

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 novembre 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Neu et Abrecht
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Z._____, à St-Prex, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss, 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assuré), né en 1950, a déposé le 29 octobre 2002 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) sollicitant une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession. En dernier lieu, l'intéressé a travaillé dès le 1^{er} janvier 1991 dans un bureau de géomètres en qualité d'aide-géomètre pour des travaux de terrain.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a requis production du dossier de l'assureur perte de gain. Figuraient dans ce dossier notamment les rapports médicaux suivants:

- un rapport du 26 mars 2002 adressé au médecin traitant par le Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dans lequel celui-ci a constaté que l'assuré souffrait d'une polyarthrose, dont les localisations étaient principalement la région dorsale basse, lombo-sacrée, acromio-claviculaire et scapulo-humérale à droite, et surtout coxo-fémorale gauche. Elle pourrait fort bien selon lui être péjorée par un état anxieux lié à ses nombreuses douleurs. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale et définitive dans la profession d'aide-géomètre.

- un rapport du 19 avril 2002 adressé au médecin traitant par le Dr C._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, dans lequel celui-ci a indiqué que l'assuré souffrait d'un probable syndrome somatoforme persistant, d'une coxarthrose gauche, d'une polyarthrose anamnesticque, de périarthrites scapulo-humérales bilatérales modérées avec conflits antéro-supérieurs, de status après sinusites à répétition, d'hypertension artérielle et d'hyperlipidémie.

On peut aussi y lire ce qui suit:

"Compte tenu de l'interrogatoire qui montre un patient extrêmement inquiet craignant d'être atteint d'une pathologie au pronostic défavorable, en présence d'une fuite des idées et qui

signale des plaintes ubiquitaires ainsi que sur la base des différents examens complémentaires radiologiques, biologiques et scintigraphiques, il en ressort comme premier diagnostic, un syndrome somatoforme douloureux persistant. Ce diagnostic peut être évoqué, principalement au vu d'un tableau ubiquitaire des plaintes qui ne sont pas expliquées par les constatations objectives radiologiques, cliniques et biologiques, hormis bien entendu la présence d'une coxarthrose gauche avancée qui est connue et qui a été confirmée par les Drs T._____ et V._____. Je n'ai pas suffisamment de critères au sens strict pour retenir un pronostic de fibromyalgie selon les critères ACR. (...)"

Le 29 octobre 2002, le Dr C._____ a confirmé le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant.

Dans un rapport médical du 26 novembre 2002 adressé à l'OAI, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de syndrome somatoforme persistant, de coxarthrose gauche, de polyarthrose, de périarthrites scapulo-humérales bilatérales et d'état dépressif. Il a considéré que l'activité précédente n'était plus exigible, l'assuré pouvant exercer une autre profession, à condition que les travaux de force lui soient épargnés.

Le 21 janvier 2003, le Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital Q._____ (Prof. B._____, Dresse X._____ et Dresse L._____) a posé les diagnostics principaux de fibromyalgie et secondaire de coxarthrose gauche, hypercholestérolémie et état dépressif récurrent.

Ce rapport comporte également le passage suivant:

"Nous avons donc retenu le diagnostic de fibromyalgie comme étiologie aux polyarthralgies. Actuellement, nous n'avons aucun argument clinique ou paraclinique pour une connectivité, une polyarthrite rhumatoïde, une hémochromatose, une dysthyroïdie, une anomalie du métabolisme phosphocalcique, une hépatite C ou un éventuel syndrome des apnées du sommeil. Le traitement a consisté en une physiothérapie antalgique réactive, en piscine et à sec, permettant une légère amélioration des douleurs.

Le patient présente également un état dépressif récurrent, pour lequel il a été suivi par les infirmières de la psychiatrie de liaison.

Celles-ci proposent la poursuite du traitement de Remeron et un suivi ambulatoire."

L'OAI a chargé le Dr D._____, psychiatre FMH, d'effectuer une expertise psychiatrique de l'assuré. Dans son rapport du 28 mai 2004, l'expert a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail (selon la CIM-10) de somatisation (F45.0) et trouble dépressif récurrent (F33.0). Sous la rubrique « appréciation du cas et pronostic », l'expert s'est exprimé comme suit:

"Malgré la discordance entre les plaintes exprimées par l'assuré et les constatations objectives radiologiques et cliniques, la discussion suivante part de la prémisse que l'assuré est sincère en affirmant qu'il éprouve des douleurs répondant mal à toute approche thérapeutique.

D'après ses déclarations, le diagnostic psychiatrique différentiel offre un choix entre la somatisation (...) et le trouble hypocondriaque (...); les signes de ceux-ci ainsi qu'un trouble de l'humeur, constituent des critères d'exclusion en ce qui concerne celui de syndrome douloureux somatoforme persistant (...).

On ne peut pas mettre en doute que l'assuré ait subi un ou plusieurs épisodes dépressifs. Il convient, cependant, de rappeler que le trouble dépressif récurrent reste un diagnostic valable même en période de rémission et implique des intervalles d'au moins deux mois sans perturbation significative de l'humeur.

À ce propos, il faut souligner que son médecin traitant et la psychiatre qui le suit régulièrement depuis fin 2003 sont d'avis qu'il est incapable de travailler et que son état est stationnaire ou se péjore. Bien que leur opinion soit de poids, il ne faut pas négliger l'incidence que leur empathie peut avoir sur les craintes de l'assuré.

Au cours des entretiens effectués dans le cadre de la présente expertise, l'assuré s'est montré ponctuel, alerte, soigné de sa personne, cohérent, disposé à répondre sans réticence à toutes les questions, en contact avec la réalité, d'humeur égale, capable de communiquer son vécu avec clarté et précision. L'anamnèse et l'observation clinique actuelle mettent difficilement en évidence suffisamment de critères objectifs pour diagnostiquer un épisode dépressif léger.

Vu l'âge de l'assuré, sa résilience démontrée et la perspective d'une amélioration de sa santé physique et psychique, il semblerait prématuré de conclure à une incapacité de travail totale et permanente. Les réponses aux questions suivantes sont donc basées sur la proposition qu'il était inapte au travail depuis mars 2002 et le restera jusqu'à sa réorientation dans une profession compatible avec ses limitations physiques.

Malgré cette manière optimiste d'envisager son avenir, il faut reconnaître que la chronicisation de ses plaintes représente un facteur défavorable à toute réhabilitation professionnelle."

L'expert en a conclu que du point de vue psychiatrique, une reprise du travail était raisonnablement exigible. Il a toutefois indiqué que l'activité antérieure ne pouvait plus être exercée.

Dans un avis du 8 décembre 2004, le Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) a écrit que dans son activité habituelle la capacité de travail de l'assuré était nulle mais qu'elle était entière dans une activité adaptée soit qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes:

"Pas de travaux lourds. Pas de déplacements sur le terrain inégal ou de marche prolongée. Pas de station debout prolongée."

On peut lire également ce qui suit dans ce rapport:

"Assuré avec un CFC d'agriculteur, ayant exercé le métier de déménageur pendant plusieurs années, aide géomètre depuis 1992. Il a été mis en arrêt de travail en mars 2002 à la suite de douleurs ostéoarticulaires liées à une coxarthrose, et étendues peu à peu à l'ensemble du squelette. L'assuré a été adressé à un rhumatologue, le Dr C. _____ et dans le Service de rhumatologie de l'Hôpital Q. _____ en 2002 - 2003 où les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de fibromyalgie ont été posés, en plus de celui de coxarthrose. Les rapports mentionnent une divergence importante entre les plaintes de l'assuré et les limitations relativement peu importantes qu'ils ont pu objectiver. L'assuré ainsi que son médecin traitant dressent une liste de nombreux troubles affectant à peu près tous les systèmes ! Lors de son observation à l'Hôpital Q. _____, au début 2003, un état dépressif a été décelé et a fait l'objet d'un suivi infirmier pendant quelque temps. Le médecin traitant signalant une prise en charge psychiatrique, une expertise psychiatrique a été demandée au Dr D. _____. Celui-ci a constaté un assuré en bon état général, capable de rester assis pendant les entretiens sans manifester de douleurs ni de troubles physiques à part une boiterie due à sa coxarthrose. Il n'a constaté aucun trouble du registre psychotique, et n'a pas mis en évidence de symptôme dépressif majeur. En définitive, devant la multiplicité des plaintes, les nombreuses investigations auprès de toutes sortes de spécialistes et la fixation de l'assuré sur ses symptômes douloureux, il a retenu un diagnostic de somatisation, qui s'accompagne d'un trouble dépressif récurrent d'intensité légère. Cette atteinte psychique entre dans le cadre des troubles anxieux et est présente depuis de nombreuses années, bien avant sa mise à l'arrêt de travail, comme en témoignent le recours à divers médecins et des investigations faites déjà au moins 10 ans auparavant. Selon l'expert, ces troubles n'empêcheraient pas une réadaptation de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations somatiques. L'assuré déclare que ses troubles ne se sont pas améliorés après

l'arrêt de son activité ni par l'ensemble des traitements qu'il a suivis.

En conclusion, seules les limitations somatiques sont à prendre en compte dans l'estimation de la capacité de travail. Dans une activité comme agriculteur, déménageur ou aide-géomètre, la capacité est certainement fortement diminuée en raison de la coxarthrose. Dans une activité adaptée, plus légère, principalement sédentaire, celle-ci n'est limitée que par la perte de l'entraînement et nécessiterait une période de réadaptation.

Pour le reste, l'assuré fait part de soucis financiers, qui ne sont pas du ressort de l'Al."

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 17 décembre 2004, l'assuré aurait perçu dès 2002 un salaire mensuel brut de 5'250 fr., soit 63'000 fr. par année. Le dernier jour de travail effectif remonte au 5 mars 2002. Le 18 décembre 2003, l'employeur a mis fin au contrat de travail pour le 31 mars 2004, eu égard à l'état de santé de l'intéressé.

Le 21 décembre 2004, l'OAI a écrit au recourant que son dossier était transmis à la division réadaptation.

D'une note d'entretien du 14 mars 2005 avec l'assuré, il ressort notamment ce qui suit:

"L'assuré estime qu'il ne peut plus travailler du tout, qu'il a des malaises et des douleurs."

Le 16 mars 2005, la division réadaptation de l'OAI a dressé un rapport initial et final aux termes duquel aucune réadaptation ne pouvait être envisagée, l'assuré ne souhaitant pas un reclassement dans une autre profession qui tienne compte de ses limitations physiques. L'OAI a calculé le salaire exigible. Se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2002 (ESS), il a obtenu un salaire annuel d'invalidé de 49'135 fr. 26, après avoir tenu compte d'un abattement de 15%. Etaient en outre joint à ce rapport un document de 11 pages rédigé par l'assuré et remis à l'auteur du rapport; l'assuré y a détaillé ses douleurs et a fait l'inventaire des examens et traitements suivis auprès de différents médecins.

Par décision du 24 mai 2005, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles, au motif qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il a retenu un salaire annuel sans invalidité de 63'882 fr. et un salaire annuel d'invalidité de 49'135 fr. 25, d'où une perte de gain de 14'746 fr. 75, soit un degré d'invalidité de 23%.

Le 28 mai 2005, l'assuré a écrit à l'OAI affirmant qu'il n'avait jamais dit qu'il était un invalide total et permanent, ni lors de l'entretien du 14 mars 2005, ni dans ses lettres et résumés.

Agissant par l'intermédiaire de son conseil, l'avocat Gilles-Antoine Hofstetter, l'assuré a formé opposition contre cette décision par lettre du 23 juin 2005. Il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sa capacité de travail étant selon lui nulle même dans une activité adaptée.

L'assuré a produit un rapport médical établi le 24 juin 2005 par la Dresse T._____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, adressé au médecin traitant; à ses yeux, l'incapacité de travail est totale dans l'activité d'aide-géomètre. Elle doute en revanche que l'on puisse aller au-delà du 50% dans une activité légère, ne sollicitant pas exagérément le rachis et les articulations, autorisant de fréquents changements de position et ne générant pas de stress.

A l'appui d'une correspondance à l'OAI du 7 juillet 2005, l'assuré a produit un rapport de la Dresse J._____, psychiatre, du 28 juin 2005. Cette praticienne évalue la capacité de travail de l'intéressé à 50% en raison d'un état dépressif, induisant des troubles de la concentration et de la mémoire ainsi qu'une fatigue psychique. Elle souligne une amélioration de l'état psychique tout au long de la thérapie mais avec une rechute à l'annonce du refus de toute prestation AI, faisant naître un sentiment d'injustice. Elle explique ne pas être intervenue spontanément auprès de l'OAI car elle estimait que les problèmes somatiques justifiaient à eux seuls un accord pour une réadaptation (en soi utile pour l'état

psychique) ou une rente (qui serait une forme de reconnaissance des efforts fournis dans les dernières années de travail).

Dans sa correspondance, le conseil de l'assuré a écrit à l'OAI que la Dresse J._____ regrettait à juste titre qu'aucune mesure de réadaptation n'ait été mise en oeuvre par l'OAI alors que de telles mesures paraissaient indispensables. Il écrit aussi qu'en l'état et malgré la grande motivation de son client de retrouver une activité adaptée à son état de santé, il lui semblait que les divers troubles qui l'accablaient réduisaient à néant toute capacité de travail.

Le 21 juillet 2005, le conseil de l'assuré a adressé à l'OAI un certificat médical du Dr V._____ du 19 juillet précédent dans lequel celui-ci a indiqué qu'en présence de malaises dus à une hypotension, de fibromyalgie avec maladie de Lyme, d'une coxarthrose gauche, l'assuré était dans l'impossibilité d'exercer une activité permanente même à temps partiel. A son avis, la capacité de travail dans une activité adaptée (par exemple conducteur de bus scolaires) n'excède pas 25%. Dans sa correspondance, le conseil de l'assuré a également écrit ce qui suit:

"Nous ne pouvons dès lors que confirmer les conclusions que nous avons formulées dans notre opposition du 23 juin 2005, étant précisé qu'en l'état une éventuelle mesure de reclassement pourrait s'avérer superflue, étant donné que la capacité de travail de M. Z._____ dans une activité qui serait compatible à son état de santé paraît également nulle."

Le 11 novembre 2005, le conseil de l'assuré a fait parvenir à l'OAI un bref avis médical du Dr S._____ dans lequel celui-ci a retenu les diagnostics de syndrome myofascial gauche, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, coxarthrose gauche et état dépressif. Il a estimé que l'intéressé était en incapacité de travail totale.

Le 13 février 2006, Me Hofstetter a adressé à l'OAI un rapport du 5 décembre 2005 du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital Q._____ (Prof. B._____, Dresse L._____ et Dr P._____) qui pose les diagnostics principaux de polyarthrose

(coxarthrose gauche sévère, gonarthrose fémoro-patellaire bilatérale, arthrose tibio-astragaliennne, arthrose des articulaires postérieures dorsolombaires) et probable fibromyalgie. Dans sa lettre d'accompagnement, le conseil de l'assuré a notamment écrit ce qui suit:

"Greffées les unes aux autres, force est d'admettre en définitive que les pathologies considérées ont entraîné chez mon client une incapacité de travail totale, ce dans toute activité."

L'assuré a produit un rapport médical du 6 octobre 2006 établi par le Dr K._____, neurologue FMH, dans lequel celui-ci a notamment relevé ce qui suit:

"En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué révèle une limitation modérée de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire avec provocation de douleurs locales. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. L'examen des paires crâniennes, des membres supérieurs et du tronc est sans anomalie significative. A l'examen des membres inférieurs, on note une manœuvre de Lasègue apparemment sensible dès 40-50 degrés ddc et l'on retrouve une amyotrophie de la cuisse gauche toutefois sans altération des réflexes tendineux, de la force musculaire et de la sensibilité. (...) Au terme du présent bilan, j'estime n'avoir pas fait la preuve d'une atteinte neurologique qu'il s'agisse d'une atteinte du système nerveux central, d'une atteinte musculaire, d'une atteinte radiculaire ou d'une polyneuropathie. Compte tenu de l'ensemble des investigations pratiquées jusqu'ici, il est vraisemblable que Monsieur Z._____ présente effectivement une forme de fibromyalgie même si l'on est un peu étonné par l'absence de franc jump-sign à l'examen clinique, ce qui évoquerait en fait un syndrome somatoforme douloureux. (...)"

Le 15 septembre 2006, l'OAI a chargé la Clinique W._____ de procéder à une expertise bi-disciplinaire (comportant un volet psychiatrique et rhumatologique). Un rapport d'expertise interdisciplinaire a été dressé le 4 juillet 2007, dont on extrait les passages suivants:

"4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

— Coxalgies bilatérales à prédominance gauche sur coxarthrose gauche sévère.

- Gonalgies bilatérales à prédominance gauche sur gonarthrose bilatérale.
- Cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs (discopathies étagées de C5 à C7 et de D10-D11 à L5-S1).
- Arthrose tibio-astragalienne bilatérale.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

Fibromyalgie.

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Suite à leurs examens cliniques respectifs (voir expertises annexes), les experts mandatés, le Docteur N. _____ (spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie), et le Docteur R. _____ (spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et spécialiste FMH en rhumatologie) se sont réunis pour une discussion interdisciplinaire. Ci-dessous ce qui ressort de leurs échanges.

Monsieur Z. _____ est un assuré de 56 ans qui, après avoir exercé les professions de chauffeur de poids lourds et d'agriculteur, a travaillé en tant qu'aide-géomètre de 1991 jusqu'en 2002, lorsqu'il a arrêté de travailler en raison d'une symptomatologie polyalgique.

Depuis 1996, l'examiné se plaint de l'apparition de polyarthralgies touchant toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs et de cervico-dorso-lombalgies, associées à une fatigue généralisée, à un sommeil de mauvaise qualité, à des céphalées et à un cortège de troubles subjectifs sous forme de vertiges, nausées, troubles de la concentration et de la mémoire, troubles visuels, thoracalgies et douleurs abdominales diffuses. Cette symptomatologie s'est progressivement péjorée, justifiant diverses investigations cliniques, rhumatologiques, neurologiques, ophtalmologiques et radiologiques, ayant permis de conclure à une polyarthrose touchant le rachis et plus particulièrement la hanche gauche, les genoux et les chevilles bilatéralement. Ces examens réalisés en milieu universitaire, ont permis d'exclure une étiologie inflammatoire, immunologique, neurologique ou endocrinienne à cette symptomatologie algique musculo-squelettique évocatrice d'un syndrome fibromyalgique.

Actuellement, l'investigué se plaint de douleurs diffuses comprenant des céphalées, des rachialgies, des polyarthralgies, ainsi que d'une fatigue chronique, d'un sommeil de mauvaise qualité et de troubles subjectifs, sous forme de douleurs abdominales diffuses, de nausées, de thoracalgies antérieures atypiques, de paresthésies, d'une impression de faiblesse musculaire généralisée et d'une baisse de l'acuité visuelle. Soulignons qu'aucune plainte psychiatrique spécifique n'est retenue.

L'examen ostéoarticulaire exclut au niveau rachidien la présence d'un véritable syndrome cervico-dorso-lombaire chronique, étant donné l'absence de contracture musculaire paravertébrale, une mobilité articulaire cervicale et dorsolombaire conservée, ainsi que l'absence de déficit sensitivomoteur. Néanmoins, l'expert note une importante limitation des amplitudes articulaires au niveau de la hanche gauche, ainsi que des signes cliniques objectifs en faveur d'une gonarthrose bilatérale et possiblement d'une atteinte

dégénérative méniscale bilatérale. Les images radiologiques confirment des atteintes dégénératives au niveau du rachis, de la hanche gauche et des genoux bilatéralement. Au niveau des chevilles et en particulier de la cheville droite, malgré la présence radiologique d'une arthrose tibio-tarsienne, les mobilités articulaires sont bien conservées et il n'existe pas de signe inflammatoire. Dans ce contexte, l'expert retient un syndrome fibromyalgique, avec des trigger points positifs à 16/18, une palpation diffusément douloureuse de la musculature proximale des quatre membres, accompagné d'une participation fonctionnelle probable, au vu de la présence de 3 signes de non-organicité de WADDELL sur 5. Mentionnons que la symptomatologie algique des épaules, dont l'examen clinique s'est révélé douloureux, mais sans autre élément objectivable, est à situer également dans le cadre de la fibromyalgie et ne doit pas être considérée comme étant l'expression d'une périarthrite scapulo-humérale bilatérale.

L'examen psychiatrique de l'intéressé a exclu la présence de tout trouble psychiatrique reconnu. Les algies de l'assuré ont une origine organique et elles sont vraisemblablement dues à un abaissement du seuil de la douleur, dans le contexte d'une surcharge. L'expert souligne une évolution très favorable de la thymie de l'expertisé sous traitement psychiatrique, au point que même le trouble dépressif en rémission constaté lors de l'expertise psychiatrique dont l'exploré a bénéficié en 2004 ne peut plus être retenu. Néanmoins, l'aggravation thymique avec menaces suicidaires consécutive à l'annonce d'un refus de rente en 2005 suggère que l'examiné a une tendance excessive à une réaction dépressive en cas de stress.

Sur la base de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens biologiques et radiologiques, les experts estiment que l'investigué présente une polyarthrose marquée au niveau de la hanche gauche, des genoux et tibio-astragaliennes bilatérales, ainsi qu'au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire, atteintes polyarthrosiques qui ont des répercussions sur sa capacité de travail. Toutefois, les troubles dégénératifs objectivés ne permettent pas d'expliquer l'importance et l'étendue du tableau polyalgique de l'intéressé, qui est à mettre en relation avec une surcharge et avec un déconditionnement. De plus, il existe des incohérences entre certaines plaintes et le peu de substrat clinique objectivable.

Selon leur analyse interdisciplinaire, les experts estiment, qu'au vu des lésions dégénératives touchant les membres inférieurs (coxarthrose gauche, gonarthrose bilatérale, arthrose tibio-tarsienne), l'activité d'aide-géomètre n'est plus exigible actuellement de la part de Monsieur Z. _____. En revanche, dans une activité adaptée n'impliquant pas le port de charges lourdes, de longs déplacements, la montée ou la descente itératives des escaliers, respectivement des pentes, de mouvements itératifs contraignants pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc, le taux de capacité de travail exigible est de 60-70%, avec une diminution du rendement de l'ordre de 10%, en raison des fréquents changements de position nécessaires.

Malgré l'amélioration thymique de l'assuré qui semble en rapport direct avec sa prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique

intégrée par le Docteur J._____, il existe un manque relatif d'adhésion thérapeutique avec un sous dosage sérologique objectivé de l'Efexor® (Venlafaxine). Ce point met en doute la sincérité de l'expertisé dans son engagement thérapeutique et fait émerger la notion de syndrome d'amplification, car on voit mal pourquoi l'exploré ne prend pas correctement son traitement s'il souffre. L'expert estime qu'il existe une exigibilité thérapeutique de continuer le traitement psychiatrique pour éviter toute aggravation et pour améliorer le confort et la résistance de l'examiné.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES

Les experts estiment qu'au vu des troubles polyarthrosiques constatés, Monsieur Z._____ est limité dans toute activité impliquant:

- Le port de charges dépassant les 10-15 kilos.
- Une position statique debout prolongée.
- De longs déplacements.
- La marche en terrain inégal.
- La montée ou la descente itératives des escaliers, respectivement des pentes.
- Des mouvements itératifs contraignants pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc.
- La position accroupie ou à genoux.
- Un travail en hauteur ou sur une échelle.
- Une exposition prolongée au froid.

Bien qu'aucune limitation ne soit à retenir d'un point de vue psychiatrique, il existe un doute quant à un syndrome d'amplification, et donc une autolimitation pour une reprise du travail.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI

Après l'analyse interdisciplinaire, les experts estiment que la dernière activité d'aide-géomètre n'est plus exigible de la part de l'investigué, au vu des lésions dégénératives touchant les membres inférieurs (coxarthrose gauche, gonarthrose bilatérale, arthrose tibio-tarsienne) En effet, il s'agit d'une activité qui nécessite des stations debout prolongées, des déplacements en terrain inégal, la montée/descente des escaliers, respectivement des pentes.

Néanmoins, dans une activité professionnelle adaptée, tenant compte des limitations citées ci-dessus, la capacité de travail de l'intéressé est conservée à raison de 60-70%, avec une diminution du rendement de l'ordre de 10%, en raison des fréquents changements de position nécessaires.

3. EN RAISON DE SES TROUBLES, L'ASSURE EST-IL CAPABLE DE S'ADAPTER A SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL?

L'assuré est capable de s'adapter dans une activité professionnelle tenant compte des limitations citées au point B.1.

C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES? SI OUI, PRIERE D'INDIQUER UN PLAN DE READAPTATION QUI TIENNE COMPTE DU RYTHME DE TRAVAIL; DU TISSU SOCIAL ET DES RESSOURCES EXISTANTES.

Alors que sur le plan psychiatrique, il semble difficile d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle, sur le plan ostéoarticulaire, des mesures de réadaptation sont envisageables et doivent tenir compte des limitations citées au point B.1.

2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'À PRESENT?

D'un point de vue ostéoarticulaire, il existe des mesures médicales susceptibles d'améliorer la capacité de travail de l'expertisé. La mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche, comme cela lui a été proposé en juillet 2005, est susceptible de faire disparaître les phénomènes douloureux au niveau de sa hanche et de prévenir une surcharge des autres articulations périphériques des membres inférieurs et du rachis par « worse walking », suite à la coxarthrose gauche sévère actuelle. Par ailleurs, l'apprentissage d'une hygiène articulaire et des mesures à but de tonification musculaire tant au niveau rachidien qu'au niveau des articulations périphériques sont susceptibles d'améliorer les capacités fonctionnelles. Enfin, dans une activité sédentaire, des mesures ergonomiques comme une adaptation du poste de travail peuvent alléger les contraintes aux niveaux des articulations périphériques, des membres inférieurs et du rachis.

D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail peut être maintenue par la poursuite du traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré au traitement antidépresseur. La poursuite d'un tel traitement, contrôlé de surcroît sur le plan des taux sérologiques d'antidépresseurs, paraît exigible surtout en cas de rechute dépressive.

3. D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURE?

Toute activité tenant compte des limitations citées au point B.1 est exigible de la part de l'examiné. Dans une activité adaptée, respectant les limitations énumérées au point B.1, la capacité de travail de l'exploré est estimée à 60-70%, avec une perte de rendement de l'ordre de 10%, en raison des fréquents changements de position."

D'un avis médical du SMR du 17 août 2007, il ressort ce qui suit:

"Date de le demande 30.10.2002
Expertise COMAI Clinique W. _____ Genève 04/07/2007

Diagnostics influençant la capacité de travail:

- Coxalgies bilatérales sur coxarthrose gauche sévère
- Gonalgies bilatérales sur gonarthrose
- Rachialgies chroniques sur troubles génératifs du rachis
- Arthrose tibio-astragalienn bilatérale

Diagnostics sans influence sur la capacité de travail:

- Fibromyalgie
- Trouble de l'humeur traité
- Syndrome d'amplification probable

Limitations fonctionnelles: Pas de station debout prolongée sans changement de position et possibilité de changer de position. Pas de port de charges lourdes supérieures à 10 kg. Pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc. Pas de déplacement en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur ou sur une échelle. Pas de longs déplacements à pieds ni usage répété d'escaliers.

La coxarthrose gauche est décrite dans le rapport d'hospitalisation de fin 2002

- Capacité de travail dans la profession antérieure: 0% depuis le 06/03/2002
- Capacité de travail dans une profession adaptée: 70% avec une baisse de rendement de 10% soit 63% de CT exigible depuis le 06/03/2002

Le traitement antidépresseur est exigible à doses efficaces contrôlées."

Le 8 décembre 2008, le conseil de l'assuré a adressé à l'OAI une correspondance, dans laquelle il rappelle notamment la chronologie de la procédure et requiert que l'OAI statue sur son droit à des indemnités journalières d'attente.

Par projet de décision du 6 janvier 2009, l'OAI a refusé le droit de l'assuré à l'indemnité journalière durant le délai d'attente, au motif que la question de savoir si des mesures de réadaptation professionnelle étaient subjectivement et objectivement indiquées n'avait pas encore été tranchée et dépendait de l'issue du stage d'observation prévu. Etais jointe à ce projet une lettre d'accompagnement du même jour prenant position sur les objections de l'assuré.

Le 2 février 2009, l'assuré a contesté ce projet de décision. Il fait pour l'essentiel valoir que la mise en place du stage d'observation est scandaleusement tardive et aurait dû avoir lieu en 2005 déjà.

Le 2 février 2009, l'OAI a informé l'assuré que le début de la mesure d'évaluation était fixé au 9 février 2009. Celle-ci a toutefois été arrêtée le lendemain sur la base d'un certificat médical du Dr S. _____ faisant état de douleurs. La mesure n'ayant plus de sens, il a été convenu de l'arrêter définitivement le 10 mars 2009.

Par décision du 17 mars 2009, l'OAI a accordé à l'assuré une indemnité journalière de 150 fr. 40 par jour du 1^{er} février au 28 février 2009.

Par décision du 7 avril 2009, l'OAI a refusé le droit de l'assuré à l'indemnité journalière durant le délai d'attente.

Le 8 avril 2009, l'OAI a rendu une décision sur opposition dont la teneur était la suivante:

"En date du 23 juin 2005, agissant par l'intermédiaire de Me Hofstetter, avocat, vous avez formé opposition contre la décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles du 24 mai 2005. Nous avons examiné votre opposition et pouvons vous communiquer notre décision sur opposition.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

D'après l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2004, les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 66 2/3% au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50% au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40% au moins. Dans les cas pénibles, selon l'art. 28 al. 1 bis LAI, une invalidité de 40% au moins ouvre le droit à une demi-rente.

A partir du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente; la nouveauté est qu'un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins à une rente entière. Dans les cas pénibles, selon l'art. 28 al. 1 bis LAI, une invalidité de 40% au moins ouvre le droit à une demi-rente (lettre d sur les dispositions transitoires de la 4^{ème} révision AI). Cette dernière disposition ne concerne toutefois que les rentes allouées sous l'ancien droit.

Par ailleurs, selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente naît au plus tôt à la date dès laquelle la personne assurée

a) présente une incapacité de gain durable (art. 7 LPGA) de 40% au moins

ou

b) a présenté, en moyenne, une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 40% au moins pendant une année sans interruption notable.

En outre, d'après l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à un reclassement dans une nouvelle profession si le reclassement est rendu nécessaire par l'invalidité et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 cons. 4). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 cons. 4, 115 V 134 cons. 2, 114 V 314 cons. 2c, 105 V 158 cons. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64).

En l'espèce, nous avons retenu dans la décision querellée du 24 mai 2005 que votre capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles.

Suite à votre opposition, nous avons estimé nécessaire de compléter votre dossier sur le plan médical. Vous avez ainsi été examiné par des médecins de la Clinique W._____. Du rapport d'expertise interdisciplinaire du 4 juillet 2007, il ressort que votre capacité de travail est de 70% avec une baisse de rendement de 10% depuis mars 2002 dans une activité adaptée, évitant le port de charges dépassant les 10 à 15 kg, la position statique debout prolongée, les mouvements itératifs contraignants pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc, la position accroupie ou à genoux, le travail en hauteur ou sur une échelle, l'exposition prolongée au froid, les longs déplacements, la marche en terrain inégal, et la montée ou la descente itératives des escaliers, respectivement des pentes.

Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 352 cons. 3a et les références citées, Pratique VSI 2001 p. 108 cons. 3a).

En l'occurrence, il y a lieu d'admettre que le rapport d'expertise interdisciplinaire précité remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, ledit rapport d'expertise procède d'une étude approfondie de votre cas, ses conclusions sont bien motivées et convaincantes; il est de surcroît bien étayé et nous constatons qu'il ne présente

aucune contradiction. Nous n'avons dès lors aucune raison de nous écarter des conclusions émises par les médecins de la Clinique W._____.

Nous tenons à préciser que les positions médicales des Dresses T._____, F._____ et J._____ ainsi que des Drs S._____ et V._____ ne sont pas susceptibles de remettre en cause l'appréciation médicale des experts de la Clinique W._____. En effet, les pièces médicales établies par lesdits médecins sont plus succinctes et moins étayées que le rapport d'expertise interdisciplinaire des experts de la Clinique W._____. Nous constatons également que le Dr S._____ n'apporte dans son attestation médicale du 10 février 2009 aucun élément médical nouveau permettant de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise interdisciplinaire des médecins de la Clinique W._____. De plus, selon la jurisprudence, l'avis de l'expert, respectivement du spécialiste, doit en principe être préféré à celui du médecin-traitant en raison des rapports de confiance qui lient ce dernier à son patient, lesquels peuvent nuire à l'appréciation objective de la situation (ATF 125 V 350 spéc. cons. 3b/cc p. 353 et la jurisprudence citée; VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106; RCC 1988 pp. 504 ss).

Vu ce qui précède, il convient de retenir que votre capacité de travail est de 70% avec une baisse de rendement de 10% depuis mars 2002 dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles.

Reste dès lors maintenant à évaluer votre préjudice économique, considérant que votre capacité de travail est de 70% avec une baisse de rendement de 10% dans une activité adaptée à votre état de santé.

D'après l'art. 16 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) (jusqu'ici l'art. 28 al. 2 LAI), le degré d'invalidité des personnes assurées actives se détermine par le biais d'une comparaison des revenus. Le revenu du travail que la personne assurée pourrait réaliser en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre d'elle, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation du marché du travail équilibrée (revenu d'invalidé) est comparé au revenu qu'elle aurait pu réaliser si elle n'était pas invalide (revenu de valide).

En outre, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle ou alors aucune activité adaptée raisonnablement exigible, on peut, pour estimer le revenu d'invalidé, se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, (ATF 126 V 76 consid. 3blaa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002, frs

4'557.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 11-2005, p. 86, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à frs 4'750.67 (frs 4'557.- x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de frs 57'008.07.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+1,4%; La Vie économique, 11-2005, p. 87, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de frs 57'806.18 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité adaptée à 70% avec une diminution de rendement de 10%, le salaire hypothétique est dès lors de frs 34'683.70 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu du taux d'occupation réduit retenu, un abattement de 5% sur le revenu d'invalidé est justifié. Il convient de relever que les limitations fonctionnelles que vous présentez ont déjà été prises en compte de manière importante lors de l'appréciation de votre capacité de travail (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à frs 32'949.50. Vous pourriez par exemple exercer une activité industrielle légère (conditionnement léger, assemblage et montage de petites pièces, contrôle et surveillance d'un processus de surveillance). Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont adaptées à votre état de santé.

Comparaison faite avec le revenu que vous auriez réalisé sans invalidité dans votre ancienne activité en 2003, soit frs 63'882, le taux d'invalidité s'élève à 48,4%, arrondi à 48%. Ce taux vous ouvre le droit à un quart de rente. Nous tenons à préciser que des mesures professionnelles ne permettraient pas de réduire le préjudice économique subi. Il convient également de relever qu'un stage d'observation professionnelle vous a été proposé et mis sur pied dans le cadre de la procédure d'opposition. Ledit stage a cependant été interrompu, dans la mesure où vous ne vous estimiez pas capable de travailler. Toutefois, l'examen de la possibilité de mettre sur pied une mesure professionnelle (une petite formation pratique

chez un employeur) pourrait être repris par un conseiller en réadaptation si vous en faites la demande.

Par conséquent, vous avez droit à un quart de rente basé sur un taux d'invalidité de 48% à partir du 1^{er} mars 2003 (selon les articles 4 al. 2 et 29 LAI, la naissance du droit à la rente remonte au 1^{er} mars 2003; vous avez en effet présenté une capacité de travail réduite depuis le mois de mars 2002).

Par ailleurs, vous pouvez également prétendre à une aide au placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI (à la condition toutefois que vous admettiez que votre capacité de travail est de 70% avec une baisse de rendement de 10% dans une activité adaptée à votre état de santé), et nous vous invitons dès lors à prendre contact avec notre service compétent en matière d'aide au placement si vous souhaitez bénéficier de cette mesure.

Notre décision est par conséquent la suivante:

1. L'opposition est partiellement admise en ce sens que vous avez droit à un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 48% à partir du 1^{er} mars 2003, sous déduction des indemnités journalières versées.
2. Une décision fixant le montant des prestations vous sera notifiée une fois les calculs effectués par la caisse de compensation AVS compétente.
3. Aucun frais n'est perçu."

Par prononcé du 9 avril 2009 adressé à la Caisse de compensation de la Fédération patronale vaudoise, l'OAI a indiqué que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 48% dès le 1^{er} mars 2003 en raison d'une maladie de longue durée.

Par trois décisions du 18 juin 2009, l'OAI a alloué à l'assuré un quart de rente du 1^{er} mars 2003 au 31 décembre 2006, du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007 et à partir du 1^{er} janvier 2008.

B. Par écriture du 12 mai 2009, l'assuré, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru contre la décision d'octroi de trois quarts de rente du 8 avril 2009. Il a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mars 2003, subsidiairement, à l'octroi d'un trois quarts de rente dès cette date et, plus subsidiairement, à l'annulation de la décision dont est recours, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour nouvelle instruction,

respectivement nouvelle décision dans le sens des considérants. Il soutient pour l'essentiel que sa capacité de travail est de 25% tout au plus.

Le 24 juin 2009 et le 29 juin 2009, le conseil du recourant a fait savoir au juge instructeur de la Cour de céans qu'il entendait recourir contre les trois décisions rendues par l'OAI le 18 juin précédent. Il a indiqué contester la quotité de cette rente pour les motifs évoqués dans son écriture du 12 mai 2009.

Le 16 juillet 2009, le juge instructeur a informé le recourant qu'il ordonnait la jonction de ces quatre causes, motif pris que les trois décisions du 18 juin 2009 étaient le corollaire de la décision du 8 avril 2009.

C. Le 28 juillet 2009, le recourant a adressé copie d'un rapport médical du Dr S._____ du 8 juillet précédent dans lequel celui-ci énumérait notamment les troubles affectant son patient (polyarthrose, coxarthrose gauche, fibromyalgie, syndrome myofascial, état dépressif, fatigues chroniques, vertiges et céphalées).

Dans sa réponse du 10 septembre 2009, l'OAI a préavisé pour le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise. Il a considéré que le rapport d'expertise de la Clinique W._____ pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante et que le certificat médical du Dr S._____ ne fournissait, selon l'avis du SMR auquel il a été soumis, aucun élément médical nouveau. Par ailleurs, l'OAI a confirmé que le recourant était à même de réaliser un revenu d'invalidé de l'ordre de 32'949 fr. 50 en 2003 calculé sur la base des données statistiques (ESS) et que le taux d'abattement de 5% n'était pas critiquable.

Le 9 novembre 2009, le recourant a fait valoir que l'expertise de la Clinique W._____ ne se fondait pas sur des renseignements médicaux complets, de sorte qu'elle devait être considérée comme lacunaire et à ce titre dépourvue de valeur probante. Il rappelle en outre

qu'il a fallu attendre 2008 pour que l'intimé mette en œuvre une mesure de réinsertion professionnelle, laquelle avait été sollicitée en 2002 déjà.

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 à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 12 mai 2009 par Z._____ contre la décision rendue le 8 avril 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, puis étendu les 24 et 29 juin 2009 aux trois décisions rendues par cet office le 18 juin précédent.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. ATF 129 V 4 c. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003 et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi, depuis le 1^{er} janvier 2004 (cf. ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

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

4. a) 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, 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 confident

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/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2.). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4; 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

Il y a en outre lieu de relever qu'une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 c. 5.2). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert à l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 c. 6.2; 123 V 175 c. 4b et 122 V 157 c. 1c; TF 9C_67/2007 déjà cité).

5. a) Sur le plan *psychiatrique*, le Dr D._____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent et a précisé que l'assuré avait connu un ou plusieurs épisodes dépressifs. Le Dr D._____ relève que l'anamnèse et l'observation clinique actuelle mettent difficilement en évidence suffisamment de critères objectifs pour diagnostiquer un épisode dépressif léger. L'expert en infère que la capacité de travail résiduelle du recourant

dépend du succès d'une mesure de réadaptation professionnelle dans une activité lucrative compatible avec sa condition physique. Pour sa part, le Dr N._____, de la Clinique W._____, n'a retenu aucun diagnostic affectant la capacité de travail du recourant sur le plan psychique. Il explique en quoi le trouble dépressif récurrent et les épisodes dépressifs légers dont fait état le Dr D._____ ne sont pas en eux-mêmes invalidants. Il constate par ailleurs que l'état thymique de l'intéressé s'est aggravé après l'annonce d'un refus de rente, avec menace de suicide, troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi qu'une fatigue chronique. Il conclut cependant à une amélioration dont il ne peut que souhaiter la poursuite. Il salue à cet égard le bénéfice de la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée de la Dresse J._____, qui a permis une amélioration thymique. De son côté, cette praticienne évoque une amélioration de l'état psychique tout au long de la thérapie mais avec une rechute à l'annonce du refus de toute prestation AI, le recourant ressentant alors un sentiment d'injustice. Elle estime que la capacité de travail résiduelle est de 50% compte tenu de l'existence d'un état dépressif lequel réduit, selon la Dresse J._____, la capacité de concentration et la mémoire et accentue la fatigue psychique. Elle indique par ailleurs que l'octroi d'une rente serait une forme de reconnaissance des efforts fournis dans les dernières années de travail alors que l'assuré avait déjà des handicaps. Or, la finalité de l'octroi d'une rente d'invalidité n'est pas de récompenser des efforts consentis au long de la vie professionnelle; elle vise bien plutôt à compenser une incapacité de gain. En outre, sa brève correspondance au conseil du recourant ne mentionne aucun élément qui n'aurait pas été pris en compte par les experts de la Clinique W._____ dont les constatations et les conclusions ne sont de la sorte nullement remises en cause. Le Dr N._____ explique pour quelles raisons le recourant ne présente aucune atteinte à la santé sur le plan psychiatrique et expose en quoi il s'écarte de la conclusion du Dr D._____ en ce qui concerne le diagnostic de trouble dépressif récurrent et reconnaît au recourant une capacité de travail entière sur le plan psychique. Fondée sur une analyse circonstanciée du cas, l'expertise du Dr N._____ conduit la Cour de céans à retenir que le recourant présente une capacité de travail totale sur le plan psychique.

b) En ce qui concerne le volet *somatique*, il n'est pas contesté que l'activité d'aide-géomètre n'est plus adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Se pose dès lors la question de la capacité de travail de celui-ci dans une activité adaptée. En premier lieu, contrairement à ce que soutient le recourant, il sied de souligner que les experts de la Clinique W._____ mentionnent tous les diagnostics retenus par les différents médecins consultés par le recourant. En effet, la maladie de Lyme, le syndrome myofascial (qui doit être rapproché de la fibromyalgie), les céphalées, les vertiges, les troubles de la vision ainsi que le syndrome de fatigue chronique sont tous évoqués dans le rapport d'expertise de la Clinique W._____, ce qui ne signifie évidemment pas pour autant que ces troubles ont fait l'objet de diagnostics. Ils ont néanmoins été discutés de manière approfondie et n'ont finalement pas été retenus comme tels. Le recourant n'est donc pas fondé à se prévaloir du caractère prétendument incomplet du rapport d'expertise de la Clinique W._____, lequel s'appuie au contraire sur l'ensemble des pièces médicales versées au dossier constitué. S'agissant des limitations fonctionnelles, le SMR avait exclu dans son avis du 8 décembre 2004 les travaux lourds, les déplacements en terrain inégal, la marche prolongée ainsi que la station debout prolongée, privilégiant une activité principalement sédentaire. Quant à la décision attaquée, elle fait siennes les limitations retenues par les experts de la Clinique W._____, lesquelles recouvrent celles énoncées par le SMR en 2004 déjà. Le rapport d'expertise indique par ailleurs qu'en raison des fréquents changements de position nécessaires, il y a lieu de tenir compte d'une diminution du rendement de 10%. Il convient à cet égard d'écarter l'avis exprimé par le Dr V._____ dans sa correspondance du 19 juillet 2005, qui reconnaît une capacité de travail de 25% au recourant, puisqu'il s'est exprimé antérieurement au rapport d'expertise de la Clinique W._____. En outre, il se dit étonné que l'OAI puisse considérer que le recourant présente une capacité de travail complète dans une activité assise. Tel ne saurait plus être le cas à la suite de l'expertise de la Clinique W._____, puisque ses experts évaluent la capacité de travail de l'assuré entre 60 et 70% dans une profession permettant les changements de position, une diminution

de rendement de 10% étant admise à cet égard. Le recourant relève que le rapport du Dr K. _____ du 6 octobre 2006 n'a pas été remis aux experts de la Clinique W. _____ (cf. écriture du 9 novembre 2009, p. 4). Il eût été difficile de le faire puisque le rapport d'expertise est daté du 9 juillet 2007 et qu'il se fonde sur des entretiens et des examens réalisés en novembre 2006. Pour ce qui est du rapport du Dr K. _____ du 6 octobre 2006, remis par le conseil du recourant à l'intimé le 27 mars 2007, il ne lui est d'aucun secours dès lors qu'il fait référence à un examen du 3 octobre 2006, lequel est pour ainsi dire concomitant à celui des experts de la Clinique W. _____, effectué le 27 novembre 2006. Au vrai, il ne contient aucun élément que les experts auraient méconnu et le Dr K. _____ ne se prononce par ailleurs pas sur la capacité de travail. Au reste, ce praticien indique ne pas avoir d'arguments en faveur d'une atteinte neurogène et/ou myogène significative. En outre, son examen des vaisseaux paracérébraux est normal et le bilan effectué n'apporte pas la preuve d'une atteinte neurologique à l'atrophie de la cuisse gauche. Il ressort également du dossier (cf. rapport initial et final du 16 mars 2005 et rapport d'expertise psychiatrique du 4 juillet 2007, p. 8) que le recourant déclare ne pas se sentir compris des médecins, y compris de son propre médecin traitant, ce qui pourrait ne pas être sans influence sur les rapports émanant de ce dernier. Pour autant, le Dr S. _____ avait considéré, dans son rapport du 26 novembre 2002, que l'assuré pouvait reprendre une autre activité, à condition que les travaux de force lui soient épargnés, sans toutefois chiffrer la capacité de travail résiduelle. Quant au bref avis médical adressé à l'OAI par ce médecin le 11 novembre 2005, il n'est pas suffisamment étayé pour qu'une incapacité de travail totale puisse être reconnue au recourant. Le rapport du 8 juillet 2009 de ce praticien, au demeurant postérieur à la décision attaquée, ne fait pas non plus état de fait nouveau. En effet, le sentiment de rejet, les inquiétudes sur le plan social, la fatigue chronique et les douleurs musculaires étaient déjà connus par les experts de la Clinique W. _____. On relèvera que le Dr S. _____ indique que l'intéressé va subir une intervention consistant en la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche en raison des douleurs ressenties. Déjà en 2007, les experts de la Clinique W. _____ avaient mentionné la mise en place d'une telle prothèse,

susceptible de faire disparaître les phénomènes douloureux au niveau de la hanche et de prévenir une surcharge des autres articulations périphériques des membres inférieurs et du rachis par « worse walking » en raison de la coxarthrose gauche sévère. Les avis du médecin traitant ne sont donc d'aucun secours pour le recourant.

c) Au vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, il y a lieu de reconnaître au rapport d'expertise de la Clinique W. _____ ainsi qu'à ses annexes une pleine valeur probante. Il satisfait en effet aux réquisits posés par la jurisprudence résumée ci-avant en la matière (cf. supra consid. 4b). Il contient une anamnèse personnelle, socioprofessionnelle et médicale détaillées de l'assuré. Il prend en compte les plaintes de celui-ci et contient un examen clinique sur le plan rhumatologique et psychiatrique. Il discute de manière approfondie les aspects médicaux du cas et ses conclusions, solidement étayées, sont claires et dépourvues de contradictions. A cet égard, le grief soulevé par le recourant vis-à-vis des experts de la Clinique W. _____ leur reprochant leur parti pris à son endroit ne suffit pas, faute d'éléments objectifs, à renverser la présomption d'impartialité que la jurisprudence attache à ces rapports d'expertise. En définitive, les experts de la Clinique W. _____ reconnaissent ainsi au recourant une capacité de travail de 60 à 70% avec une diminution de rendement de 10% pour tenir compte des fréquents changements de position. Dans sa décision sur opposition, l'OAI s'écarte de cette appréciation en retenant le taux de capacité de travail le plus haut, soit 70%.

L'OAI n'expose pas les considérations qui l'ont conduit à retenir ce taux, de sorte que l'on peine à en voir la justification. La Cour de céans est dès lors d'avis de pondérer l'appréciation de l'OAI et de retenir une capacité de travail moyenne exigible de 65% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

6. Subsiste la question de la comparaison des revenus avec et sans invalidité.

a) Le recourant ne conteste pas que sans invalidité, il aurait réalisé dans son ancienne activité un revenu annuel de 63'882 fr. en 2003 (cf. mémoire de recours du 12 mai 2009, p. 21). Il y a donc lieu de le confirmer.

En ce qui concerne le salaire d'invalidé, l'intimé s'est fondé à juste titre sur les salaires standardisés ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2002, adapté à l'indice 2003 (année d'ouverture du droit à la rente). En effet, ces données recouvrent un large éventail d'activités simples et répétitives, dont on doit admettre qu'un nombre significatif est adapté aux limitations fonctionnelles du recourant (cf. TF I 112/06, I 11/06, I 372/06 et I 700/05 des 16 août, 19 avril, 25 et 12 janvier 2007). Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des salaires statistiques n'est pas subsidiaire à celle fondée sur les descriptions de poste de travail, d'autant plus que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis 2002 (cf. TFA I 911/05 du 26 avril 2006 c. 5.4).

Le calcul du revenu d'invalidé tel qu'effectué par l'OAI dans la décision querellée n'est donc pas critiquable, sous réserve que ce n'est que le 65% du revenu ainsi déterminé qui doit être pris en considération, outre une diminution de rendement de 10%. Le revenu d'invalidé s'établit dès lors à 33'816 fr. 62.

Le recourant critique la fixation du revenu d'invalidé, estimant que l'OAI aurait dû opérer sur ce revenu l'abattement maximal de 25% admis par la jurisprudence (ATF 134 V 322 c. 3.4). En l'espèce, l'autorité intimée a admis un abattement de 5%, compte tenu du taux d'occupation réduit retenu, les limitations fonctionnelles ayant de surcroît été prises en compte lors de l'appréciation de la capacité de travail. Même si ce taux paraît bas, l'OAI a expliqué pour quels motifs il l'avait retenu et l'autorité de céans n'a aucune raison d'y substituer une appréciation différente (cf. ATF 132 V 393 c. 3.3).

b) Le degré d'invalidité doit par conséquent être fixé en comparant un revenu sans invalidité de 63'882 fr. avec un revenu d'invalidité de 32'125 fr. 79 (33'816 fr. 62 - 5%). Il en découle une perte de gain de 31'756 fr. 21 et donc un degré d'invalidité de 49,71%, arrondi à 50% (ATF 130 V 121 c. 3.2), qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité.

c) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision rendue le 8 avril 2009 par l'OAI réformée en ce sens que cet office doit verser au recourant une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 50%, depuis le 1^{er} mars 2003.

7. Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

a) 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI.

b) Obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit de la part de l'intimé à des dépens réduits qu'il convient d'arrêter équitablement à 1'000 fr. (art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 12 mai 2009 par Z._____ est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 8 avril 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2003.

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

- IV. L'intimé doit payer au recourant la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour Z._____),
- 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 :