné à nouveau par le COMAI en 2006 doit être considéré comme étrange à la lumière du rapport d'expertise du G. \_\_\_\_\_. Le recourant estime qu'il y a lieu de se référer au rapport d'expertise du G. \_\_\_\_\_, qui a été établi dans le cadre d'une expertise judiciaire, repose sur une analyse complète du dossier, avec huit ans d'information à disposition, et s'inscrit dans la ligne de l'arrêt du Tribunal fédéral de 2004. Analysant et résumant les conclusions des différents experts et médecins sur la capacité de travail, le recourant estime qu'il peut être considéré comme établi que depuis septembre 2001, la capacité de travail est nulle dans toute activité. Reste donc à trancher la question de la capacité de travail en 1997 au moment de la

survenance des atteintes à la santé, et son évolution jusqu'en 2001; à cet égard, après analyse des pièces du dossier, le recourant soutient qu'il faut admettre que sa capacité de travail était nulle en 1998 déjà, moment de la naissance du droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

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

**1. a)** 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'AI (art. 1 LAI; [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), la valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 francs.

**2. a)** Selon la jurisprudence, le droit applicable quant au fond est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2; 127 V 466 consid. 1; 126 V 124 consid. 4b et les références citées).

**b)** Par conséquent, le droit éventuel à une rente de l'AI doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2003, respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi (cf. notamment ATF 130 V 329). En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>e</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4; TFA, I 7/05 du 17 mai 2005, consid. 2, et I 249/04 du 6 septembre 2004, consid. 4).

**3. 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 critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de la capacité de travail résiduelle du recourant et, partant, celle du degré d'invalidité.

**4. 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<sup>er</sup> 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 (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), 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. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins. A partir du 1<sup>er</sup> 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 un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 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. 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 261 consid. 4, 115 V

134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme

d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

**c)** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 s. et 131 V 49 consid. 1.2 p. 50 s.). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (jurisprudence constante confirmée encore récemment notamment dans un arrêt 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2).

**5. a)** En l'espèce, l'OAI, se fondant sur l'avis des médecins du SMR, a considéré dans sa décision du 27 décembre 2007 présentement

attaquée (cf. lettre C.j supra), qui confirmait le projet de décision du 23 août 2006 (cf. lettre C.e supra), que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas péjoré depuis le 26 avril 2001, date de la décision qui avait reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente, compte tenu d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. L'intimé n'a dès lors pas modifié son appréciation de la capacité de travail du recourant par rapport à celle figurant dans la décision du 26 avril 2001 et l'a mis au bénéfice d'un quart de rente (demi-rente si cas pénible jusqu'au 31 décembre 2003).

Le recourant, se basant sur le rapport d'expertise du COMAI daté du 21 février 2006, a fait valoir dans son recours (cf. lettre D.a supra) que son état de santé s'était au contraire péjoré, de sorte que le droit à une rente entière devait lui être reconnu depuis le 1<sup>er</sup> février 1998.

Depuis lors, une expertise judiciaire multidisciplinaire a conclu en substance à une incapacité de travail de 100% dans toute activité sur le plan somatique, tandis que sur le plan exclusivement psychique, la capacité de travail est théoriquement pleine avec un rendement de 50% (cf. lettre D.f supra). Cette expertise réfute le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, estimant que les plaintes somatiques et les douleurs ostéo-articulaires sont expliquées en totalité par les atteintes somatiques. Il convient par conséquent, sur la base des pièces médicales au dossier, de commencer par trancher la question de savoir si et dans quelle mesure on peut retenir une incapacité de travail découlant d'atteintes somatiques d'origine organique avérée, auquel cas le caractère invalidant des troubles n'aurait pas à être examiné sous l'angle des critères posés par la jurisprudence relative au diagnostic (psychiatrique) de troubles somatoformes douloureux persistants.

**b)** La cour de céans considère que l'expertise judiciaire, dont les conclusions sont consignées dans le rapport d'expertise rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique du 25 juin 2009 (cf. lettre C.f supra) et qui a été confiée par la cour de céans à des experts neutres, dans le cadre d'une procédure judiciaire et en toute indépendance des parties, afin de permettre des conclusions actualisées et complètes, selon une

approche multidisciplinaire et en toute connaissance de l'ensemble des avis médicaux figurant au dossier, constitue l'analyse médicale la plus complète et la plus probante de la situation complexe du recourant. Cette expertise se fonde sur une étude circonstanciée de tous les points litigieux importants, sur un examen attentif de l'ensemble des avis médicaux précédemment versés au dossier, sur une anamnèse complète, sur des examens cliniques par l'experte judiciaire rhumatologue et par l'expert judiciaire psychiatre ainsi que sur les tests réalisés par l'experte judiciaire neuropsychologue, ainsi que sur des examens complémentaires radiologiques réalisés le 12 mai 2009 et des examens de laboratoire effectués le 11 mai 2009. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les experts exposent de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles ils s'écartent le cas échéant des conclusions des experts mandatés par l'administration en 1998 puis en 2006.

Sur le plan somatique, le rapport d'expertise judiciaire du 25 juin 2009 contient une description précise et documentée des différentes atteintes constatées et pose des diagnostics plus complets que les précédentes expertises ordonnées par l'intimé. Il souligne que le bilan radiologique confirme une polyarthrose avec atteinte rachidienne évolutive par rapport à 1998, et par rapport à 2005; il existe par ailleurs des signes dégénératifs sévères des épaules, du carpe gauche, une pangonarthrose gauche et une coxarthrose bilatérale. L'experte judiciaire rhumatologue souligne que les limitations fonctionnelles découlant des atteintes somatique lui apparaissent plus importantes que celles qui ont été données dans les expertises précédentes, et concernent le rachis, les petites / grosses articulations des membres supérieurs, les moyennes et grosses articulations des membres inférieurs, le carpe gauche; ces arthroses ont de toute évidence un potentiel actif, congestif car elles sont, de toute manière, évolutives au niveau lombaire et du genou gauche.

L'experte judiciaire rhumatologue retient en outre un élément important dont il n'avait pas été tenu compte dans les bilans précédents, à savoir qu'il existe une contre-indication aux anti-inflammatoires non

stéroïdiens (AINS) qui rend la gestion des douleurs et des poussées congestives plus difficile en raison des multiples récurrences d'ulcère gastrique. Ainsi, le consultant de rhumatologie de l'expertise du COMAI de 1998, le Dr S. \_\_\_\_\_, n'a pas tenu compte du fait que vu l'intolérance aux AINS sur le plan digestif à cause des ulcères récidivants - la maladie ulcéreuse était active à ce moment-là -, les douleurs ne pouvaient pas être suffisamment contrôlées. Or, l'experte judiciaire rhumatologue explique de manière convaincante, en se référant à l'expérience clinique à la consultation de rhumatologie, que lorsqu'un patient ayant des atteintes articulaires multiples ne peut pas prendre un anti-inflammatoire au long cours, il n'a pas le même fonctionnement, ni le même rendement qu'un patient qui peut couvrir ses douleurs correctement par un traitement d'anti-inflammatoires; elle relève par ailleurs que le fait que les arthroses aient une évolution radiologique entre 1998 et 2005 plus importante que le temps écoulé n'aurait laissé suspecté confirme qu'elles ont fait des poussées congestives depuis 1998 qui auraient pu être mieux contrôlées par un traitement anti-inflammatoire au long cours, à bonne dose.

Un autre élément important mis en avant par l'experte judiciaire rhumatologue réside dans le fait que la multiplicité des atteintes joue un rôle d'effet cumulatif des limitations et que les comorbidités de médecine interne avec la cardiopathie, l'hypertension artérielle - laquelle paraît insuffisamment contrôlée -, le diabète et l'hypothyroïdie provoquent un effet cumulatif synergique interférant négativement avec l'état de santé global, et sur les ressources énergétiques quotidiennes et susceptible d'accélérer le processus du vieillissement. Soulignant qu'il est en revanche difficile d'établir avec exactitude le rôle respectif de chaque pathologie et de chaque localisation arthrosique dans l'incapacité globale qui en découle, l'experte judiciaire rhumatologue procède à une analyse globale de la situation.

Constatant que la présentation clinique est concordante aux constatations objectives, l'experte judiciaire rhumatologue expose de manière motivée les raisons pour lesquelles elle s'écarte du diagnostic de trouble somatoforme qui avait été évoqué pour la première fois dans

l'expertise du COMAI de 1998 et avait à nouveau été retenu par le COMAI en 2006. Elle souligne que c'est finalement l'observation de la situation sur une évolution de plusieurs années, une aggravation objective déterminante - ce qui constitue un élément nouveau déterminant par rapport aux précédentes expertises mandatées par l'administration - qui lui permet de s'écarter aujourd'hui d'un diagnostic de trouble somatoforme. Ces constatations sont entièrement partagées par le co-expert judiciaire psychiatre, qui estime que même si les plaintes douloureuses dépassent peut-être dans une certaine mesure ce qui pourrait être attendu du fait des atteintes somatiques objectives, ces dernières paraissent assez sévères et nombreuses, sur la base de la partie somatique de l'expertise, pour que l'on ne retienne pas le qualificatif et le diagnostic de douleurs somatoformes.

Au regard du rapport d'expertise judiciaire du 25 juin 2009, dont les conclusions sont fondées sur l'analyse la plus étendue et la plus récente de la situation du recourant, il y a lieu de se distancer des conclusions des précédentes expertises ordonnées par l'intimé en ce sens qu'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être écarté. Il convient en effet à cet égard de relever qu'un tel diagnostic avait déjà été évoqué dans le cadre de l'expertise du COMAI de 1998 par le consultant en rhumatologie, le Dr S.\_\_\_\_\_. Toutefois, quand bien même le diagnostic de troubles somatoformes douloureux touchant la région lombaire et la jambe droite avait été retenu par les experts du COMAI (le Prof. H.\_\_\_\_\_ et la Dresse Q.\_\_\_\_\_), ceux-ci avaient précisé que le volet somatoforme, évoqué par le consultant en rhumatologie, ne semblait pas dominer le volet somatique confirmé par CT-scan et IRM, et qu'il ne semblait pas s'agir d'une forme somatoforme grave de type incurable, ni d'une exagération volontaire. Au surplus, aucune analyse psychiatrique - indispensable selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances lorsqu'il s'agit de retenir des troubles somatoformes douloureux - n'avait alors eu lieu, et tant l'OAI, dans sa première décision du 26 avril 2006 (cf. lettre B.b supra), que le Président du Tribunal des assurances dans son jugement du 20 juin 2003 (cf. lettre B.d supra) et enfin le Tribunal fédéral des assurances dans son arrêt du 10 novembre 2004 (cf. lettre B.f supra)

avaient fondé leur analyse juridique sur l'existence des importants troubles somatiques présentés par le recourant et non sur d'éventuels troubles somatoformes douloureux.

Dans le rapport d'expertise du COMAI du 21 février 2006, les experts, exposant que l'ensemble des éléments objectifs ne permettait pas d'expliquer l'importance de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle dont se plaignait l'assuré, ont posé, outre les diagnostics somatiques de syndrome lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (M 54.60 : troubles dégénératifs pluri-étagés; rétrolisthésis de L5 sur S1 grade II; discrète hernie médiane L5-S1 et paramédiane latérale gauche L4-L5) et de gonalgies bilatérales chroniques (M 25.56 : status post-chondropathie stade II en 1998; status post-méniscectomie partielle interne et externe en 1998; status post-algoneurodystrophie en août 1998), les diagnostics psychiatriques de trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11). Interpellés par le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR, la Dresse R. \_\_\_\_\_ et le Dr P. \_\_\_\_\_ ont précisé leurs conclusions le 25 avril 2006, en ce sens que les limitations principales qu'ils avaient constatées n'étaient pas en relation avec le trouble somatoforme (avec ou sans comorbidité psychiatrique), qui apparaissait comme un diagnostic mineur dans ses répercussions sur la capacité de travail, mais bien avec les limitations rhumatologiques, sur lesquelles s'étaient greffées des limitations psychiatriques et neuropsychologiques; ils ont souligné que l'état dépressif, qui avait été de sévérité plus importante par le passé, devait être bien différencié du vécu douloureux chronique et représentait une entité diagnostique à part entière.

Cette analyse est confirmée par le rapport d'expertise judiciaire du 25 juin 2009, qui pose le diagnostic séparé d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), persistant et résistant au traitement depuis 2001, et pose en outre, sur le plan psychiatrique, les diagnostics, ayant également des répercussions

fonctionnelles sur la capacité de travail, de bégaiement (F98.5) et de phobie sociale (F40.1).

Pour ces motifs, la cour retient, en adhérant aux conclusions du rapport d'expertise judiciaire du 25 juin 2009, que les plaintes somatiques et les douleurs ostéo-articulaires doivent être rattachées en totalité aux atteintes somatiques objectivées, qu'il n'y a donc pas lieu de retenir l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant et que les diagnostics psychiatriques d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), persistant et résistant au traitement depuis 2001, de bégaiement (F98.5) et de phobie sociale (F40.1) doivent être appréciés pour eux-mêmes et leurs répercussions sur la capacité de travail appréciée conformément aux conclusions de l'expertise judiciaire. Il convient d'ailleurs de souligner qu'au regard de l'analyse faite ci-dessus des expertises réalisées en 1998 et 2006 sur mandat de l'intimé, il apparaît clairement erroné d'affirmer, comme le fait le Dr M. \_\_\_\_\_ dans son avis médical SMR du 31 juillet 2009 (cf. lettre D.g supra), que les expertises de 1998 et 2006 auraient retenu que "les douleurs ostéo-articulaires relèvent principalement d'un trouble douloureux somatoforme persistant".

**c)** Il convient maintenant de déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant.

**aa)** Au vu des conclusions claires et convaincantes de l'expertise judiciaire, il y a lieu de retenir qu'en raison de la multiplicité des atteintes somatiques et de leur effet cumulatif synergique, le recourant présente actuellement une incapacité de travail totale dans toute activité, seules des activités occupationnelles entrant en ligne de compte. Le Dr M. \_\_\_\_\_, dans son avis médical SMR du 31 juillet 2009 (cf. lettre D.g supra), estime d'ailleurs que l'incapacité de travail de 100% retenue par les experts judiciaires est "probablement justifiée" dans la mesure où l'on devrait admettre - ce qui est le cas, comme on vient de le voir - que les plaintes somatiques sont expliquées en totalité par l'atteinte somatique.

S'il convient ainsi de retenir que le recourant présente actuellement une incapacité de travail totale dans toute activité, il reste à déterminer depuis quand cette incapacité totale de travail doit être admise, respectivement quelle a été l'évolution de la capacité de travail du recourant depuis le 1<sup>er</sup> février 1998, date de l'ouverture du droit à la rente.

**bb)** Pour l'année 1998, le rapport d'expertise judiciaire du 25 juin 2009 se réfère aux considérations du Dr S.\_\_\_\_\_, consultant en rhumatologie dans le cadre de l'expertise du COMAI de 1998, qui retenait une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle. L'experte judiciaire rhumatologue porte le taux d'exigibilité à 40% en 1998 dans l'ancienne activité pour tenir compte du fait que, vu l'intolérance aux AINS sur le plan digestif à cause des ulcères récidivants, les douleurs ne pouvaient pas être suffisamment contrôlées, ce qui conduisait à une baisse de rendement. Les lésions objectives radiologiques étant moins importantes en 1998 qu'actuellement, l'experte judiciaire rhumatologue se rallie à l'avis exprimé en 1998 par le Dr S.\_\_\_\_\_, selon lequel on pouvait admettre une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan de l'appareil locomoteur.

Ces conclusions ne tiennent toutefois pas compte du fait qu'alors que le rapport du COMAI du 9 novembre 1998 retenait que la capacité de travail exigible "pourrait être de 100%" dans un emploi adapté, excluant le port de charges et les travaux lourds et offrant la possibilité de positions alternées debout/assis, ce même COMAI a révisé dans son nouveau rapport d'expertise du 21 février 2006 son estimation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Il a en effet indiqué que dans une activité adaptée avec port de charges limitées à 5 kg, en évitant les mouvements d'antéversion, les travaux au-dessus de l'horizontale, avec longs bras de levier et en porte-à-faux, avec temps de repos aménagés, la capacité de travail pouvait être estimée à 50% (sur le seul plan rhumatologique), cette limitation étant essentiellement imputable au vécu douloureux chronique et au status dégénératif tant au niveau rachidien qu'à celui des genoux; il a clairement indiqué que la

capacité de travail devait être estimée à la date du premier rapport d'expertise du 9 novembre 1998 - et donc, de l'avis de la cour, également à la date du 1<sup>er</sup> février 1998, en l'absence d'évolution de l'état de santé du recourant entre février et novembre 1998 - à 50% dans une activité adaptée (cf. lettre C.a supra).

Il convient d'ailleurs de relever que dans l'avis SMR du 9 mai 2006, les Drs M. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ ont estimé sur la base du rapport d'expertise du 21 février 2006 qu'en prenant en compte les seules limitations fonctionnelles objectives, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée. C'est à tort que le Dr M. \_\_\_\_\_ a cru pouvoir corriger cet avis dans un nouvel avis SMR du 12 juillet 2006 en concluant à une capacité de travail entière dans une activité adaptée pour le motif que le rapport d'expertise du 21 février 2006 indiquait que sur le plan rhumatologique, il n'y avait pas eu de péjoration de la capacité de travail par rapport au status de 1998 ou 2002. En effet, le fait qu'il n'y ait pas eu de péjoration de la capacité de travail sur le plan rhumatologique depuis 1998 ne permet pas de s'écarter de la nouvelle évaluation de la capacité de travail à cette date qui a été faite dans le rapport d'expertise du 21 février 2006, alors que le stage au COPAI de 1999 avait démontré le caractère illusoire d'une exigibilité de 100% dans une activité adaptée, le taux de rendement à long terme de l'intéressé, explicable avant tout par des facteurs somatiques, étant de l'ordre de 30% à 35% (cf. lettre A.f supra).

Pour les raisons exposées ci-dessus, la cour de céans estime qu'il y a lieu de retenir qu'en raison des seules atteintes somatiques, le recourant présentait au 1<sup>er</sup> février 1998 une capacité de travail résiduelle de 40% dans son activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée.

Dès lors que l'exercice à 40% de l'activité habituelle du recourant permettait une meilleure mise en valeur de la capacité de gain résiduelle que l'exercice à 50% d'une activité adaptée, le degré d'invalidité au 1<sup>er</sup> février 1998 doit être déterminé sur la base d'une comparaison entre le revenus sans invalidité dans l'activité habituelle de

sondeur (75'660 fr.) et le revenu avec invalidité dans l'activité habituelle exercée à 40% (30'264 fr.), ce qui aboutit à un degré d'invalidité de 60%.

Il s'ensuit que le recourant, compte tenu des dispositions applicables *ratione temporis* (cf. consid. 2b et 4a *supra*), a droit à une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 60%, depuis le 1<sup>er</sup> février 1998.

**cc)** Il convient maintenant d'établir quelle a été l'évolution de l'incapacité de travail du recourant dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, entre le 1<sup>er</sup> février 1998 (où elle était de 60% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée; cf. consid. 5c/bb *supra*) et la date du rapport d'expertise judiciaire du 25 juin 2009 (où elle était totale dans toute activité; cf. consid. 5c/aa *supra*).

Le rapport d'expertise judiciaire du 25 juin 2009 n'indique pas clairement à partir de quel moment le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité en raison des seules atteintes somatiques. L'experte judiciaire rhumatologue indique toutefois dans la discussion de l'aspect somatique qu'actuellement, en raison de la multiplicité des atteintes somatiques, seules des activités occupationnelles entrent en ligne de compte, "dans toute activité et probablement depuis l'échec du stage au COPAI à la fin de 1999". A un autre endroit de la discussion de l'aspect somatique, l'experte judiciaire rhumatologue indique qu'il existe une incapacité de travail totale actuelle dans l'ancien métier, "qui remonte à 2005 au moins sur le plan rétroactif". Enfin, dans la réponse à la question 2.6, l'experte judiciaire rhumatologue indique qu'après 1998, elle se rallie à l'évaluation du COPAI (recte: du COMAI) de 2006 au vu du bilan somatique et neuropsychologique. Il ressort ainsi du rapport d'expertise judiciaire du 25 juin 2009 que l'incapacité totale de travail du recourant en raison des seules atteintes somatiques remonte à 2005 au plus tard et qu'entre 1998 et 2005, il y a eu une aggravation de l'incapacité de travail - consécutive à l'évolution des atteintes ostéoarticulaires - sans que celle-ci ne soit encore totale. Sur ce point, l'experte judiciaire rhumatologue fait remonter cette aggravation

"probablement" à l'échec du stage au COPAI à la fin de 1999, tout en déclarant plus loin, en réponse à la question 2.6, se rallier à l'évaluation de la capacité de travail effectuée par le COMAI en 2006.

Dans ces conditions, il convient de se référer au rapport d'expertise du COMAI du 21 février 2006 pour déterminer à quel moment il y a eu aggravation de l'incapacité de travail du recourant et quel était le taux en pour-cent de cette incapacité de travail ensuite de cette aggravation. Or sur ce point, les experts du COMAI ont retenu dans leurs réponses aux questions que depuis 1998, la capacité de travail du recourant "a diminué surtout pour des raisons psychiatriques et neuropsychologiques depuis juillet 2000 en tous cas, date de la dégradation somatique et psychique constatée par le médecin traitant et de la demande d'une prise en charge auprès du Dr X. \_\_\_\_\_". Quand bien même les experts du COMAI indiquent que la diminution de la capacité de travail était due surtout à des raisons psychiatriques et neuropsychologiques, ils se réfèrent à la dégradation constatée par le médecin traitant tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Par ailleurs, il doit être aujourd'hui retenu, à la lumière de l'expertise judiciaire – dont, comme on l'a déjà dit, les conclusions sont fondées sur l'analyse la plus étendue et la plus récente de la situation du recourant –, qu'indépendamment des atteintes psychiques, il y a eu postérieurement à 1998 une péjoration des atteintes ostéoarticulaires qui a entraîné une aggravation de l'incapacité de travail du recourant tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, aggravation qui s'est poursuivie pour entraîner, en raison des seules atteintes somatiques, une incapacité totale de travail depuis 2005 au plus tard. Cela étant, il convient en définitive de retenir, sur la base des constatations du rapport d'expertise du COMAI, que cette aggravation est intervenue depuis juillet 2000 et que depuis cette date, le recourant a présenté une incapacité de travail de 70% aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Il s'ensuit que dès le mois de juillet 2000 en tout cas, le recourant présentait une incapacité de travail de 70% dans toute activité. Sur la base d'une comparaison entre le revenu sans invalidité dans

l'activité habituelle de sondeur (75'660 fr.) et le revenu avec invalidité dans l'activité habituelle exercée à 30% (22'698 fr.), on aboutit en juillet 2000, ensuite de l'aggravation de l'état de santé, à un degré d'invalidité de 70%. Ce degré d'invalidité ouvre au recourant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2000, soit trois mois après l'aggravation (art. 88a al. 2 RAI). L'aggravation ultérieure de l'incapacité de travail, qui aboutit à une incapacité de travail totale dans toute activité – et donc à un degré d'invalidité de 100% – depuis 2005 en tout cas, est sans incidence sur le droit à la rente, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de pouvoir fixer la date précise à partir de laquelle cette aggravation est intervenue.

**6. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision rendue le 27 décembre 2007 par l'OAI réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 60%, depuis le 1<sup>er</sup> février 1998, puis à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 70% (respectivement de 100% dès 2005), depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2000.

**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 la Cour des assurances sociales est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI).

En l'espèce, le recourant obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI; en effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public.

L'OAI versera en revanche au recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, une indemnité à

titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD), qu'il convient, en application de l'art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 (RSV 173.36.5.2), de fixer à 2'000 francs.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 27 décembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> février 1998, puis à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2000.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. Une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à verser au recourant à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne (pour le recourant)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey

- 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 :