

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 avril 2011

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :       Mme Röthenbacher et M. Neu  
Greffier       :       M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Claude Perroud,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA; 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (l'assuré), né en 1962, marié et père de deux enfants, sans formation professionnelle, a travaillé comme manoeuvre dans le bâtiment, auprès de l'entreprise K.\_\_\_\_\_ SA, à Z.\_\_\_\_\_, de 1987 à 1994, puis, à la suite de la faillite de cette société, comme coffreur au service de X.\_\_\_\_\_, à W.\_\_\_\_\_, et enfin, cette dernière étant aussi tombée en faillite, au service de l'entreprise Q.\_\_\_\_\_, à Z.\_\_\_\_\_, au taux de 50 %, dès le 6 juillet 1998. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 6 juillet 1998, sollicitant l'octroi d'une rente.

En raison d'une incapacité de travail de 100 % ayant débuté le 20 mai 1997, l'assuré a, durant l'été 1997, suivi pendant trois semaines un traitement ambulatoire quotidien auprès de l'Unité rachis et réhabilitation de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_ et a bénéficié de quelques blocs anesthésiques au niveau lombaire, sans modification des plaintes. En automne 2001, il a de nouveau bénéficié d'une prise en charge stationnaire de trois semaines.

Dans leur rapport du 21 août 1998, les médecins du Service de neurologie de l'Hôpital N.\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué une discopathie L4-L5 avec protrusion discale, sans mise en évidence radiologique d'un conflit radiculaire à ce niveau.

Dans son rapport du 23 novembre 1998, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que celui-ci, en enfonçant un clou le 20 mai 1997, a été victime d'un blocage soudain de la colonne lombaire et de douleurs, auxquels se sont ajoutés, depuis septembre 1997, des douleurs cervico-scapulaires et à l'épaule gauche. Les douleurs sont fortes. Le praticien pose les diagnostics de lombalgies chroniques, de discopathie L4-L5 et de coxa profunda bilatérale, l'incapacité de travail ayant été de 100 % du 20 mai 1997 au 7 juin 1998 et étant de 50 % depuis cette date et pour une durée indéterminée. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a confirmé son appréciation dans son

rapport du 24 septembre 1999. Dans sa lettre à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) du 25 octobre 1999, il précise que l'incapacité de travail de 50 % concerne l'activité de coffreur, que la possibilité d'une autre activité adaptée ne pourrait être évaluée que par un stage de réorientation professionnelle Oroph, et que les limitations fonctionnelles consistent en une fatigue rapide et une augmentation des douleurs. Selon le rapport de ce médecin traitant du 31 octobre 2000, l'état de santé de son patient est stationnaire, allant plutôt vers une péjoration. Les diagnostics sont: hernie discale L4-L5 médiane-gauche, lombo-sciatique chronique récidivante et coxa profunda bilatérale, l'incapacité de travail étant de 50 % à 75 %. J.\_\_\_\_\_ a des douleurs lombaires vertébrales et musculaires, des douleurs aux insertions sacro-pelviennes, ainsi qu'aux deux fesses, irradiant jusqu'au pied gauche; un travail adapté apparaît douteux, le patient n'ayant pas seulement des douleurs en portant des charges, mais aussi en faisant des mouvements en inclinaison et en rotation sans charge.

Par projet de décision du 20 mars 2001, l'OAI, considérant que la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée est entière, a rejeté sa demande de rente, tout en demeurant ouvert à l'octroi de mesures professionnelles.

Sur mandat de l'OAI, l'assuré a suivi un stage au centre Oroph, à Yverdon-les-Bains, agissant en qualité de Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après: COPAI), du 3 au 28 septembre 2001, le rapport de fin de stage étant établi le 11 octobre 2001. Les responsables du stage rapportent qu'au "sondage d'inconfort (échelle de 1 à 10)", l'assuré signale des douleurs d'une intensité 6 à la gauche du cou, à l'épaule gauche et à la jambe inférieure gauche, de 9 au bas du dos, et s'attribue une "note globale d'inconfort" pour l'ensemble du corps de 9; il évalue ses capacités au PACT à un score de 51 points correspondant à une inactivité professionnelle. Les responsables observent "un homme souffrant d'un inconfort dorsal permanent"; les positions statiques (debout ou assises) ne peuvent être tenues au-delà de 15 à 20 minutes. Selon eux, "malgré ses difficultés physiques évidentes,

M. J.\_\_\_\_\_ donne ce qu'il peut, il se plie à toutes nos exigences et il agit avec attention. Ses prestations sont généralement de bonne facture." Pour ce qui est des limitations fonctionnelles et contre-indications, l'intéressé ne peut assumer les positions statiques de travail ainsi que les positions inhabituelles et contraignantes (accroupi, à genoux, en porte-à-faux); il ne peut déplacer ou porter des charges supérieures à 5 kg, ni assurer la continuité de mouvements répétitifs moyennement intensifs, et il est limité dans les gestes en amplitude, en flexion, extension et rotation du torse; l'activité exercée actuellement (réd.: celle de coffreur auprès de Q.\_\_\_\_\_) est contre-indiquée, même à 50 %. La présence d'un inconfort permanent et, partant, la quête systématique d'un confort supportable sollicitent une grande part de son énergie, ce qui perturbe la concentration et la mémorisation. Le niveau intellectuel du stagiaire est insuffisant pour lui permettre d'envisager une nouvelle formation, une mise au courant simple et pratique étant par contre envisageable. L'appréciation de la capacité de travail est la suivante: "A l'heure actuelle et compte tenu de l'état de santé de l'assuré, le taux de rendement raisonnablement exigible est inférieur à 40 %". La conclusion du rapport est la suivante : "Au terme de l'examen, notre équipe d'observation est d'avis que la capacité résiduelle de travail de M. J.\_\_\_\_\_ est trop faible pour pouvoir être exploitée dans le milieu économique. Pour l'heure, seule une activité occupationnelle de quelques heures par semaine est à sa portée."

Dans son rapport du 8 octobre 2001, établi à la suite d'examens pratiqués les 28 août, 4 et 25 septembre 2001, le médecin conseil du COPAI, le Dr B.\_\_\_\_\_, estime que l'assuré est en bon état général et a une musculature symétrique et bien développée; au rachis, il présente une hypercyphose dorsale et un creusement léger de la lordose lombaire; la ligne des épaules et celle du bassin sont horizontales, et il n'y a pas de scoliose; il y a une contracture musculaire lombaire bilatérale plus marquée à droite de D12 à L2 et à gauche de L2 à L5; le pincer-rouler est douloureux dans ces zones; l'examen neurologique est symétrique et non-déficitaire. Il ressort du rapport que l'état de santé somatique de l'assuré tel que constaté objectivement est resté stable entre le premier et

le dernier des trois examens, hormis la contracture musculaire. Le médecin conseil conclut son rapport comme il suit: "A l'examen nous constatons des troubles statiques vertébraux, une contracture musculaire paravertébrale bilatérale et une limitation fonctionnelle essentiellement du segment lombaire. Les plaintes augmentent au cours du stage et, effectivement, on constate une contracture musculaire plus étendue à la fin du stage qu'au début. On observe la même chose à l'atelier: cet homme est fatigable au fil des heures dans la journée et au fil des jours dans le stage, si bien que ses rendements diminuent progressivement. A l'atelier, cet homme souffre visiblement. Il n'a pas de bon appui, pas de bonne position. Il alterne la position assis-debout et doit se dérouiller par quelques pas fréquemment, plusieurs fois par heure. Evidemment ses rendements s'en ressentent beaucoup et ils sont habituellement inférieurs à 40 %. La bonne volonté du patient n'est pas en cause et c'est d'ailleurs un ouvrier apprécié dans son entreprise. Au terme de ce stage, notre groupe d'observation ne pense pas que cet homme peut améliorer ses performances actuelles, même dans un travail plus léger que celui de coffreur. Il atteint des rendements d'au mieux 40 % dans la journée entière. Sur le plan médical, il n'y a pas de possibilité d'amélioration; c'est dire que nous ne sommes pas optimistes concernant l'avenir professionnel de cet homme."

Les médecins du Service médical régional AI (ci-après: SMR), soit les Drs A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et C.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, ont déposé leur rapport le 7 mars 2002, fondé sur un examen clinique pluridisciplinaire du 4 mars 2002. Dans l'anamnèse, ces médecins relèvent que J.\_\_\_\_\_ a ressenti quelques douleurs lombaires durant le mois de mai 1997, sans qu'il y ait eu modification de ses activités professionnelles, et que, le 20 mai 1997, alors qu'il s'était agenouillé devant un coffrage et qu'il enfonçait un clou - activité quotidienne pour lui -, il a ressenti brutalement une vive douleur lombaire. Objectivement, l'assuré est en bon état général, athlétique, avec une musculature bien conservée; il existe de discrets troubles de la statique vertébrale dans le sens d'une discrète projection en avant de la tête et du

cou, d'une hypercyphose dorsale, d'un abaissement de la clé de voûte de la cyphose dorsale ainsi que de discrets troubles de la mobilité du rachis; l'examen neurologique est normal. Il n'y a pas de troubles au plan psychiatrique, notamment pas d'état dépressif ou anxieux, l'intéressé restant au surplus positif et ayant bon espoir que l'on trouve une solution à ses douleurs. Selon le SMR, "les multiples examens radiologiques et neuro-radiologiques à disposition ne mettent en évidence que des troubles dégénératifs mineurs au niveau cervical et au niveau lombaire. On est donc amené à admettre qu'il existe une importante discordance entre l'importance majeure des plaintes annoncées par ce patient et les constatations objectives qui sont très discrètes et auxquelles se surajoutent, de surcroît, des signes évocateurs d'une participation non organique à la problématique." Les médecins du SMR posent les diagnostics de "discrets troubles statiques et dégénératifs cervico-dorso-lombaires étagés" et de "trouble somatoforme douloureux". Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: possibilité d'alterner, au moins une fois par heure, la position assise et la position debout; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 10 kg; pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg; pas de travail en position debout immobile prolongée ou, surtout, en porte-à-faux statique prolongé du rachis: pas de travail sur des engins vibrants. La capacité de travail exigible est évaluée à 50 % dans l'activité de coffreur, mais à 100 % "dans une activité adaptée au plan bio-mécanique". L'assuré ne présente "pas d'incapacité de travail en rapport avec une affection psychiatrique"; le trouble somatoforme douloureux est ainsi sans influence sur sa capacité de travail. Des mesures professionnelles ne paraissent pas envisageables.

L'OAI a, par décision du 8 mai 2002, refusé à l'assuré l'octroi de toute rente, au motif que son taux d'invalidité, arrêté à 25 % par comparaison des gains, n'ouvre pas droit à une telle prestation. Le revenu sans invalidité est évalué à 66'582 fr., le revenu d'invalidité à 49'857 fr. 60, sur la base de six descriptions de poste de travail (ci-après: DPT) concernant des postes de gardiennage (parking), de montage et petites soudures industrielles, de conditionnement et de contrôle, d'usinage de pièces industrielles (décolletage et ébavurage), ainsi que d'opérateur sur

machines préréglées, ces activités simples ne nécessitant pas de formation professionnelle particulière.

**B.** Par acte du 14 juin 2002, J.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision, concluant à l'octroi d'une rente AI entière dès le 1<sup>er</sup> mai 1998. Au titre de mesure d'instruction, il a requis la tenue d'une audience d'instruction et de jugement, lors de laquelle devraient être entendus son employeur, le Dr V.\_\_\_\_\_ et un représentant du COPAI. Le 20 juillet 2004, le recourant a produit diverses pièces, dont un rapport que lui a adressé le 17 mai 2002 le Dr V.\_\_\_\_\_, qui marque son désaccord avec l'appréciation faite par le SMR. Ce praticien diagnostique une arthrose unco-vertébrale C2-4, une discopathie ébauchée C3-5, une discopathie ébauchée L3-4 et L5-S1, une hernie discale médiane L4-5, sans compression radiculaire, une spondylarthrose lombaire basse ainsi qu'une coxa profunda avec symptômes d'impingement bilatéral. Le médecin traitant considère que les travaux légers préconisés par l'OAI nécessitent le maintien prolongé de la station debout et de la position assise et ne coïncident ainsi pas avec les limitations fonctionnelles posées, et qu'une réadaptation dans un travail théoriquement plus adapté risque d'aboutir à une incapacité totale, comme démontré par les essais effectués au COPAI où le rendement fourni a été inférieur à 40 %.

Par jugement du 24 novembre 2004 (AI 213/02 - 24/2005), le Tribunal des assurances a rejeté le recours.

Par arrêt du 7 novembre 2005 (cause n° I 248/05), le Tribunal fédéral des assurances a admis partiellement le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des motifs. La Haute Cour retenait en substance ce qui suit:

« Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (...). En particulier, lorsque l'appréciation d'un COPAI diverge sensiblement de celle des médecins d'un COMAI, il incombe à l'administration ou, en cas de recours, au juge de confronter les deux appréciations, au besoin en requérant un complément d'instruction de la part du COPAI ou du

COMAI (consid. 4.3, publié dans Plädoyer 2004/3 p. 64, de l'arrêt G. du 24 octobre 2003, I 35/03). (...) En l'espèce, l'OAI et la juridiction cantonale ont fixé la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée en se fondant uniquement sur les conclusions de l'examen clinique pluridisciplinaire du SMR (lequel est un examen médical, à l'instar de ce que fait le COMAI), à l'exclusion de l'appréciation professionnelle faite par le COPAI. Pourtant, les conclusions du COPAI sont corroborées par celle de son médecin-conseil ainsi que par le médecin traitant du recourant, spécialiste en chirurgie orthopédique. Certes, comme le relève la juridiction cantonale, il découle du dossier médical une discordance entre les douleurs alléguées et les troubles constatés objectivement. Toutefois, malgré l'absence de déficit neurologique correspondant constaté par les docteurs B.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, ces derniers n'ont pas conclu au diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Dans son rapport du 17 mai 2002 - produit par le recourant en instance cantonale de recours -, le docteur V.\_\_\_\_\_ a fait état d'un certain nombre de troubles (arthrose unco-vertébrale C2-4, discopathie ébauchée C3-5, L3-4 et L5-S1, hernie discale médiane L4-L5, sans compression radiculaire, spondylarthrose lombaire basse et coxa profunda avec symptômes d'impingement bilatéral) en expliquant qu'une altération pathologique constatée radiologiquement ne permettait pas de préjuger de la sévérité des troubles et de leur incidence douloureuse. Quant au docteur B.\_\_\_\_\_, il a pour sa part relevé des troubles statiques vertébraux, une contracture musculaire paravertébrale bilatérale et une limitation fonctionnelle du segment lombaire. Il a insisté sur les souffrances induites par lesdits troubles, lesquelles empêchaient le recourant d'atteindre un rendement supérieur à 40 pour cent, et ceci en dépit d'une manifestation de volonté sans faille de la part de ce dernier. Dans la mesure où l'appréciation médicale du SMR diverge totalement de l'appréciation professionnelle du COPAI pourtant étayée par deux avis médicaux concordants, il n'est pas possible de statuer en l'état. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale et rende une nouvelle décision. »

L'OAI a mandaté le Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_, qui a rendu son rapport le 28 septembre 2006. Les Drs D.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, R.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et P.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, n'ont retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail et une capacité de travail entière dans l'activité habituelle. Ils ont fait les observations suivantes:

#### « **Discussion**

##### Résumé du dossier:

Assuré de 44 ans, qui présente des lombalgies avec irradiations dans la jambe gauche depuis 1997. Avant 1997, il ne note aucune douleur lombaire ou dorsale. Les douleurs sont apparues

brusquement lors d'un mouvement et ont débuté par un blocage lombaire qui s'est légèrement amélioré durant l'année 1998, puisque l'assuré a pu reprendre le travail à 50% comme coffreur, travaillant toute la journée à son rythme, 4 jours sur 5. A partir de 2003, péjoration de la situation avec établissement de l'arrêt de travail définitif.

L'amélioration 1997-1998 était le fait d'un traitement médical associant, traitement conservateur et injections aux niveaux des articulaires postérieures.

Monsieur J.\_\_\_\_\_ a bénéficié de stage en vue d'une réinsertion professionnelle, le dernier en date en octobre 2001 au Centre d'observation professionnelle ORIPH à Yverdon-les-Bains, le stage a été fait du 3 septembre 2001 au 28 septembre 2001. En conclusion de ce stage, il est déclaré inapte à tous travaux à 100%, alors que durant cette période il travaillait à 50% comme coffreur.

**Situation actuelle:**

Sur le plan somatique, Monsieur J.\_\_\_\_\_ reste très évasif lorsqu'on lui pose la question d'une physiothérapie, et il est très clair, en disant qu'il ne fait aucun effort particulier, qu'il ne fait aucun sport ni exercice de gymnastique, ni exercice de mobilisation dans l'eau.

Lorsqu'on examine l'assuré on reste étonné de plusieurs choses. Premièrement, Monsieur J.\_\_\_\_\_ conserve une excellente musculature, alors qu'il déclare qu'il a beaucoup de peine à marcher et qu'il boite de la jambe gauche. La musculature gauche n'est pas différente de la musculature droite. Lors des mouvements, il réagit d'une façon extrêmement exagérée, alors que durant l'entretien, il ne bouge pas de sa chaise. Les réactions douloureuses à certains mouvements ne sont pas explicables d'une façon organique.

Durant l'examen clinique, on note plusieurs signes de non organicité: douleurs lombaires irradiant dans la jambe gauche lorsqu'il lève le bras gauche. Signe de la sonnette avec irradiation au niveau du 5<sup>ème</sup> nerf lombaire ou du premier nerf sacré, lorsqu'on palpe légèrement la musculature au regard de L1, donc en regard du premier nerf lombaire.

Douleurs lombaires avec irradiations dans la jambe gauche, lorsque l'on met la musculature lombaire au repos avec une flexion de hanche de 90°, ce qui est la position de détente et de repos en cas de sciatique.

Très fortes douleurs lorsque le patient se positionne droit contre un mur, sans explication d'un point de vue physiologique.

L'examen clinique d'un point de vue rhumatologique peut être considéré comme normal. La découverte de nombreux signes de non organicité relativise beaucoup les plaintes douloureuses décrites.

Dans le même sens, les examens radiologiques ne montrent aucune atteinte pouvant expliquer les plaintes.

Ainsi, nous sommes étonnés qu'un simple blocage lombaire entraîne une incapacité complète de travail durant plus de 9 ans.

Par ailleurs, un problème de hanches est noté dans le dossier [coxa profunda bilatérale], mais l'assuré ne s'en plaint pas spontanément. A noter aussi qu'il ne nous a pas été possible de retrouver les radiographies d'origine, malgré tous nos efforts. Ceci ne change cependant pas fondamentalement notre appréciation, cet aspect du problème a notamment été discuté avec le Docteur K.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique.

Nous relèverons d'abord que la mobilité coxo-fémorale se situe dans les normes, que l'assuré n'a pas de plaintes qui évoquent une coxarthrose, alors que c'est surtout la plainte lombaire qui est au premier plan. A noter enfin, que le type de problème de hanche décrit n'a jamais empêché quelqu'un de travailler assis.

Sur le plan neurologique, outre les éléments mentionnés plus haut par le rhumatologue, l'examen clinique révèle une manoeuvre de Lasègue apparemment positive dès 30 degrés ddc et des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire du membre inférieur gauche sans déficit moteur évident alors que la trophicité musculaire, les réflexes tendineux et la sensibilité sont préservés. Tout au long de l'examen, le patient se comporte de façon démonstrative dans une attitude évoquant fortement des éléments de majoration des symptômes.

L'examen clinique a été complété par un EMG qui confirme l'absence de signes d'atteinte radriculaire ou d'autre pathologie du système nerveux périphérique avec des tracés aux mouvements à basse fréquence mais normalement riches typiques de phénomènes de lâchages à l'origine des déficits moteurs constatés cliniquement.

La revue des IRM lombaires révèle des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées modérées de L3 à S1 avec une petite saillie discale médiane L3-L4, une protrusion discale médio-latérale gauche L4-L5 modérément sténosante et une petite protrusion discale médiane L5-S1. Les anomalies précitées sont de nature à entraîner possiblement des douleurs lombaires modérées, mais n'expliquent pas les sciatalgies ainsi que l'importance des troubles formulés par Monsieur J.\_\_\_\_\_ et leur répercussion sur sa capacité de travail.

En conséquence de ce qui précède, le bilan neurologique confirme l'impression des autres examinateurs à savoir celui d'une dissociation entre l'importance des plaintes et leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et la discrétion des anomalies objectives d'autre part.

Il n'y a donc pas non plus sur le plan strictement neurologique de limitation de la capacité de travail dans l'activité exercée préalablement, ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible.

Sur le plan psychique, Monsieur J.\_\_\_\_\_ ne présente à l'anamnèse aucun épisode de troubles psychiques. Actuellement, on ne met en évidence aucune pathologie psychiatrique significative. Son seul

problème est celui de ses douleurs dorsales, qui ne paraissent pas l'affecter dans son humeur. Selon lui, tout irait bien dans sa vie si elles disparaissaient.

Il frappe par sa passivité face à son vécu actuel, par une attitude de résignation tranquille sans projet de changement des conditions de son existence. Cliniquement, on note l'absence d'expression de toute conflictualité, que ce soit dans le domaine privé ou dans ses rapports avec les institutions sociales ou médicales. S'il ne se montre pas activement revendicateur, il semble tenir pour acquise son invalidité.

Si l'on combine ce tableau avec l'absence de pathologie somatique avérée et la présence de signes de non organicité à l'examen physique, l'hypothèse la plus probable est qu'on se trouve devant un cas d'exagération manifeste de douleurs dorsales dans le but d'obtenir une rente d'invalidité chez une personnalité fruste à traits caractériels passifs. »

Dans un rapport du 8 janvier 2007, le Dr V. \_\_\_\_\_ a critiqué l'expertise du Centre d'Expertise T. \_\_\_\_\_ mettant en évidence de graves lacunes dans la manière dont l'expertise a été conduite. Après examen complet du dossier, il arrive à la conclusion que les constatations médicales expliquent les douleurs, les limitations fonctionnelles et l'entrave aux performances qui ont été quantifiées par le COPAI en 2001. Ceci s'explique par le fait que l'assuré n'a été examiné que quelques minutes et qu'il n'a pas été examiné par le Dr K. \_\_\_\_\_, alors que les problèmes orthopédiques sont une composante essentielle du dossier. Du point de vue professionnel, l'expertise rhumatologique est sommairement inutilisable. Elle n'a pas de valeur scientifique. En plus elle est lacunaire et tendancieuse.

Par décision du 7 janvier 2008, l'OAI a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité. Il retient en substance ce qui suit:

« Les experts [du Centre d'Expertise T. \_\_\_\_\_] ne retiennent aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique. Seules des lombalgies banales sur discopathies modérées ainsi qu'une personnalité à traits caractériels passifs sont retenues, diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. En effet, les experts retiennent un examen clinique rhumatologique normal avec de nombreux signes de non organicité et l'absence de pathologies radiologiques pouvant expliquer les plaintes. Le bilan neurologique effectué confirme l'impression des examinateurs d'une dissociation entre l'importance des plaintes et leur répercussion sur la capacité de travail d'une part

et la discrétion des anomalies objectives d'autre part (allégation de symptômes radiculaires avec absence de signaux d'atteinte radiculaire dans l'EMG, présence d'une musculature bien développée). Sur le plan psychiatrique, aucune psychopathologie avec répercussion sur la capacité de travail n'a pu être diagnostiquée. En conclusion, cette expertise est superposable à l'examen effectué au SMR le 4 mars 2002. A relever qu'en l'absence de toute souffrance, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas été retenu lors de cette expertise. Ainsi les experts concluent à une pleine capacité de travail dans toute activité. Quant aux renseignements médicaux complémentaires donnés par les Drs Y.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, ils n'apportent pas d'éléments nouveaux nous permettant de nous écarter des résultats de l'expertise du Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_. En effet, le Dr Y.\_\_\_\_\_ atteste des incapacités de travail depuis 1997 alors qu'il vous suit depuis le mois de mai 2006 seulement. Nous nous étonnons de lire dans la lettre jointe par le médecin-traitant du Centre d'antalgie du 3 octobre 2006 que vous ne souhaitez aucune intervention, que vos douleurs seraient parfaitement acceptables si vous ne deviez pas travailler. Quant au Dr V.\_\_\_\_\_ il soulève quelques inexactitudes dans le dosage médical mais ces erreurs n'invalident toutefois pas l'appréciation médicale des experts. Il infirme également les conclusions des experts. Ces derniers s'appuyant sur un examen spécialisé (effectué par le Dr P.\_\_\_\_\_, neurologue) ainsi que sur des examens complémentaires (EMO, étude IRM). De ce fait, il n'y a aucune raison de nous écarter de cette appréciation, d'autant plus qu'il ne s'agit pas de la spécialisation du Dr V.\_\_\_\_\_. En conclusion, nous tenons à préciser que l'expertise du Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante. Nous constatons que vous ne présentez pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'Al. On entend par là une affection entravant de façon durable et importante l'exercice d'une activité ou l'accomplissement des travaux habituels. Aucun élément objectif n'indique que votre capacité de travail soit limitée actuellement. Aucune invalidité au sens des articles 4 LAI et 8 LPGA ne vous est reconnue de sorte que tout droit aux prestations Al vous est refusé. »

Représenté par l'avocat Jean-Claude Perroud, l'assuré a recouru contre cette décision par acte du 11 février 2008. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à sa réforme, en ce sens qu'une rente d'invalidité pleine et entière lui est octroyée dès le 1<sup>er</sup> mai. Il sollicite en outre diverses mesures, dont la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, laquelle devra selon lui être confiée à un spécialiste en orthopédie susceptible d'appréhender correctement les problèmes mis en évidence par le Dr V.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 janvier 2007.

Le 31 mars 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

**C.** Le 18 février 2010, le juge instructeur a confié une expertise judiciaire au Prof. Dr G.\_\_\_\_\_, de la Clinique universitaire de chirurgie orthopédique de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_. De son rapport du 26 juillet 2010, il ressort notamment ce qui suit:

« Résumé des résultats des principaux examens radiologiques:

Radiographie de la colonne lombaire debout du 14.09.1999

Lordose de la colonne lombaire de 52°, alignement correct, trous de conjugaison ouverts

IRM de la colonne lombaire du 19.07.2001

Discopathies avancées L3/4, L4/5, L5/S1 de grade III selon la classification de Pfirrmann avec articulations des facettes normales. Légère protrusion discale médiane L4/5 avec fragment herniaire luxé dans la direction craniale. Zone d'intensité élevée au niveau de l'anneau dorsal. Dans la séquence T2, modifications de type Modic I de la plaque inférieure L5, de type Modic I au niveau de la plaque inférieure Th 10, suspicion d'hémangiome en L3.

IRM de la colonne lombaire du 03.11.2003

Discopathies avancées L3/4, L4/5, L5/S1 avec aggravation de l'hernie discale L4/5 susdécrite dont le volume s'étend dans la direction craniale, paramédiane, latérale gauche du corps herniaire saillant récidivante (pas de séquence T2 disponible).

Absence de compression neurologique. Articulation des facettes normale.

IRM de la colonne cervicale du 26.02.2010

Aucun rétrécissement du canal spinal, modifications dégénératives avec formations spondylarthritiques principalement dans la direction ventrale au niveau du corps vertébral de C4. Aucun signe de myélopathie. Trous de conjugaison libres.

Radiographie du bassin et des hanches de profil des deux côtés et faux profil de Lequesne des deux côtés du 17.05.10

Antéversion correcte de l'acétabulum des deux côtés sans signe de croisement. Pas de cliché de face pour le coxa profunda. Angle VCE de Wiberg à droite 47°, à gauche 40° avec une couverture latérale accrue. Tête fémorale relativement grosse des deux côtés. Sur le cliché axial, légère perturbation de l'offset fémoral des deux côtés, angle alpha à droite de 63° et 66° à gauche. Angle VCA de Lequesne de 45° à droite et à gauche. Sur le cliché du faux profil, on peut observer à gauche une diminution de l'interligne articulaire postéro-inférieure d'environ 1,5 mm, ce qui laisse supposer une coxarthrose

atypique gauche débutante. Présence de signes radiologiques indiquant un conflit par effet came et tenaille des deux côtés.

#### Radiographie de l'épaule gauche de face/Profil de Neer du 17.05.10

Absence de lésions osseuses, tête humérale bien centrée, absence d'ascension de la tête humérale, acromion de type I selon la classification de Bigliani.

#### Radiographie de la colonne cervicale en deux plans du 17.05.10

Alignement correct caractérisé par un début de modifications dégénératives C4/5 évoluant vers la formation de spondylophytes antérieurs. Léger rétrécissement des articulations de facette C5/6 dans la trajectoire latérale des rayons.

#### Radiographie de la colonne dorsale debout du 17.05.10

Hypercyphose de la colonne dorsale avec modifications dégénératives multi-étagées en particulier de la Th 10-11 caractérisées par un début de fusion spontanée. Mesure difficile, cyphose d'environ 70°.

#### Radiographie de la colonne lombaire debout du 17.05.10

Alignement correct sans mauvaise posture scoliotique importante. Lordose lombaire de 42°, incidence pelvienne de 61°, pente sacrée de 42°. Inclinaison pelvienne de 29°.

#### IRM de la colonne lombaire du 28.05.2010

Discopathies avancées L3-4/L4-5/L5-S1, articulations de facette normales. Zone d'intensité élevée L3-4, extrusion postérieure du disque L4-5 avec décollement du ligament longitudinal postérieur. Sténose récidivante L4-5 gauche sans compression importante de la racine L5. Zone d'intensité élevée postérieure L5-S1. Signes de modification de type Modic II au niveau de la plaque supérieure L5. Aucune modification musculaire importante ni involution graisseuse. Aucun changement significatif par rapport aux résultats de l'IRM de la colonne lombaire du 03.11.2003.

### **Questions de l'AI du canton de Vaud**

Clinique

#### 1. Anamnèse

- Anamnèse professionnelle / sociale

Immigrant espagnol sans diplôme. Monsieur J. \_\_\_\_\_ a travaillé en Suisse à 100% jusqu'au 20.05.1997 en tant qu'ouvrier en béton armé dans la société Q. \_\_\_\_\_ avant l'apparition d'un lumbago aigu pendant le travail. A partir de ce moment, incapacité de travail de 100% jusqu'au 01.04.1998, puis reprise du travail à 50% à titre d'essai. L'évolution ultérieure s'est avérée compliquée, M. J. \_\_\_\_\_ étant contraint à de nombreuses pauses pendant le travail. Depuis

le 15.09.2003, incapacité de travail de 100% attestée par l'orthopédiste traitant Dr V.\_\_\_\_\_.

Immigrant venu d'Espagne, M. J.\_\_\_\_\_ a 2 enfants de 25 et 21 ans dans ce pays. Présence de contacts. Sa fille est venue en Suisse lui rendre visite ainsi qu'à sa femme à Pâques.

### Evolution de la maladie et résultats des traitements

Depuis l'évènement initial, M. J.\_\_\_\_\_ a été soumis à plusieurs interventions diagnostiques et thérapeutiques, notamment une discographie L4/L5 et des infiltrations dans les articulations de facette L4/5 et L5/S1 à gauche en 1997. A l'époque, le résultat de la discographie était positif tandis que les infiltrations dans les articulations de facette se sont avérées négatives.

Les mesures physiothérapeutiques qui ont été réalisées par la suite n'ont pas été une réussite, le patient a rapporté une aggravation de la douleur suite à la physiothérapie. Actuellement le patient ne pratique aucun sport, il marche tous les jours une demi-heure au maximum. De plus, le patient possède un appareil TENS à domicile qui pourrait lui être utile.

(...)

### 2. Douleurs subjectives du patient

Monsieur J.\_\_\_\_\_ fait avant tout état d'une douleur quasi constante au niveau des lombaires d'intensité variable et avec une irradiation intermittente vers la jambe gauche au niveau dorsal jusqu'au talon. L'intensité varie de 5 à 9 sur l'EVA. La nuit, il attribue une note de 3 sur l'EVA. Les douleurs lombaires se font ressentir en cas de pression, toux, défécation; difficultés partielles à la marche. Monsieur J.\_\_\_\_\_ dit ne pas avoir un sommeil récupérateur, le matin il se réveille souvent fatigué. Durée du sommeil entre 4 et 6 heures. De plus, douleurs intermittentes dans la nuque avec irradiation non spécifique à un dermatome vers l'épaule gauche et le bras gauche.

Au quotidien le patient est très limité dans ses activités, il ne tient la position assise qu'environ 15 min. maximum après quoi il doit changer de position. Il lui est difficile de rester debout plus de 10 min. Au mieux, il peut marcher jusqu'à environ 1/2 heure. Le patient évite les stations debout prolongées et de se pencher en avant.

### 3. Statut orthopédique:

Patient de 47 ans présentant un état nutritionnel légèrement adipeux, IMC 27,7 pour 172 cm et 82 kg. Bonne coopération, à première vue impression psychique normale. Posture inclinée vers l'avant, centre de gravité devant le bassin. Léger boitement de décharge à gauche. Marche à petits pas à gauche.

#### Colonne cervicale

Pas d'obliquité, distance menton-sternum en flexion/extension: 0/22 cm. Rigidité musculaire paravertébrale accompagnée d'une contracture du trapèze gauche. Inclinaison latérale gauche/droite

d'environ 25°, douloureuse à gauche avec irradiation vers l'épaule gauche. Test de Spurling négatif des deux côtés. Rotation à gauche / droite de 45°, indolore. Légère douleur au choc axial. Absence de déficit sensori-moteur des extrémités supérieures des deux côtés, réflexes bicipital, tricipital et radial symétriques et vifs.

#### Ceinture scapulaire

Epaule gauche légèrement plus basse. Musculature symétrique.

#### Epaule droite

Sensibilité au niveau du nerf axillaire intacte. Aucune sensibilité à la pression sur l'articulation acromio-claviculaire, Body-cross négatif. Jonction des deux mains en les croisant derrière le dos L1, jonction des deux mains derrière la nuque dans la région occipitale, abduction active 90°, abduction passive idem. Aucune appréhension, signe de Sulcus négatif. Test de Jobe, belly-press test et lift-off test négatifs, rotation externe active, pas de décalage de la rotation externe. Tests de Hawkins, de O'Brien et palm-up test négatifs.

#### Epaule gauche

Sensibilité au niveau du nerf axillaire intacte. Aucune sensibilité à la pression sur l'articulation acromio-claviculaire, Body-cross négatif. Jonction des deux mains en les croisant derrière le dos L1, jonction des deux mains derrière la nuque dans la région occipitale, abduction active 85°, abduction passive jusqu'à 90°. Aucune appréhension, signe de Sulcus négatif. Le test de Jobe ne peut pas être retenu car douloureux à partir d'environ 80°. Belly-press test et lift-off test négatifs, rotation externe active, pas de décalage de la rotation externe. Test de Hawkins légèrement positif, tests de O'Brien et de Palm-Up négatifs.

#### Extrémités supérieures des deux côtés

Force M 5 de tous les muscles de référence. Coudes: des deux côtés: F/E 140/0/5°, valgus physiologique. Absence du signe de Tinel sur le nerf ulnaire au niveau de l'épicondyle médial. Pronation/supination des deux côtés 90/0/90°. Aucune instabilité.

Circonférences en cm: (à partir de l'épicondyle huméral latéral) Droite  
Gauche

20cm proximal:	34	32
10cm proximal:	30	29.5
10cm distal:		27 26
20cm distal:		19 18

Mobilité, trophisme et système sensori-moteur des mains normaux des deux côtés. Adiadococinésie obtenue, aucun tremblement, épreuve doigt-nez normale, aucune atrophie musculaire. Des deux côtés pouls palpable au niveau des artères radiale et ulnaire.

#### Colonne dorsale

Hypercyphose de la colonne thoracique: Ott 10-11cm. Aucune sensibilité à la percussion sur le processus épineux. Verticale C1 à L5 obtenue. Absence de gibbosité costale ou de saillie lombaire à l'inclinaison.

### Colonne lombaire

Colonne lombaire relativement plate avec exclusion de lordose physiologique. Véritable rigidité musculaire paravertébrale principalement du côté gauche. Sensibilité à la percussion sur les muscles profonds de la colonne lombaire. Sensibilité à la pression sur le processus épineux, inclinaison douloureuse avec une distance doigt-sol de 45 cm.

Réclinaison limitée et réclinaison active douloureuse dans la phase initiale. Inclinaison latérale douloureuse principalement vers la gauche, d'environ 30° des deux côtés. Rotation fixée passive douloureuse, douleur lombaire à la compression axiale avec éléments hyperalgiques. Pas de tassement vertébral. Test de Schober: 10-15 cm.

Déplacement sur la pointe des pieds et les talons possible, réflexes du tendon d'Achille et du tendon patellaire vifs des deux côtés. Signe de Lasègue à gauche positif à partir d'env. 60° avec irradiation vers le dermatome S1.

Muscles de référence:	Droite	Gauche
L3	M5	M5
L4	M5	M5
L5	M5	M4+
S1	M5	M4+

Absence de déficit sensoriel, absence de réflexe pathologique.

### Hanches et bassin

Absence d'obliquité du bassin, pas de douleur au niveau de l'articulation sacro-iliaque des deux côtés. Test de Mennel négatif des deux côtés.

#### Hanche droite

Mobilité en F/E:120/0/5°, RI/RE: 20/0/30°, abduction 30°. Absence d'AP pour un conflit antérieur, aucun frottement du tractus ilio-tibial. Aucune sensibilité à la pression sur la bourse trochantérienne.

#### Hanche gauche

Mobilité en F/E: 120/0/5°, RI/RE : 20/0/30°, abduction 30°. Absence d'AP pour un conflit antérieur, aucun frottement du tractus ilio-tibial. Aucune sensibilité à la pression sur la bourse trochantérienne. Au niveau de l'anamnèse, de ce côté également aucune douleur dans l'aîne.

#### Genou droit

Mobilité en F/E: 140/0/5°, absence d'épanchement intra-articulaire. Ouverture médiale de grade I en flexion à 20°, stable en extension. Léger craquement latéral en cas de mobilisation passive de la rotule. Aucune appréhension, tracking correct. Aucune instabilité sagittale, signe du ménisque négatif.

#### Genou gauche

Mobilité en F/E: 140/0/5°, absence d'épanchement intra-articulaire. Aucune instabilité frontale ou sagittale. Signe du ménisque négatif, fémoro-patellaire normale.

#### Extrémités inférieures des deux côtés

Normoaxées. Comme il a déjà été dit ci-dessus, aucun déficit sensoriel. Extenseur propre du gros orteil et fléchisseur du pied gauche M4. Palpation du pouls fémoral, poplité et périphérique normale.

Circonférence en cm		Droite	Gauche
20 cm de la rotule prox.	57	57	
10 cm de la rotule prox.	47	46	
Genou	39.5	39.5	
10 cm distal	38	37	
20 cm distal	32	29	

Valgus physiologique de l'arrière-pied, voûte longitudinale du pied obtenue, voûte transversale du pied légèrement affaissée des deux côtés avec callosités à l'avant-pied sous toutes les têtes métatarsiennes. Suspicion de hallux-valgus des deux côtés dû à une mauvaise posture, pieds légèrement étalés des deux côtés.

#### 4. Diagnostics:

##### 4.1. Diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail

lombosciatique chronique récidivante avec:

- discopathie dégénérative avancée L3/4, L4/5, L5/S1 de la colonne lombaire depuis 2001 avec:
- hypercyphose de la colonne dorsale
- contracture chronique de la musculature autochtone de la colonne lombaire, principalement à gauche

##### 4.2. Diagnostics sans influence sur la capacité de travail

- coxarthrose atypique débutante à gauche accompagnée d'une constellation de conflits avec couverture acétabulaire accrue et composants came
- conflit sous-acromial de grade faible à gauche

#### 5. Evaluation et pronostic:

Monsieur J.\_\_\_\_\_ présente des modifications dégénératives avancées de la colonne lombaire en tant que corrélat organique et ce, depuis 2001 au vu des présents actes et résultats d'examens radiologiques. Actuellement, la situation physique est invalidante

pour le patient et les mesures thérapeutiques conservatrices sont épuisées. Le patient présente également une chronicisation des manifestations de douleurs justifiées de façon somatique, de sorte qu'entre-temps, des composants non organiques aggravent également l'ensemble des douleurs et réduisent la tolérance du patient à leur rencontre. Jusqu'à présent les options chirurgicales n'ont pas été évaluées avec précision, si bien qu'un diagnostic ciblé étape par étape devrait d'abord être proposé. D'un point de vue thérapeutique, on pourrait envisager la possibilité d'un procédé plurisegmentaire avec des éléments statistiques et dynamiques à discuter. Cependant, au jour d'aujourd'hui, il est impossible d'évaluer si oui ou non une intervention chirurgicale serait bénéfique pour l'évolution de la douleur et la capacité de travail du patient. Une reprise du travail physique reste toutefois improbable.

## B. Capacité de travail

### 1. Restrictions:

#### - Physiques:

Les restrictions du patient sont importantes et, en considération des examens cliniques et résultats radiologiques actuels, il n'est plus possible pour le patient de travailler dans l'activité exercée jusqu'à présent.

#### - Psychiques: -

#### - Sociales: -

### 2. Restrictions à l'activité professionnelle exercée jusqu'à présent:

#### 2.1. Influence sur l'activité professionnelle exercée jusqu'à présent:

Voir ci-dessus

#### 2.2. Capacité de travail restante:

Les informations de bonne foi émanant de Monsieur J. \_\_\_\_\_, l'état clinique et les résultats des examens radiologiques font preuve d'une capacité de travail clairement réduite même dans le cadre d'une activité et d'un poste adaptés.

2.3. L'activité professionnelle exercée jusqu'à présent est-elle encore acceptable? Non

#### 2.4 Performance au travail:

La performance au travail est très limitée.

2.5. Depuis quand y-a-t-il une incapacité de travail supérieure à 20%?

Nous pouvons affirmer avec certitude qu'en 2001 déjà (au vu de l'IRM du 19.07.2001) le patient souffrait d'une discopathie lombaire multisegmentaire, en particulier avec des signes de réaction

associée du corps vertébral L4 et des zones d'intensité élevée de l'anneau discal.

2.6. Comment l'incapacité de travail a-t-elle évolué depuis?

Diminution croissante de la capacité de travail.

### C. Influence sur la réinsertion professionnelle

1. Les tentatives de réinsertion professionnelle sont-elles indiquées? Dans la situation actuelle, la réinsertion professionnelle n'est pas envisageable, l'invalidisation du patient étant trop lourde.

2. Possibilités d'amélioration de l'environnement de travail actuel

2.1 Adaptations: -

2.2. Succès? -

3. Autres tâches pouvant être raisonnablement proposées à l'assuré

3.1. Exigences médicales au niveau du poste de travail: -

3.2. Temps de travail acceptable en h/d: -

3.3. Influence sur la performance au travail: -

3.4. Pourquoi aucune autre activité ne peut-elle être demandée?

D'un point de vue orthopédique, Monsieur J. \_\_\_\_\_ ne peut plus exercer d'activité manuelle dans la situation actuelle. Le recours à une intervention chirurgicale pourrait permettre d'obtenir une éventuelle amélioration des douleurs, sans toutefois permettre une amélioration significative de la capacité de travail pour des tâches physiques.

Remarques: -

### **Questions de l'avocat, Me Jean-Claude Perroud:**

1. Les diagnostics figurant au rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 08.01.2007 sont-ils exacts? (document n°9)

- Uncarthrose C2-C5

Impossible à confirmer au vu des présents documents cliniques et radiologiques.

- Contractures et myalgies dans la région cervicale et cervico-scapulaire principalement du côté gauche

Ce diagnostic se confirme de façon clinique.

- Conflit sous-acromial à gauche

Les examens cliniques font état d'un conflit sous-acromial de grade faible à gauche sans corrélat radiologique (acromion de type I selon la classification de Bigliani).

- Scoliose thoraco-lombaire en forme de «S»

Aucun indice clinique ou radiologique. L'angle de Cobb a été mesuré au maximum à 8,8° dans la région lombaire, or on ne peut parler formellement de scoliose qu'à partir de 10°.

- Discopathies L3/4, L4/5, L5/S1

Les résultats de la tomographie RMN de 2001 et 2003 et les images RMN actuelles confirment ce diagnostic.

- Hernie discale médiane L4/5 sans compression neurologique

Diagnostic correct.

- Lombosciatiques intermittentes à gauche

Se confirme de façon anamnestique. Egalement présence éventuelle de corrélats radiologiques.

- Contractures et myalgies des muscles dorso-lombaires et paravertébraux

Monsieur J. \_\_\_\_\_ présente ces symptômes principalement du côté gauche.

- Coxa profunda des deux côtés avec conflit sous-acromial à gauche

Les résultats des examens radiologiques confirment formellement l'existence d'une coxa profunda des deux côtés avec des angles VCE supérieurs à 40°. L'angle alpha des deux fémurs est supérieur à la normale. Monsieur J. \_\_\_\_\_ présente donc les conditions radiologiques d'un conflit par effet came et tenaille des deux côtés. Cliniquement, ces conditions ne sont toutefois pas symptomatiques.

- Coxarthrose bilatérale débutante tirant vers la gauche

Le patient présente sur le côté gauche une coxarthrose atypique débutante qui, du fait de l'obtention d'une bonne mobilité et de l'absence de douleurs, est asymptomatique au niveau inguinal.

**2. Ces diagnostics concordent-ils avec les conclusions du rapport du COPAI du 11.10.2001 ? N°6, p. 5**

- aucune activité statique, inhabituelle ou pénible (position à genou, accroupie, avec le haut du corps incliné vers l'avant)
- impossibilité de porter des charges > 5 kg
- impossibilité d'effectuer des mouvements répétitifs d'une intensité modérée pendant une période prolongée
- mobilité du tronc réduite
- autres restrictions physiques susceptibles d'influencer la capacité de concentration et de mémoire?

Nous pouvons affirmer que ces jugements sont corrects, Cependant nous ne pensons pas que la capacité de concentration et de mémoire soit influencée de façon significative

**3. L'assuré n'étant déjà pas considéré comme apte à bénéficier d'une reconversion, professionnelle pour des raisons intellectuelles (COPAI 11.10.2001), quel est le niveau de son incapacité de travail dans l'activité exercée actuellement?**

Pour l'activité exercée actuellement, l'assuré présente une incapacité de travail de 100%.

Le pronostic professionnel concorde-t-il avec celui du COPAI, à savoir un travail occasionnel de quelques heures par semaine?

Le pronostic professionnel est plutôt mauvais et dans le cadre de l'activité professionnelle actuelle, il n'est pas envisageable d'effectuer ne serait-ce que quelques heures par semaine.

**4. Autres remarques quant à la capacité de travail pour un métier manuel**

La condition physique de Monsieur J.\_\_\_\_\_ peut éventuellement être améliorée par une opération faisant suite à une série d'examens de la colonne lombaire. Toutefois, au vu de la chronicisation des douleurs observée, il ne faut pas compter sur une restitution ad integrum. En considération des sollicitations physiques relativement lourdes intervenant dans un métier manuel, nous recommandons plutôt une reconversion du patient vers une autre activité. »

Parties se sont déterminées sur ce rapport d'expertise.

Le 12 octobre 2010, l'OAI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Il a joint à son écriture un avis médical du SMR du 6 octobre 2010, auquel il a indiqué se rallier et dont il ressort que le rapport d'expertise ne contient aucun élément susceptible de remettre en cause le bien-fondé de sa décision. Dans son avis, le SMR a estimé que l'expertise judiciaire ne remplissait pas les critères de qualité et n'était pas probante dès lors que, entre autres, les limitations fonctionnelles n'étaient pas précisées et que les experts n'étaient aucunement pour quelles raisons ils s'écartaient des conclusions du rapport d'expertise réalisé au COMAI en 2006, s'agissant de la capacité de travail exigible.

Dans son écriture du 31 janvier 2011, le recourant a rappelé les principales phases au cours desquelles sa capacité de travail a été

examinée (examen par le COPAI en 2001, examen clinique pluridisciplinaire effectué au SMR le 4 mars 2002, expertise réalisée au Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_ - COMAI en 2006, expertise judiciaire orthopédique dirigée par le Dr G.\_\_\_\_\_ en 2010). S'appuyant ensuite sur cette expertise, le recourant estime que la seule question à trancher est celle de l'existence d'une affection à caractère invalidant sur le plan médical. Dès lors que cette incertitude a été levée par l'expertise judiciaire, laquelle conclut à l'instar du COPAI en 2001, à l'existence d'affections dorsales à caractère fortement invalidant, le recourant estime qu'il n'y a désormais plus de discordance possible entre l'évaluation du COPAI faite en milieu professionnel et l'appréciation médico-théorique. Cela doit par conséquent, selon le recourant, conduire à l'admission du recours et à l'octroi d'une rente d'invalidité.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, 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 (art. 57a LAI) - sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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-VD). 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 cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain, qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente.

**3. a)** Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

**b)** L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1, 1<sup>re</sup> phrase, LAI). Cette disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, 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.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement.

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 3c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2).

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 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/cc). En principe, le juge ne s'écarte 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 351 c. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 c. 2.2).

4. Se déterminant sur l'expertise judiciaire, le SMR a relevé ce qui suit dans son avis du 6 octobre 2010:

«Diagnostics avec influence sur la CT: lombosciatique chronique récidivante avec: discopathie dégénérative avancée L3-L4, L4-L5, L5-S1 de la colonne lombaire depuis 2001, hypercyphose de la colonne dorsale, contracture chronique de la musculature autochtone de la colonne lombaire, principalement à G. (...)

CT dans l'activité habituelle de coffreur: 0% depuis 2001.

CT dans une activité adaptée: non précisée. Mais une reconversion vers une autre activité est recommandée.

Mise en route d'une réinsertion professionnelle: non envisageable.

Limitations fonctionnelles: non précisées.

(...)

Ne sont précisés: ni les signes de Waddell, ni le comportement de l'assuré pendant l'anamnèse (inconfort, durée du maintien de la position assise, etc), ni la vie sociale, ni le déroulement d'une journée, ni les raisons pour lesquelles les experts s'éloignent des conclusions du rapport d'expertise du Centre d'Expertise T. \_\_\_\_\_

de 2006, ni la CT dans une activité adaptée, ni les limitations fonctionnelles; un dosage sérique des médicaments n'a pas été réalisé.

Les experts n'étaient donc aucunement pour quelles raisons ils s'écarterent des conclusions du rapport d'expertise du COMAI 2006 en ce qui concerne l'exigibilité; cette discussion, qui devrait être la clef de voûte du rapport d'expertise, manque d'autant plus cruellement que les experts donnent, par rapport à 2006, une anamnèse superposable, un examen clinique superposable (sauf pour les contractures musculaires para-vertébrales lombaires dont on sait qu'elles peuvent être fluctuantes au fil du temps) et précisent: l'absence d'aggravation sur l'IRM lombaire de mai 2010 par rapport

à celle de 2003 (p. 7: «aucun changement significatif par rapport aux résultats de l'IRM de la colonne lombaire du 03.11.2003») et l'absence de nouvelle affection ayant influence sur la CT.

En conclusion, nous estimons que le rapport d'expertise qui nous est soumis à appréciation ne remplit pas les critères de qualité et n'est pas probant.»

**5.** Il faut, dans un premier temps, rectifier les constatations du SMR qui ne correspondent pas aux observations des experts judiciaires. Les experts n'indiquent pas que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de coffreur depuis 2001. Ils indiquent uniquement que l'assuré présente des modifications dégénératives avancées de la colonne lombaire en tant que corrélat organique et ce, depuis 2001, au vu des actes et résultats d'examens radiologiques. Les autres atteintes existent depuis 1997 et les experts ont en outre retenu l'année 2001, car il s'agissait de la date du rapport du COPAI qui examinait concrètement les possibilités de réinsertion de l'assuré, mais non celle du début des atteintes à la santé. Ils décrivent également avec détails l'évolution de ces atteintes: "actuellement, la situation physique est invalidante pour le patient et les mesures thérapeutiques conservatrices sont épuisées. Le patient présente également une chronicisation des manifestations de douleurs justifiées de façon somatique, de sorte qu'entre-temps, des composants non organiques aggravent également l'ensemble des douleurs et réduisent la tolérance du patient à leur rencontre (...). D'un point de vue thérapeutique, on pourrait envisager la possibilité d'un procédé plurisegmentaire avec des éléments statistiques et dynamiques à discuter. Cependant, aujourd'hui, il est impossible d'évaluer si oui ou non une intervention chirurgicale serait bénéfique pour l'évolution de la douleur et la capacité de travail du patient. Une reprise du travail physique reste toutefois improbable." Les limitations professionnelles sont précisées, elles correspondent à celles relevées par le COPAI en son temps, de même que la capacité de travail dans une activité adaptée. Les experts observent en effet que l'assuré présente une incapacité de travail de 100% pour l'activité exercée actuellement et que l'assuré ne peut exercer aucune activité manuelle dans la situation actuelle. Le recours à une intervention chirurgicale pourrait permettre d'obtenir une éventuelle amélioration des

douleurs, sans toutefois permettre une amélioration significative de la capacité de travail pour toutes tâches physiques. Tout en posant l'hypothèse d'une reconversion, ils confirment qu'une reconversion professionnelle dans une activité non physique ne serait pas possible pour des raisons de limitations intellectuelles.

**6.** On relèvera également que le recourant avait déjà été soumis à une expertise approfondie réalisée par le Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI), ce dans le cadre d'un stage d'évaluation qui avait eu lieu du 3 au 28 septembre 2001. En conclusion à cette évaluation, le COPAI avait considéré que la capacité résiduelle de travail de l'assuré était trop faible pour pouvoir être exploitée dans le milieu économique. Cette conclusion découlait aussi bien de constatations médicales, émanant du Dr B.\_\_\_\_\_, que des observations effectuées en atelier par les spécialistes de la réinsertion professionnelle. En 2002, le SMR a conclu que les troubles subis par l'assuré étaient incompatibles avec ses propres constatations médicales. C'est en se fondant sur cette appréciation que l'OAI a rendu une décision négative, après quoi le recours de l'assuré a été rejeté par le Tribunal des assurances (jugement du 24 novembre 2004). Cette dernière décision a toutefois été cassée par le Tribunal fédéral des assurances (arrêt du 7 novembre 2005), vu les contradictions entre le rapport du COPAI et celui du SMR. Le Tribunal fédéral des assurances ayant ordonné de reprendre l'instruction, l'OAI a demandé une évaluation au Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_. Le Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_ a estimé en 2006 qu'aucun diagnostic ne justifiait une répercussion sur la capacité de travail et a dès lors considéré que l'intéressé avait une capacité de travail de 100 %, ce dans n'importe quelle activité, alors que même le SMR reconnaissait à l'époque une invalidité partielle dans l'activité habituelle.

Pour rendre sa décision, l'OAI s'est basé uniquement sur le rapport du Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_, dont les conclusions - qui aboutissent à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de coffreur - sont totalement opposées à celles de l'expertise judiciaire. Les conclusions du Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_ ne sont pas convaincantes.

Tous les autres médecins consultés, y compris les praticiens du SMR en 2002, ont fait état d'atteintes lombalgiques objectives et importantes qui justifiaient une incapacité de travail dans l'activité habituelle. Les examinateurs du Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_ n'ont fait que mettre systématiquement en doute les plaintes de l'assuré, en alléguant qu'elles étaient infondées ou exagérées, alors que, précédemment, les examinateurs du COPAI avaient mis en exergue la collaboration exemplaire du patient, et cela sans tenir compte des affections en tant que telles. C'est en fonction des éléments qui précèdent qu'une expertise a été sollicitée. Cette expertise a été confiée à une clinique universitaire spécialisée dans le domaine de l'orthopédie (celle de Hôpital H.\_\_\_\_\_), dirigée par le Dr G.\_\_\_\_\_. A la lecture du rapport d'expertise, on constate que les experts ont non seulement repris l'ensemble du dossier depuis le début, en examinant, l'un après l'autre, les divers avis médicaux et en passant en revue tous les examens effectués, mais encore procédé eux-mêmes à des examens complémentaires.

Pour ce qui est de la partie «diagnostic», les spécialistes de la Clinique universitaire de chirurgie orthopédique de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ confirment tout d'abord les constatations médicales effectuées par le Dr V.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 janvier 2007. Ces éléments figurent dans le rapport d'expertise sous le titre «Résumé des résultats des principaux examens radiologiques». Mais surtout, en réponse aux questions soulevées par l'OAI, ils confirment que ces diagnostics ont un caractère fortement invalidant. Ce constat s'explique notamment en raison de modifications dégénératives avancées de la colonne lombaire qui ont un caractère invalidant. Pour ce qui est ensuite de l'influence sur la capacité de travail, les experts considèrent non seulement qu'il n'est "plus possible pour le patient de travailler dans l'activité exercée jusqu'à présent", mais aussi qu'il y a une capacité de travail clairement réduite même dans le cadre d'une activité et d'un poste adaptés. Ils en déduisent que dans la situation actuelle, la réinsertion professionnelle n'est pas envisageable, l'invalidation du patient étant trop lourde. Répondant en outre à la question consistant à déterminer si, au vu des diagnostics établis, l'évaluation du rapport du COPAI de 2001 concluant à une capacité

résiduelle de travail trop restreinte, paraissait valable, les experts ont estimé que cette évaluation était correcte. Répondant enfin à la question de savoir si une reconversion dans un autre métier manuel était envisageable (sachant que le niveau intellectuel de l'assuré ne permettait pas d'envisager une nouvelle formation), les experts ont exclu une telle reconversion dans un métier manuel. En définitive, les spécialistes de la Clinique universitaire de chirurgie orthopédique de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ confirment l'appréciation effectuée en 2001 par le COPAI qui concluait à une capacité de travail résiduelle trop faible pour pouvoir envisager une reconversion. L'évaluation du COPAI, qui découlait d'observations effectuées pendant un stage ayant duré un mois, a été remise en cause sur la base d'un avis médical du SMR, alors que le Dr B.\_\_\_\_\_ avait également fourni des observations médicales. Il en a été de même en ce qui concerne les médecins du Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_ ayant examiné le recourant. A cela s'ajoute que les remarques d'appréciations personnelles du rapport du Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_ permettent de douter du sérieux avec lequel ce travail a été effectué. Par exemple, alors que le COPAI avait mis en évidence la bonne collaboration de l'assuré, tout comme d'ailleurs l'expert judiciaire, les examinateurs du Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_ ont exclu une réadaptation professionnelle, au motif que "l'assuré ne le souhaite de toute évidence pas". Cette remarque est en outre en contradiction avec les autres éléments du dossier.

Dans sa détermination du 6 octobre 2010 transmise par l'intermédiaire de l'OAI à l'appui de sa détermination du 12 octobre 2010, le SMR considère que l'expertise de la Clinique universitaire de chirurgie orthopédique de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ ne remplit pas les critères de qualité requis et n'est dès lors pas probante. Ce procédé vise toutefois à éluder la question topique pour trancher cette affaire. On comprend en effet des développements qui précèdent que, jusqu'à maintenant, la divergence d'appréciation entre le recourant et l'autorité intimée découlait d'une évaluation différente sur le plan du diagnostic, les généralistes du SMR (et du Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_ ) niant l'existence d'une affection à caractère invalidant. Aujourd'hui, les experts judiciaires démontrent le contraire, sur la base d'une analyse médicale. A partir du moment où ce

point d'incertitude sur le plan médical est levé, il n'y a plus de doute sur les conséquences quant à la capacité de travail de l'assuré. C'est uniquement en raison de cette divergence d'appréciation du point de vue médical que les médecins du SMR, puis ceux du Centre d'Expertise T.\_\_\_\_\_, avaient refusé d'entériner les conclusions du COPAI, estimant qu'il y avait une discordance entre leur appréciation médicale et les conclusions du COPAI.

On rappelle enfin que s'agissant de déterminer l'invalidité, le critère déterminant est celui de la capacité de travail résiduelle dans un contexte professionnel, la seule évaluation médico-théorique n'étant pas décisive (TF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010). Or, sous réserve de la divergence quant à l'évaluation médicale, aujourd'hui levée conformément à ce qu'avait exigé le Tribunal fédéral des assurances dans son arrêt du 7 novembre 2005, l'évaluation du COPAI doit être confirmée. En effet, l'expertise judiciaire rend à l'évaluation du COPAI toute sa crédibilité, puisqu'il n'y a désormais plus de discordance possible entre cette évaluation et l'appréciation médico-théorique.

**7.** Il s'ensuit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 1998 (art. 29 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, art. 28 al. 1 LAI). Le recours doit donc être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 1998.

**8.** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). 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 al. 1 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 (art. 54 ss LAI). 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; 55 LPA-VD), qu'il convient, en application de l'art. 7 TFJAS (Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2), de fixer équitablement à 2'800 fr.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision attaquée est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 1998.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. Le recourant a droit à une indemnité de dépens de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Claude Perroud, avocat (pour J. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :