

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 octobre 2011

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       Mme Thalmann et Mme Brélaz Braillard  
Greffière     :       Mme     Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Graf, du Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI; 17 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1951, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> juin 1991 en qualité de concierge professionnel - employé polyvalent (nettoyage de bâtiments, coupe du gazon, entretien etc) auprès de la Gérance [...] à [...]. Le 18 juillet 1996, alors qu'il tondait le gazon, il a glissé en bas d'un talus, se réceptionnant sur le coude et le genou gauches, puis sur le genou droit. En raison de persistance de douleurs au niveau du genou gauche, l'assuré a subi deux arthroscopies en janvier et juillet 1997, puis l'ablation d'un corps libre dans la bourse sous-rotulienne gauche en septembre 1997. Ces interventions n'ont pas amélioré la situation de l'intéressé, malgré de nombreuses séances de physiothérapie (massages, application de glace, mobilisation en piscine et tonification de la musculature). Le cas a été pris en charge par P.\_\_\_\_\_ Assurances, qui a versé des indemnités journalières perte de gain. L'assuré a en effet été en incapacité de travail durant cette période, soit à 100 % du 13 janvier au 17 février 1997, à 50 % du 18 février au 31 mars 1997, à 100 % du 14 juillet au 10 août 1997, à 50 % du 27 septembre 1997 au 13 février 1998, puis à 100 % dès le 14 février 1998.

L'intéressé a finalement été licencié par son employeur pour des motifs de santé avec effet au 30 avril 1998, le dernier jour de travail effectif ayant été le 13 février 1998 selon l'attestation de l'employeur.

Le 27 mars 1998, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi de mesures médicales de réadaptation spéciale.

Dans un rapport médical du 24 mars 1998 adressé au Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a exposé que l'examen neurologique du patient n'avait mis en évidence aucune atteinte neurologique indubitable et que le comportement de l'assuré avait été tout au long de l'examen

assez démonstratif, le tableau présenté paraissant être dominé par des signes de surcharge.

Selon le questionnaire de l'employeur du 31 mars 1998, l'assuré réalisait depuis le 1<sup>er</sup> mai 1996 un revenu annuel de 55'900 fr.

Dans un rapport médical du 3 avril 1998, le Dr C.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 100 % du 13 janvier au 11 décembre 1997, à 50 % du 12 décembre 1997 au 13 février 1998 et à 100 % dès le 14 février 1998, compte tenu des diagnostics suivants :

- status après contusion du genou gauche, lésions méniscales interne, externe, synovite réactionnelle, érosions cartilagineuses au compartiment interne du genou gauche,
- lombosciatalgies gauches, sténose légère à modérée du canal spinal en L3-L4, discrète protusion discale médio-bilatérale en L4-L5.

Le Dr C.\_\_\_\_\_ a en outre considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables.

Au vu de l'importance des limitations fonctionnelles (alternance des positions statiques, limitations des contraintes physiques - port de charges), le Service de réadaptation de l'OAI (REA) a estimé qu'il se justifiait de définir quelles activités étaient adaptées aux problèmes de santé de l'assuré, de vérifier son rendement et ses compétences pratiques, au travers d'un stage d'évaluation en section AIP (atelier d'intégration professionnelle; rapport de la REA du 26 mai 1999). X.\_\_\_\_\_ a finalement suivi un stage d'évaluation auprès du Centre U.\_\_\_\_\_ à [...] du 8 novembre 1999 au 7 février 2000. Dans un rapport de synthèse du 14 février 2000, il a été souligné que l'assuré disposait d'excellentes aptitudes pratiques, qui étaient monnayables sur le marché du travail. L'intéressé s'était toutefois évertué à démontrer son incapacité totale de travailler. Sa manière très démonstrative d'exprimer ses douleurs et son attitude de perpétuel plaignant avaient incité les responsables du Centre à s'interroger sur les réelles motivations de

l'assuré à retrouver une solution professionnelle, son attitude n'ayant jamais montré un signe positif dans une recherche de solutions.

Dans un rapport médical du 3 octobre 2000, complété par un courrier du 13 octobre 2000, le Dr C.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de son patient était de 50 % dès le 20 décembre 1999 dans une activité sans effort, permettant un changement de position fréquent, tout en excluant les positions prolongées surtout debout et a retenu les diagnostics suivants :

- Status après méniscectomies sélectives interne, externe, érosions cartilagineuse fémoro-tibiales internes au genou gauche;
- Lombalgies sur discopathie dégénérative L4-L5 avec protusion discale médio-bilatérale;
- Sténose du canal spinal en L3-L4 sur arthrose interfacettaire;
- Hypertension artérielle;
- Surcharge pondérale;
- Troubles du rythme cardiaque.

Au vu de ces éléments, l'OAI a mandaté le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, pour la réalisation d'une expertise rhumatologique. Dans son rapport d'expertise du 2 octobre 2001, le Dr G.\_\_\_\_\_ a mis en évidence les éléments suivants dans le cadre de l'appréciation du cas et du pronostic :

"(...) Apparaissent par la suite des lombalgies ou lombosciatalgies selon les rapports au dossier. Il avait déjà souffert de lombalgies en 1993 ce qui avait nécessité deux mois d'incapacité de travail. Ces lombalgies s'exacerbent après la première épидurale qu'il subit pour l'arthroscopie de son genou gauche. Les divers traitements n'apportent aucune amélioration. Les médecins consultés n'ont jamais constaté de syndrome lombo-vertébral ni de syndrome radiculaire des membres inférieurs. Il s'agit de lombalgies banales en relation avec des troubles dégénératifs débutants.

La symptomatologie actuelle ne correspond pas à un canal lombaire étroit ni à celle d'une hernie discale. Les examens radiologiques, répétés, sont du reste rassurants.

Comme mes confrères orthopédistes ou neurologues, je constate une importante exagération lors de l'examen clinique avec tous les signes de non organicité positifs.

Etant donné les discrets troubles dégénératifs et surtout l'importance des plaintes, même s'il n'y a pas de trouble à l'examen clinique, il serait souhaitable que ce patient n'ait pas de lourdes charges à porter, puisse éviter les mouvements répétitifs du tronc etc. Cela correspond à une incapacité de travail de 50 % dans ses activités de concierge.

Cette incapacité partielle est également due à ses gonalgies résiduelles. Celles-ci sont probablement en relation avec une arthrose débutante constatée tant par l'IRM que par arthroscopie.

Dans ses activités de concierge professionnel, ce patient doit marcher et faire les escaliers, tondre le gazon etc. Il est donc justifié de lui reconnaître une certaine incapacité de travail, environ 50 %.

Dans une activité mieux adaptée, sa capacité de travail est entière au vu des status clinique et radiologique actuels.

En effet, dans une activité dans laquelle il peut se lever plusieurs fois par jour (chaque heure environ), dans laquelle il n'a pas d'escaliers à monter ou à descendre toute la journée, dans laquelle il n'a pas de charge à porter ni de mouvements fréquents du tronc à répéter, dans laquelle il ne doit pas travailler accroupi, son rendement et son horaire de travail devraient être normaux.

Lorsque je lui ai fait part de mon point de vue, Monsieur X. \_\_\_\_\_ me dit alors qu'à son âge il ne retrouvera plus de travail. On peut se demander si ce n'est pas cette impression de dévalorisation qui est responsable d'un syndrome dépressif qui se manifeste également par des insomnies, un manque de concentration, une apathie et par cet important état douloureux chronique qui n'a pas de corrélation clinique ni radiologique.

Je rappelle que pour les seules gonalgies, les Docteurs H. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, orthopédistes, se sont prononcés pour une pleine capacité de travail. Le Docteur H. \_\_\_\_\_ parle d'une capacité de 50 % comme concierge et le 50 % restant dans une activité plus sédentaire".

**b)** Par décision du 23 mai 2002, confirmant son projet de décision du 3 avril 2002, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles de l'assuré. Il a considéré, en substance, que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité de concierge professionnel, mais qu'il

présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, son taux d'invalidité étant de 19.35 %.

Dans le cadre de son recours auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud (TASS), l'assuré a produit un certificat médical du 17 juin 2003 du Dr C.\_\_\_\_\_, ainsi que deux rapports d'expertise, l'un du 2 décembre 2002 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, concluant à la présence d'un état dépressif et à une capacité de travail nulle voire de 30 % dans une activité adaptée, en raison principalement de son état psychique et dans une moindre proportion de ses atteintes somatiques; l'autre du 18 mars 2003 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic de symptomatologie douloureuse chronique et de trouble somatoforme persistant chez une personnalité au noyau psychotique et retenant dès lors une incapacité totale de travail dès le 14 février 1998.

**c)** Par jugement du 9 juin 2004, le TASS a rejeté le recours présenté par l'intéressé, considérant qu'il n'existait aucun motif sur le plan somatique de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, laquelle était complète, précise, bien motivée et convaincante. Le TASS a en outre relevé que sur le plan psychique, le Dr N.\_\_\_\_\_ n'avait pas motivé de façon convaincante les motifs pour lesquels il estimait que l'assuré présentait une incapacité totale de travail. En effet, son unique motivation résidait dans le fait que l'intéressé n'avait que son corps comme force de travail et qu'il n'avait actuellement ni la souplesse adaptative nécessaire du point de vue de la personnalité ni l'intelligence requise pour se réinsérer dans le monde du travail. Le TASS a cependant retenu que l'intelligence n'était pas un facteur à prendre en considération par l'Al.

L'assuré n'ayant pas recouru contre le jugement précité, ce dernier est entré en force.

**B.** Le 1<sup>er</sup> février 2006, X. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente et d'une observation professionnelle en raison de problèmes somatiques et psychologiques survenus en septembre 1996. L'assuré n'ayant pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé, l'OAI a rendu en date du 1<sup>er</sup> mai 2006 une décision de refus d'entrer en matière après lui avoir octroyé un délai pour remédier à cette absence de motivation.

**C. a)** Le 12 juin 2006, X. \_\_\_\_\_ a déposé une troisième demande de prestations AI pour les mêmes motifs que sa demande précédente. A cette occasion, il a transmis un courrier du 8 juin 2006 du Dr N. \_\_\_\_\_ lequel a conclu à une révision du cas et à la mise en œuvre de mesures d'investigation adéquates.

Dans rapport antérieur daté du 26 mai 2006 adressé au médecin-conseil de la Caisse E. \_\_\_\_\_, assurance-maladie et accidents, le Dr N. \_\_\_\_\_ avait en effet mis en évidence les diagnostics de trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité de légère à sévère, épisode actuel d'intensité moyenne, d'épisodes d'angoisse diffuse en rémission satisfaisante, de trouble somatoforme douloureux persistant, aggravant la symptomatologie douloureuse liée à la pathologie somatique, objectivée par le Dr C. \_\_\_\_\_ et de personnalité immature, présentant un caractère psychotique. Il avait préconisé une prise en charge ergothérapeutique et occupationnelle afin d'éviter une régression maligne avec le risque de la perte des autonomies résiduelles.

Dans un rapport médical du 22 février 2006 adressé au Dr C. \_\_\_\_\_, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne (cardiologie), a conclu que sur le plan cardiovasculaire, son patient était apte à des travaux légers d'atelier ou de bureau, excluant le déplacement sur de longues distances ou le port de charges lourdes.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (SMR) qui, par avis médical du 2 août 2006, a

considéré que les diagnostics retenus par le Dr N.\_\_\_\_\_ étaient déjà présents lors de l'évaluation de 2002. La thymie dépressive faisait partie du trouble somatoforme et était sûrement aggravée par les refus de demandes de rente. Les épisodes d'angoisse diffuse étaient en rémission satisfaisante et n'empêchaient pas l'assuré de travailler. En l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante ou de retrait social, aucune incapacité de travail n'était justifiée, comme l'avait d'ailleurs retenu le TASS dans son jugement du 9 juin 2004. Le diagnostic de conflit sous-acromial retenu par le Dr F.\_\_\_\_\_ n'empêchait pas l'assuré de travailler dans une activité adaptée (pas de travaux lourds, pas de travaux au-dessus de l'horizontal avec le membre supérieur droit).

**b)** Par décision du 19 septembre 2006, confirmant un projet de décision du 7 août 2006, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'assuré n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Il a considéré qu'une autre appréciation d'un état de fait demeuré inchangé n'était pas possible.

**c)** Par courrier du 5 octobre 2006, le Dr N.\_\_\_\_\_ a réagi à la décision précitée en mentionnant que toutes les mesures appliquées sur le plan thérapeutique depuis la décision de refus de 2002 montraient l'appauvrissement tragique des défenses psychiques et la rigidification des capacités adaptatives de son patient.

Dans le même temps, l'assuré, par l'intermédiaire de la Fédération suisse pour l'Intégration des handicapés, a recouru contre la décision du 19 septembre 2006 de l'OAI.

Par jugement du 23 février 2007, le TASS a considéré que le recours déposé par X.\_\_\_\_\_ était devenu sans objet, l'OAI ayant accepté d'entrer en matière sur la demande du 12 juin 2006 de l'assuré en reprenant l'instruction de son dossier, par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

**d)** Dans son rapport d'expertise du 8 août 2007, la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a estimé qu'en raison d'une dysthymie, il y avait lieu d'admettre une diminution de la capacité de travail de l'assuré de 20 % dès décembre 2002, au vu des ruminations ponctuelles, des difficultés d'endormissement et l'inquiétude face au futur, ainsi que l'humeur déprimée. Elle a toutefois considéré que les diagnostics de majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques et de personnalité dépendante n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de l'intéressé.

Par avis médical du 16 octobre 2007, le SMR a relevé, au vu de l'expertise de la Dresse L.\_\_\_\_\_, que le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraissait mauvais, en raison de l'inactivité professionnelle depuis 10 ans, d'une démotivation de l'expertisé et de son sentiment d'être dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité, éléments qui sortaient toutefois du champ médical. Dans ce contexte, des mesures d'orientation professionnelle ne paraissaient pas indiquées, étant vouées à l'échec.

Par communication du 14 février 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une observation professionnelle.

Dans un rapport final du 11 mars 2008, la REA a indiqué qu'elle avait eu un entretien avec l'assuré afin de lui expliquer quelles étaient les mesures envisageables pour favoriser sa réinsertion professionnelle. L'assuré a toutefois précisé qu'il était totalement incapable de travailler.

Par courrier du 7 mai 2008, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a informé l'OAI qu'il était prêt à se soumettre à des mesures de réinsertion professionnelle.

Dans un complément au rapport final du 23 mai 2008, la REA a relevé ce qui suit :

"Au vu de la capacité de travail résiduelle de 80 % et du manque de qualification, il n'existe pas de mesures de reclassement qui auraient permis de réduire le préjudice économique.

Par contre étant donné que notre assuré possède de bonnes aptitudes pratiques (cf rapport du Centre U. \_\_\_\_\_ du 14 février 2000) nous aurions pu lui octroyer une mesure d'aide au placement.

Il faut signaler qu'une telle mesure qui consiste en un soutien à la personne assurée dans sa recherche d'un emploi sur le marché du travail, nécessite un investissement de la part de l'assuré qui doit être acteur de la démarche.

On notera que lors des mesures précédemment octroyées (stage d'instruction effectué au Centre U. \_\_\_\_\_ de [...] de novembre 1999 à février 2000), aucun essai en entreprise n'a pu être mis en place à cause de l'attitude largement démonstrative de l'assuré. L'intéressé déclarait déjà à l'époque que son état de santé ne lui permettait pas de travailler. Il tenait toujours le même discours en août 2007 lors de l'expertise psychiatrique avec le Dr L. \_\_\_\_\_ ainsi que lors de notre entretien du 11 mars 2008".

**e)** En date du 15 août 2008, l'OAI a soumis à X. \_\_\_\_\_ un projet de décision, dans lequel il envisageait de rejeter sa demande. L'OAI a ainsi retenu que la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle était de 50 %, alors qu'elle était de 80 % dans une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'557 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2002 (année d'ouverture du droit à la rente), compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2002 (41.7 heures), d'une activité de substitution de 80 % et d'un abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 41'045 fr. 81. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 59'264 fr.40, mettait en évidence un préjudice économique de 18'218 fr. 90 correspondant à un degré d'invalidité de 31 %, taux insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a également refusé des mesures de reclassement.

Exerçant son droit d'être entendu, X.\_\_\_\_\_ a contesté ce projet en indiquant qu'il souhaitait bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle compte tenu d'un taux d'invalidité fixé à 31 %. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a également donné son aval pour une telle mesure. Dès lors, le prénommé estimait que le projet de décision était prématuré et que l'instruction de son dossier devait continuer afin d'évaluer ses chances de réadaptation.

Par décision du 20 octobre 2008, l'OAI a confirmé formellement son préavis du 15 août 2008, en reprenant les mêmes motifs. Par courrier du 21 octobre 2008, l'OAI a en outre informé l'assuré qu'il n'existait actuellement pas de mesure susceptible de diminuer le préjudice économique évalué à 31 % et que dès lors, un reclassement n'entraîne pas en ligne de compte.

Sur requête du conseil de l'assuré, l'OAI lui a fait savoir le 13 novembre 2008 que sa décision du 20 octobre 2008 constituait un refus de rente, de mesures professionnelles et d'aide au placement.

**D. a)** Par acte de son mandataire du 20 novembre 2008, X.\_\_\_\_\_ recourt contre cette décision et conclut, sous suite de frais et dépens, à sa réforme, en ce sens qu'il a droit aux mesures de réadaptation professionnelle, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il ordonne les mesures auxquelles il a droit. Il soutient que la décision attaquée refuse sans examen préalable le droit aux mesures professionnelles et d'aide au placement, malgré sa volonté claire et simple. Ainsi depuis le 7 mai 2008, il a manifesté plusieurs fois sa volonté de bénéficier de mesures de réadaptation, avec le soutien de son psychiatre traitant. Il s'est dès lors mis entièrement à la disposition de l'intimé, conformément à son obligation de collaborer et de réduire le dommage. Par ailleurs, il indique que la décision litigieuse est intitulée "refus de rente d'invalidité", si bien que l'intimé ne pouvait dans la même décision s'exprimer sur l'ensemble des mesures de réadaptation qui doivent faire l'objet d'une nouvelle décision.

**b)** Par décision du 28 janvier 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 20 novembre 2008.

**c)** Dans sa réponse du 2 mars 2009, l'intimé a proposé le rejet du recours s'agissant d'une mesure de reclassement. Il a ainsi rappelé qu'un reclassement devait être de nature à influencer sensiblement la capacité de gain de l'assuré et répondre au principe de la proportionnalité, soit présenter un rapport raisonnable entre les coûts engendrés par la formation et leurs conséquences sur le préjudice économique. Ainsi, au vu du manque de qualifications du recourant, qui ne bénéficiait d'aucune formation certifiée, et de sa capacité de travail résiduelle de 80 % dans une activité adaptée, il était hautement vraisemblable que le préjudice économique de 31 % ne pourrait être réduit au-delà des 20 %, même avec une mesure de reclassement. L'intimé était toutefois à disposition du recourant pour une aide au placement.

**d)** Dans sa réplique du 23 avril 2009, le recourant a constaté qu'aucune mesure d'instruction n'avait été ordonnée pour estimer le revenu réalisable après une mesure de reclassement. Il a ajouté qu'il se trouvait encore à 8 ans de la retraite, le rapport du Centre U. \_\_\_\_\_ soulignant au demeurant ses bonnes aptitudes et son sens pratique.

**e)** Dans sa duplique du 15 mai 2009, l'intimé n'a pas fourni d'observations.

**f)** Une audience d'instruction a eu lieu le 26 août 2009, au cours de laquelle le recourant a déclaré être motivé à exercer une activité. La conciliation a échoué, l'intimé étant cependant invité à indiquer en quoi consistait l'aide au placement.

**g)** Suite à un échange de courriers, le dossier du recourant a été transmis à un coordinateur emploi qui a convoqué l'assuré à un entretien le 29 octobre 2009.

**h)** Par courrier du 5 juillet 2010, l'intimé s'est référé à une lettre du 20 mai 2010 du coordinateur emploi qui indiquait que le dossier restait en suspens dans le cadre de l'aide au placement. S'agissant de la question de la mise sur pied des mesures professionnelles, le spécialiste en réinsertion professionnelle exposait dans son complément au rapport final du 11 mars 2008 et sa communication interne du 9 mars 2009 qu'il n'existait pas de mesures professionnelles susceptibles de réduire le préjudice économique du recourant. Finalement, l'intimé a indiqué que le dossier avait été réouvert s'agissant de l'aide au placement. Le coordinateur emploi avait mis en place un stage d'évaluation dès le mois de novembre 2010 auprès de la Société [...] SA à [...], mais le stage avait en définitive eu lieu au Centre I. \_\_\_\_\_ à [...].

**i)** Dans un courrier du 10 mai 2011, l'intimé a transmis le rapport d'évaluation des capacités de travail et du rendement établi le 10 mars 2011 par le Centre I. \_\_\_\_\_, le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 31 mars 2011, ainsi que le rapport intermédiaire du 9 mars 2011 et le rapport final du coordinateur emploi du 22 mars 2011. Il s'est ainsi avéré que les rendements observés n'avaient jamais dépassé 5 à 10 %, ce qui avait surpris le coordinateur emploi vu la simplicité des tâches demandées et les limitations physiques présentées par l'assuré. La diminution admise de la capacité de travail pour les problèmes psychiques n'expliquait pas non plus ce résultat. En fait, celui-ci était superposable à celui réalisé au terme de la première mesure de reclassement organisée en novembre 1999 et février 2000 au Centre U. \_\_\_\_\_. L'intimé a dès lors conclu que l'assuré présentait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé, raison pour laquelle il proposait le rejet du recours.

**j)** En date du 1<sup>er</sup> juin 2011, le recourant a constaté que le Centre U. \_\_\_\_\_ avait conclu à une capacité résiduelle de travail de 40 à 50 %. L'évaluation professionnelle faite le 10 mars 2011 par le Centre I. \_\_\_\_\_ faisait ressortir la dégradation progressive de sa capacité de travail. Le recourant s'est en outre référé aux rapports des 31 mars 2011 et 26 mai 2011 du Dr N. \_\_\_\_\_, qui concluait à l'impossibilité d'une réinsertion dans le milieu économique, pour contester l'expertise de la

Dresse L.\_\_\_\_\_, estimant qu'il s'agissait d'éléments nouveaux. Au vu de ces éléments, le recourant estimait qu'il appartenait à la Cour de céans de réformer la décision dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité.

**k)** Par courrier du 8 septembre 2011, Me Graf a indiqué renoncer à son indemnité d'office.

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

**1.** 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 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA).

Interjeté le 20 novembre 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), il est recevable.

**2.** En l'espèce, si le recourant a conclu dans un premier temps, soit dans son mémoire de recours, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, il a finalement sollicité, dans son écriture du 1<sup>er</sup> juin 2011, l'octroi d'une rente entière d'invalidité en contestant la valeur probante du rapport d'expertise de la Dresse L.\_\_\_\_\_ au vu des rapports du 14 février 2000 du Centre U.\_\_\_\_\_ et du 10 mars 2011 du Centre I.\_\_\_\_\_ relatifs à l'évaluation de ses capacités de travail et de rendement, ainsi que ceux de son psychiatre traitant des 31 mars 2011 et 26 mai 2011.

Dès lors, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel, singulièrement sur le point de savoir si l'invalidité s'est modifiée de façon à influencer le droit à la prestation entre la décision du 23 mai 2002 et la décision litigieuse du 20 octobre 2008.

**a)** Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile

pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**3. a)** Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204 consid.

3a et les références; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2, I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1).

**b)** Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, 130 V 75 consid. 3.2).

**4.** En l'espèce, l'assuré a présenté formellement une demande de prestations AI en date du 27 mars 1998, laquelle a été rejetée

définitivement par jugement du 9 juin 2004 du TASS qui a considéré que les troubles somatiques, certes indiscutables, n'étaient en soi pas invalidants et que les troubles psychiques, dont faisait état le Dr N.\_\_\_\_\_, n'étaient pas motivés de façon convaincante. Dans le cadre de la 3<sup>ème</sup> demande de prestations AI (l'OAI n'étant pas entré en matière sur la 2<sup>ème</sup> demande), l'intimé a décidé, dans le cadre de la procédure de recours, de rencontrer l'assuré afin de déterminer les modalités d'une intervention susceptible de favoriser son repositionnement professionnel. Finalement, après un stage au Centre I.\_\_\_\_\_, l'assuré a revendiqué une nouvelle fois l'examen du droit à des prestations financières dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, convaincu de ne pas pouvoir exercer un emploi adapté dans l'économie à un taux supérieur à 10 %. Par conséquent, il convient en l'espèce de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé.

**a)** Sur le plan somatique, l'intéressé a été victime d'un accident professionnel en 1996 entraînant des lésions méniscales au genou gauche. Dans son expertise du 2 octobre 2001, le Dr G.\_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée, tant sur le plan de l'horaire que du rendement, compte tenu des status clinique et radiologique du recourant. A l'examen du dossier médical, il s'avère que sur le plan orthopédique, l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié dans le sens d'une aggravation. Dans un rapport du 8 mai 2006, le Dr C.\_\_\_\_\_ a certes fait état de lésions dégénératives des compartiments fémoro-tibiaux internes des deux genoux, d'une arthrose à la base du pouce gauche et d'une arthrose cervico-dorsale. Toutefois, ces éléments avaient déjà été mis en évidence dans le cadre de la première demande. En effet, une scintigraphie osseuse effectuée le 6 janvier 1998 avait révélé une discrète anomalie de captation des grandes articulations (épaules, coudes, genou gauche surtout) correspondant à des discrets troubles dégénératifs aspécifiques. Par ailleurs, un CT lombaire et une séquence IRM effectués le 26 février 1998 concluaient à une discopathie dégénérative modérée en L4-L5 avec une légère protusion discale, sans hernie discale, ni conflit radiculaire et à une sténose légère à modérée du canal spinal en L3-L4. En tout état de cause, la symptomatologie

présentée n'est en soi pas invalidante dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles décrites (autorisant l'alternance des positions statiques, mais excluant les travaux lourds et les travaux au-dessus de l'horizontal avec le membre supérieur droit). Dans son rapport d'expertise du 8 août 2007 (p. 29), la Dresse L.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs constaté que : "*M. X.\_\_\_\_\_ allègue des handicaps sévères dus à ses douleurs (par exemple, il dit ne pouvoir rester assis plus de 30 minutes sans se lever), lors de l'expertise, M. X.\_\_\_\_\_ reste assis près de 3 heures sans demander à se lever du siège. La dernière prise d'antalgique, selon les dires de l'expertisé, remonte à 5 jours avant l'expertise*".

**b)** En réalité, le recourant soutient que son état de santé s'est aggravé sur le plan psychique et conteste ainsi la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique établi par la Dresse L.\_\_\_\_\_ en date du 8 août 2007 suite à l'examen du 16 juillet 2007.

Dans son jugement du 9 juin 2004, le TASS constatait que le Dr C.\_\_\_\_\_, qui suivait le recourant depuis de nombreuses années, n'avait mentionné aucun problème psychologique. Tant le Dr Z.\_\_\_\_\_ que le Dr G.\_\_\_\_\_, ainsi que les responsables du Centre U.\_\_\_\_\_, avaient signalé le manque de collaboration et de motivation du recourant, de même qu'une importante exagération des symptômes. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ avait observé des éléments de surcharge, alors que le Dr G.\_\_\_\_\_ avait constaté la présence de tous les signes de non organicité avec un probable état dépressif modéré, toutefois sans que des raisons psychologiques paraissent suffisantes pour justifier une incapacité de travail même partielle. Le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 18 mars 2003, établi à la demande du Dr F.\_\_\_\_\_, sans consultation préalable de l'OAI, concluait à la présence d'une symptomatologie douloureuse chronique et à un trouble somatoforme douloureux persistant, l'assuré présentant une tristesse, une certaine aboulie, apathie et anédonie, des troubles du sommeil, un sentiment de fatigue et de non valeur, une perte de confiance en ses moyens et en l'avenir. L'intéressé déclarait au Dr N.\_\_\_\_\_ qu'il n'avait pas de problème psychologique, en affirmant que son seul problème résidait dans ses douleurs. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a dès lors retenu

que l'intéressé "n'a que son corps comme force de travail et n'a, actuellement, ni la souplesse adaptative nécessaire du point de vue de la personnalité, ni l'intelligence requise pour se réinsérer dans le monde du travail. Il ne travaillera de fait plus. Il n'a ni demande d'aide psychologique ni conscience morbide et l'on voit mal comment il pourrait entrer dans une démarche thérapeutique du point de vue psychiatrique" (rapport du 18 mars 2003, p. 8). Le recourant est devenu le patient du Dr N.\_\_\_\_\_ dès le 13 décembre 2002.

A l'appui de sa 3<sup>ème</sup> demande de prestations AI, X.\_\_\_\_\_ s'est référé à un rapport médical du 26 mai 2006 établi par le Dr N.\_\_\_\_\_ qui a mis en évidence les diagnostics de trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité légère à sévère, épisode actuel d'intensité moyenne, d'épisodes d'angoisse diffuse en rémission satisfaisante, de trouble somatoforme douloureux persistant, aggravant la symptomatologie douloureuse liée à la pathologie somatique, objectivée par le Dr C.\_\_\_\_\_ et de personnalité immature, présentant un caractère psychotique. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a préconisé une prise en charge ergothérapeutique et occupationnelle afin d'éviter une régression maligne avec le risque de la perte des autonomies résiduelles.

La décision querellée est, pour sa part, fondée sur le rapport d'expertise du 8 août 2007 de la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de dysthymie, présent depuis décembre 2002. L'experte a procédé à une analyse détaillée des affirmations de l'intéressé et de son comportement durant l'entretien (il exprime ses douleurs sur un ton dramatique et par moment démonstratif, tout en pouvant évoquer des sujets agréables avec le sourire). Son rapport se fonde également sur une anamnèse détaillée et est basé sur l'étude du dossier de l'OAI, sur une demande de renseignements auprès du Dr N.\_\_\_\_\_ (réponse par fax du 17 juillet 2007) et sur un entretien téléphonique du 17 juillet 2007 avec R.\_\_\_\_\_, ergothérapeute. En outre, le rapport décrit de façon complète les affections et le parcours de X.\_\_\_\_\_. Il tient compte des plaintes de l'assuré et décrit son status

clinique. Cette praticienne a relevé que depuis les interventions orthopédiques du genou gauche en 1997, l'évolution s'était faite progressivement vers des douleurs décrites comme chroniques. Toutefois, le point de la souffrance n'était pas manifeste, l'intéressé pouvant s'investir dans divers domaines et y trouver du plaisir, notamment passer du temps avec ses enfants et petits-enfants, s'occuper de ses canaris et de ses plantes sur son balcon, se rendre au Centre thermal de [...] et faire des Sudoku de différents niveaux.

Sur le plan de la thymie, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a considéré que les symptômes évoqués par l'assuré correspondaient tout au plus à une dysthymie avec des ruminations ponctuelles, une humeur déprimée, un trouble de l'endormissement avec cependant la possibilité de faire face au quotidien de l'existence. La Dresse L. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Elle a tout d'abord fait état de ses observations par rapport au comportement du recourant. Elle s'est dit frappée par une boiterie importante lorsque l'assuré s'est présenté à l'expertise, boiterie qui avait nettement diminué en fin d'expertise lorsque l'intéressé et elle-même s'étaient rendus au laboratoire pour un dosage sérique. De plus, l'assuré pouvait fonctionner au quotidien et maintenir des relations sociales. Elle a également signalé que des bénéfices secondaires avec mobilisation de l'entourage et évitement d'un rôle à jouer étaient présents. Au vu de ces éléments, elle a dès lors posé le diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. Elle a certes admis que l'expertisé était une personnalité dépendante et frustrée, laquelle était toutefois compensée et n'induisait aucun fonctionnement pathologique au quotidien. Dans ce contexte, l'avis du Dr N. \_\_\_\_\_ doit être abordé avec précaution étant donné la relation de confiance qui l'unit à son patient. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (TF du 7 mars 2007 I 113/06, consid. 4.4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si un médecin traitant a fait état d'éléments

objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce, dès lors que les diagnostics et les conclusions du psychiatre traitant ne reposent sur aucune constatation dont la Dresse L.\_\_\_\_\_ n'aurait pas tenu compte dans son expertise détaillée. Enfin, les courriers des 31 mars 2011 et 26 mai 2011 du Dr N.\_\_\_\_\_, outre qu'ils ont été produits postérieurement à la décision attaquée, ne sont pas déterminants en l'absence de toute explication médicale pertinente à l'appui du point de vue du psychiatre traitant. Les éléments contenus dans les documents précités sont en effet subjectifs, le Dr N.\_\_\_\_\_ se limitant à reproduire les conclusions du Centre I.\_\_\_\_\_ (rapport du 10 mars 2011), ainsi que les modalités du traitement en cours, tout en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

**c)** Il appert par conséquent que le rapport d'expertise de la Dresse L.\_\_\_\_\_ répond en tous points aux critères formels retenus par la jurisprudence pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical (ATF 125 V 352, consid. 3a et les références). Il contient une anamnèse complète et un résumé des renseignements tirés du dossier; il fait également état des indications subjectives de l'intéressé, ainsi que du résultat des observations faites au cours de l'examen clinique ("status psychiatrique"); les conclusions auxquelles il a abouti sont motivées de manière convaincante. Dans ces conditions, force est de constater que la Cour de céans n'a pas de raison suffisante de s'écarter des conclusions de l'experte quant à l'impact du trouble psychique sur la capacité de travail du recourant. Il convient ainsi de retenir que ce dernier présente une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée dès le mois de décembre 2002.

**5. a)** Dans le cadre de la procédure de recours X.\_\_\_\_\_ s'est essentiellement référé au rapport de synthèse du 14 février 2000 du Centre U.\_\_\_\_\_, ainsi qu'à celui du 10 mars 2011 du Centre I.\_\_\_\_\_ pour conclure à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, son rendement ne

dépassant pas 10 %, ce qui rend selon lui impossible une réinsertion dans le milieu économique.

Ainsi, le recourant a tout d'abord suivi un stage au Centre U. \_\_\_\_\_ du 8 novembre 1999 au 7 février 2000, tout d'abord à plein temps, puis à mi-temps conformément à un certificat médical établi par le Dr C. \_\_\_\_\_. A l'issue du stage, le Centre U. \_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail allant de 40 à 50 % (rapport du 14 février 2000). Dix ans plus tard, le recourant a suivi un stage d'évaluation au Centre I. \_\_\_\_\_ du 29 novembre 2010 au 18 février 2011 avec un démarrage à mi-temps compte tenu d'un long arrêt de travail avec pour objectif une augmentation progressive du taux d'activité. Toutefois, tant à l'atelier multiservices qu'à celui de serrurerie, il n'a pas été possible d'augmenter le taux de présence et de nombreuses absences ont été relevées en raison de ses douleurs (en moyenne 2 à 3 jours par semaine). Au vu d'un rendement de 5 à 10 %, la reprise d'un emploi dans le milieu économique n'était pas possible (rapport de synthèse du 10 mars 2011 du Centre I. \_\_\_\_\_ et rapport final du 22 mars 2011 de la REA).

**b)** En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008, consid. 4.1). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient en effet aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la

médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (TFA I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (TF 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3). Le juge ne peut ainsi pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir, ceci pour éviter qu'il soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2).

**c)** In casu, quoiqu'en disent le recourant et son psychiatre traitant, il s'avère que durant les deux stages, l'assiduité au poste de travail, l'intérêt pour les activités et la motivation au travail ont clairement été jugés insuffisants, alors que tel n'était pas le cas pour les aptitudes, observations qui confortait le Centre U. \_\_\_\_\_ dans l'idée que même s'il y avait un aspect somatoforme dans les réactions démonstratives à la douleur de la part de l'assuré, cet élément était néanmoins accompagné d'une utilisation consciente et réfléchie pour démontrer son incapacité de travail. Les conclusions de la Dresse L. \_\_\_\_\_ vont également dans ce sens, puisqu'elle a considéré que des mesures de réadaptation professionnelles n'étaient pas à envisager sur le plan psychique, car elles étaient vouées à l'échec, X. \_\_\_\_\_ s'estimant dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité (rapport d'expertise du 8 août 2007, p. 33). Enfin, les conclusions contenues dans le rapport final du 22 mars 2011 du coordinateur emploi, rédigées à l'issue du stage au Centre I. \_\_\_\_\_, sont superposables à celles du Centre U. \_\_\_\_\_, puisqu'il a noté que l'assuré disposait d'excellentes aptitudes pratiques, mais qu'il ne s'estimait pas en mesure de travailler.

Par conséquent, la Cour de céans ne saurait fonder son jugement sur le travail que le recourant s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tel qu'il ressort des rapports médicaux ayant valeur probante. En d'autres termes, la simple observation dans le cadre d'un stage d'évaluation ne saurait se substituer à l'absence d'éléments médicaux allant dans le sens de la reconnaissance d'un droit à une rente entière d'invalidité. Dans ces

conditions, force est de constater qu'il n'existe aucune appréciation médicale motivée et aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions de la Dresse L.\_\_\_\_\_, si bien qu'il convient de retenir que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible de 80 % dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles décrites par les médecins somaticiens.

**6. a)** Le recourant n'a pas contesté la détermination du taux d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus. Pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant, il convient en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de tenir compte de l'activité de substitution que pourrait exercer l'assuré, le salaire de référence étant celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002 (année d'ouverture du droit à la rente), 4'557 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], TA 1, niveau de qualification 4). Compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2002 (41.7 heures), d'une activité de substitution de 80 % et d'un abattement de 10 %, le salaire déterminant en 2002 est de 41'045 fr. 81. La comparaison du revenu d'invalidé (41'045 fr. 81) avec le revenu de valide (59'264 fr.40) conduit à une perte de gain de 18'218 fr. 90, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 31 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Sur ce point, soit s'agissant du droit à la rente, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée.

**b)** Une mesure d'ordre professionnel ayant été octroyée au stade de la procédure de recours, cet élément n'a plus à être examiné. L'aide au placement a, quant à elle, été accordée, puis suspendue. Si l'assuré souhaite obtenir un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié par exemple, il lui incombera d'en faire la demande. Il sied enfin de rappeler que, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le

recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées).

Dès lors, sur ce point, il convient de considérer que le recours est devenu sans objet, puisque le recourant a obtenu en cours de procédure de recours la mesure qu'il sollicitait.

**7.** Il s'ensuit que le recours – en tant qu'il n'est pas devenu sans objet – doit être rejeté. La conclusion initiale du recours étant devenue sans objet en cours de procédure, les mesures requises ayant été accordées, le recourant a droit à des dépens réduits arrêtés à 1'000 fr., à charge de l'intimé. Il faut en effet considérer que le recourant a en définitive obtenu gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGa). Les frais de justice seront dès lors également réduits. Le recourant étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés à la charge de l'Etat. Pour le surplus, aucune indemnité d'office n'est due à Me Graf, qui y a renoncé.

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

- I.** Le recours, en tant qu'il n'est pas devenu sans objet, est rejeté.
- II.** Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr., sont laissés à la charge de l'Etat.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de dépens de 1'000 fr. (mille francs).

**IV.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Graf, du Service juridique d'Intégration Handicap, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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

La greffière :