

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mai 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Merz
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

P._____, à Morges, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 LPGA; art. 4, 28, 28a, 29 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant turc, né en 1962, sans formation, devenu monteur de lignes à hautes tension dès l'âge de 19 ans (pour [...]), a cessé d'exercer cette activité le 27 novembre 2006 (à l'âge de 44 ans), après plusieurs arrêts de travail intervenus en raison de troubles lombaires en 2004 et 2005. Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 14 février 2007, tendant au reclassement professionnel.

L'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a dès lors recueilli des renseignements médicaux.

Ainsi, dans un courrier du 30 janvier 2007 adressé à la Dresse L._____, médecin généraliste traitant, la Dresse Y._____, spécialiste en rhumatologie et médecine physique et rééducation, a expliqué ce qui suit:

"Au cours des deux dernières années, en raison de lombalgies aiguës et de gonalgies, ce monsieur a dû s'absenter environ deux mois par année.

Il a été mis en évidence à l'IRM dorso lombaire du 27 octobre 2004 un rétrécissement dégénératif du canal lombaire entre L3 et L5, des discopathies étagées avec une hernie médiane et paramédiane droite du niveau L4-L5 et surtout une antélisthésis de L5 sur S1 de grade I sur lyse isthmique bilatérale et enfin de l'arthrose au niveau des articulaires postérieures des deux niveaux. Par ailleurs se dégradant progressivement, le patient présente des gonalgies bilatérales prédominant à gauche; les IRM pratiquées montrent une arthrose des compartiments fémoro-patellaires internes, des lésions méniscales et une arthrose du compartiment tibio-fémoral interne. Lors de sa consultation du 25 mai 2005, la docteure [...] retient à l'anamnèse des blocages lombaires à répétition sur un fond de lombalgies chroniques avec l'apparition en mai 2005 de lombosciatalgies droites. Il s'en suit des traitements comprenant AINS antalgiques et myorelaxants et de la physiothérapie mal supportée. Le patient se plaint de recrudescence des douleurs avec des massages relaxants. Plusieurs infiltrations de dérivés cortisonés ont été pratiqués avec un effet à court terme et même une thermocoagulation avec par radio fréquence par le Dr Q._____ à l'hôpital de [...] restée sans effet. Actuellement, le patient est en arrêt de travail depuis un mois et craint que son employeur ne mette un terme à son contrat de travail dès qu'il recommencera à travailler. Son poste a été moyennement adapté, c'est-à-dire qu'il ne grimpe plus aux poteaux électriques et n'y reste

plus perché, il travaille au sol uniquement. Ce travail consiste cependant à soulever en partie des poteaux électriques, de se pencher pour les mettre au fond de l'excavation et de la maintenir. En somme, il reste encore beaucoup de contraintes sur les lombaires mais il y en a un peu moins sur les genoux.

A l'examen:

[...]

En somme: instabilité vertébrale L5-S1 induisant des lombalgies aiguës prenant le patient au dépourvu et douleur sur arthrose des articulaires postérieures des niveaux lombaires inférieurs avec, sur le plan IRM, des discopathies, voire hernies discales en liaison avec cette instabilité liée à une lyse isthmique bilatérale.

Sur le plan des genoux:

A droite, l'examen est quasiment normal avec une douleur sur le cartilage rotulien sur son bord interne, la mobilité est bonne.

A gauche: les douleurs sont très importantes sur l'interligne fémoro tibial interne et sur le bord interne de la rotule, il existe un signe du rabout positif et une tendinite quadricipitale et rotulienne.

Ce monsieur ne peut plus exercer sa profession actuelle, il faut prolonger l'arrêt de travail. Il faut démarrer les démarches pour une reconversion professionnelle avec l'assurance-invalidité de [...]".

Dans son rapport médical du 5 mars 2007 adressé à l'OAI, la Dresse Y._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail (atteintes présentes depuis 2004): canal lombaire rétréci de L3 à L5; discopathies étagées dont une hernie discale médiane et paramédiane L4-L5; antélysthésis de grade 1 sur lyse isthmique bilatérale de L5; arthrose des articulaires postérieures L4-L5-S1 prédominant à gauche. Comme diagnostics sans effets sur la capacité de travail (atteintes présentes depuis 2005), elle a noté: gonalgies bilatérales et lombosciatalgies droites. Pour elle, l'activité de monteur électricien sur ligne à haute tension n'était plus exigible de la part de l'assuré. Par contre, on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité adaptée de suite. Elle a noté comme limitations fonctionnelles: pas de mouvements répétitifs du rachis en flexion-extension, pas de position accroupie, pas de marche de plus de 30 minutes consécutives (genoux), pas de poste avec conduite de voiture exclusivement (genoux). Elle a encore précisé ce qui suit: la position assise était possible 8h par jour, la position debout 1 h par jour à répéter, la même position du corps limitée à une heure par jour, alternance de positions assis, debout et marche, pas de position à genoux, pas

d'inclinaison du buste, pas de position accroupie, port de charge occasionnel limité à 10 kg; se baisser n'était pas possible, mouvements des membres ou du dos occasionnels, pas de travail en hauteur ou sur une échelle, pas de déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Elle a encore noté que le fonctionnement intellectuel était normal, que l'assuré était très motivé, présentait de bonnes ressources intellectuelles et qu'il n'avait pas envie de ne plus travailler. Elle a précisé qu'il avait peur de ne plus pouvoir exercer son activité de monteur électricien car il occupait cet emploi depuis 26 ans. Elle a enfin observé que les affections lombaires évoluaient de manière chronique, avec des douleurs aiguës.

Dans son rapport médical du 2 avril 2007 adressé à l'OAI, la Dresse L._____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail, existant au moins depuis 2004: des douleurs lombaires chroniques et des blocages itératifs sur instabilité L5-S1 (lyse isthmique bilatérale), sur troubles dégénératifs (discopathie étagée, arthrose des articulations postérieures et canal lombaire étroit), ainsi que des gonalgies bilatérales sur gonarthrose et lésions méniscales. Elle a expliqué que même si le poste de travail de l'assuré avait été partiellement adapté (en ce sens qu'il ne montait plus sur les poteaux électriques et travaillait uniquement au sol), il devait encore soulever des poids lourds, engendrant des contraintes importantes pour ses lombaires et ses genoux. Pour ces raisons, son activité de monteur électricien sur lignes à haute tension n'était plus exigible. Par contre l'exercice d'une activité adaptée était exigible, pendant 8 heures par jour, sans diminution de rendement. Elle mentionnait à titre d'exemple d'une activité adaptée, un travail en atelier dans le domaine de l'électricité ou la gestion des stocks. Elle a posé les limitations fonctionnelles suivantes: pas de contrainte lombaire, ni sur les genoux; port de poids limité; nécessité d'alterner les positions assises et debout; pas de position accroupie. Elle a encore précisé ce qui suit: position assise limitée à 4 h par jour, position debout limitée à 3 h par jour, la même position du corps limitée à une demie heure par jour, alternance de positions assis, debout et marche, pas de position à genoux, ni accroupie, périmètre de marche limité à 200 mètres, ne pas se baisser, mouvements occasionnels des

membres ou du dos, pas de travail en hauteur ou sur une échelle, pas de déplacements en terrain irrégulier ou en pente. Enfin, tout comme la Dresse Y._____, elle a relevé que l'assuré se montrait motivé pour participer à une mesure professionnelle de réadaptation. Selon elle, le pronostic pour une reconversion professionnelle était excellent, l'assuré faisant preuve d'une bonne capacité d'adaptation et d'intégration.

B. Par communication du 30 novembre 2007, l'OAI a informé l'assuré que ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail devaient être évaluées. A cette fin, il a entrepris un stage de trois mois au Centre Oriph de [...] le 26 mai 2008, stage durant lequel il a présenté une incapacité de travail du 4 au 11 juin ainsi que du 8 au 14 juillet 2008, puis dès le 19 août 2008 et ceci pour une durée indéterminée, incapacité de travail attestée par un certificat médical de la Dresse L._____. Des indemnités journalières de l'AI lui ont été versées du 26 mai au 21 août 2008.

Du rapport du stage en atelier d'intégration professionnel à l'Oriph établi le 3 septembre 2008, on extrait ce qui suit:

- S'agissant de l'intégration socio-professionnelle de l'assuré:

"M. P._____ s'est présenté avec un discours en dichotomie relatif au processus que nous lui avons proposé; dès la visite de notre atelier, il s'est en effet montré théoriquement participatif, déclarant qu'il souhaitait entreprendre au plus vite la mesure qui l'amènera à travailler sur un projet professionnel, en vue de son intégration dans l'économie.

La réalité que nous avons partagée s'est révélée tout autre.

L'assuré apprécie de venir à l'atelier pour ne pas rester à la maison inactif. Cela a un effet bénéfique sur son état psychologique. Mais deux éléments étroitement liés l'empêchent d'accéder à la construction d'un projet professionnel:

- il décrit des douleurs qui le submergent et provoquent des insomnies. La journée, il a aussi mal, erre et se trouve en état d'épuisement;
- il ne peut imaginer un changement professionnel, immergé dans un passé à la [...]. Il rêve qu'on lui propose, dans cette entreprise, une activité adaptée à sa situation.

Nous pourrions ajouter un troisième élément celui du domaine psychologique. L'assuré regrette le temps où il exerçait un "métier

d'homme". Il se sent diminué et souffre de solitude. Ses anciens collègues lui manquent et quand il les rencontre, au lieu d'être réconforté, il doit faire face à une réalité trop pénible.

M. P. _____ a souhaité entrer à l'AIP contre l'avis de son médecin traitant qui prétend que son patient ne peut exercer qu'une activité occupationnelle, au vu de son état de santé dont le pronostic est négatif. Votre assuré ressort de sa dernière consultation muni d'un arrêt de travail indéterminé. Cela marque la fin d'une mesure dont l'assuré n'a pas pu être partie prenante dans sa pratique".

- A titre de conclusion et de proposition:

"Lors de son passage dans notre atelier, M. P. _____ a évolué dans les modules soudure à l'étain, menuiserie et montage électromécanique.

Votre assuré comprend et applique correctement les consignes simples, orales ou écrites. Il devient rapidement autonome et possède une bonne capacité de concentration. Il est au bénéfice d'un bon potentiel d'apprentissage pour les éléments abordés par la pratique.

La qualité de ses travaux est irrégulière. Elle est fortement dépendante de son bien-être momentané. M. P. _____ se montre peu à l'aise lors de la manipulation d'objets de petite taille ou demandant de la minutie. Il ne possède pas une grande dextérité fine. Ses rendements sont faibles, car dépendant de son rythme d'action immuablement lent et précautionneux. Malgré sa lenteur d'exécution, il privilégie la quantité à la qualité. Une amélioration de la qualité semble toutefois possible avec de l'entraînement et la répétition des gestes.

Discret, il manifeste peu d'intérêt pour les activités réalisées. Il alterne les positions assises et debout toutes les 15 à 30 minutes et prend régulièrement des pauses pour soulager son dos. Il dit que la position assise prolongée lui cause de fortes douleurs et des insomnies. Bien que les activités réalisées semblent remplir les conditions idéales de travail, il s'est plaint de douleurs accrues et augmentant graduellement. Ses douleurs l'ont amené à consulter son médecin qui l'a mis en arrêt de travail pour une durée indéterminée.

Votre assuré a été testé sur des activités légères à l'établi. Il possède une dextérité moyenne et sa mobilité lui permet d'utiliser correctement les outils à la main. Malgré son besoin de varier les positions, il a pratiqué les activités à l'établi de manière régulière durant sa présence en atelier, mais à cause de ses douleurs et de son inconfort positionnel, il n'a obtenu que de faibles rendements.

Les actions réalisées durant son stage remplissaient au mieux les critères d'un poste idéal adapté à ses limitations. Malgré cela, M. P. _____ n'a pas été en mesure de les assumer sur un long terme. Plusieurs absences nous ont poussé à réévaluer la pertinence de sa présence dans notre atelier et nous en avons conclu que le seul bienfait de ce stage servait à lui changer les idées et le sortait de sa routine quotidienne.

Votre assuré n'a toujours pas fait le deuil de son ancien emploi et souhaite ardemment le reprendre, bien qu'il soit conscient de l'impossibilité physique. Il répète inlassablement qu'il pratiquait un métier d'homme et qu'il a tout perdu depuis la restitution des clefs de l'entreprise. Il est enfermé dans ce schéma, qu'il répète inlassablement.

Il signale que les douleurs ressenties sont toujours identiques et ne sont pas forcément liées ou induites par la pratique d'une quelconque activité. En conséquence, votre assuré n'a pas réussi à entrer dans un quelconque processus de reconversion professionnel, car il est submergé par ses douleurs physiques et morales.

Comme convenu lors de notre entretien téléphonique du 21 août 2008, nous mettons un terme au stage avant l'échéance de la mesure octroyée, soit au 21 août 2008, et vous proposons de réexaminer la situation médicale de M. P. _____".

Le 25 septembre 2008, la Dresse L. _____ a fait savoir à l'OAI que l'assuré n'avait pas pu suivre correctement la mesure à l'Oriph en raison d'une aggravation de son état de santé. Dans un rapport médical produit le 13 octobre 2008, elle a retenu les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail:

- lombalgie, instabilité L5-S1 et isthmique, existant au moins depuis 2004
- gonarthrose bilatérale fémoro tibiale rotulienne
- tendinopathie de l'épaule droite, arthrose AL depuis fin 2007
- troubles du sommeil sur paresthésies (épaule) depuis août 2008 et paresthésies à investiguer.

Elle a en outre posé, à titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, un état dépressif et une hypercholestérolémie ainsi que du surpoids, répondant par la négative à la question de savoir si l'activité exercée était encore exigible, ainsi qu'à celle de savoir si des mesures de réadaptation professionnelle étaient possibles. A la question de savoir quels étaient les travaux qui pouvaient encore être exigés de l'assuré compte tenu des limitations dues à son état de santé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap, elle a répondu ce qui suit: pas d'activité uniquement en position assise ni debout, pas d'activité dans différentes positions, pas d'activité exercée principalement en marchant, ne pas se pencher, ne pas travailler avec les bras au-dessus de la tête,

accroupi ou à genoux, pas de rotation en position assise/debout, ne pas monter sur une échelle/un échafaudage, limite de poids à 2 Kg. Elle a par ailleurs indiqué une capacité de concentration et de résistance limitée en raison de l'état dépressif et des troubles du sommeil, cela depuis le début du stage à l'Oriph.

Dans un avis médical du 21 octobre 2008, le Dr B._____, du service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a observé ce qui suit:

"... le médecin traitant, la Dresse L._____, annonce dans son rapport médical du 13 octobre 2008 que l'assuré est incapable d'exercer une activité quelconque en raison d'une aggravation de son état de santé; à l'appui de ses dires, elle mentionne, outre les problèmes lombaires et de genoux connus, une tendinopathie de l'épaule droite, des troubles du sommeil, des paresthésies et un syndrome dépressif; il n'y a dans le rapport pas de status ni de résultats d'examens radiologiques ou autre pour soutenir les diagnostics évoqués, ni établir de nouvelles limitations fonctionnelles. Afin de clarifier cette situation, il faut un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR".

L'assuré a dès lors été soumis à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique en date du 14 novembre 2008, effectué par le Dr S._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et la Dresse A._____, ancienne cheffe de clinique adjointe en psychiatrie. Au titre de l'anamnèse ostéoarticulaire, leur rapport du 2 décembre 2008 retient ce qui suit:

"Globalement, la symptomatologie algique actuelle est décrite comme météo-dépendante, exacerbée en ce qui concerne le rachis et les genoux lors de l'exposition au froid et à l'humidité, soulagée par l'exposition à la chaleur. L'impulsivité est décrite comme négative, il n'y a pas de notion de tuméfaction articulaire migrante associée à des douleurs. Pas de symptôme inflammatoire systémique sous forme de conjonctivite, uvéite, syndrome sec ou aphtose récidivante. L'assuré déclare un trouble du sommeil avec difficultés à l'endormissement et réveils multiples lors de changements de position en relation avec des douleurs lombaires et au niveau de l'épaule droite. Au réveil, l'assuré déclare un sentiment de fatigue qui perdure sur la journée. En raison de ce sentiment de fatigue, l'assuré déclare effectuer une sieste le matin d'environ une heure et l'après-midi aussi. En l'absence de ces siestes, il revendique une exacerbation du sentiment de fatigue avec des problèmes "à la tête".

La documentation radiologique mise à disposition au dossier médical met clairement en évidence un spondylolisthésis de grade I à II de L5-

S1 sur lyse isthmique complète de L5 associée à des protrusions discales étagées de L3 à S1 induisant un canal lombaire à la limite inférieure de la norme, sans mise en évidence du phénomène compressif radiculaire net. En ce qui concerne les genoux, les différentes IRM mises à disposition mettent en évidence des chondropathies et des pathologies méniscales dégénératives rentrant dans le cadre d'une gonarthrose débutante bilatérale prédominant à droite. En ce qui concerne l'articulation scapulo-humérale droite, les investigations mises à disposition mettent en évidence une tendinopathie du sus-épineux sans autre atteinte significative".

S'agissant de l'état de santé au plan psychique, les mêmes médecins du SMR ont expliqué ce qui suit:

"L'assuré est correctement habillé, soigné de sa personne, paraissant son âge, très collaborant, souriant et orienté aux trois modes.

A l'examen, nous n'avons pas objectivé de trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni de ralentissement psychomoteur.

L'humeur est euthymique. L'assuré ne présente pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de diminution de plaisir, de repli sur soi, de sentiment de dévalorisation, de culpabilité ou de persécution. Il n'a jamais fait de tentative de suicide et ne verbalise pas d'idée suicidaire pendant l'entretien. Nous n'avons pas objectivé de signe floride de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure.

Sur le plan anxieux, l'assuré ne présente pas d'angoisse persistante ni d'attaque de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée. Pendant l'entretien, nous n'avons pas objectivé d'angoisse.

Il ne présente pas d'agoraphobie, de phobie sociale, ni de claustrophobie. Il sort voir ses amis, se déplace en voiture, monte en ascenseur et fait ses courses dans les supermarchés.

L'assuré s'exprime bien en français, son discours est cohérent, et il partage bien le focus d'attention. Nous n'avons pas mis en évidence de symptôme de la lignée psychotique notamment délire, hallucination ou trouble formel ou logique en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

[...] Il déclare se réveiller plusieurs fois par nuit en raison de ses douleurs. [...] L'assuré ne présente pas de trouble de la personnalité morbide.

En conclusion, le status psychiatrique est dans les limites de la norme".

Au sujet de la capacité de travail, les médecins du SMR ont retenu ce qui suit :

"Au vu des différentes atteintes ostéo-articulaires indéniables présentées par cet assuré, sa capacité de travail dans son activité antérieure (activité à très fortes charges physiques) n'est plus possible. De ce fait une incapacité de travail à 100% est retenue dans ce domaine de façon définitive. Une activité dite adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de

100% sans diminution de rendement. L'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée se base uniquement sur les atteintes ostéoarticulaires mises en évidence chez cet assuré. La composante à caractère non-organique (signes de Waddel 5/5), la méconnaissance de la langue française et l'absence de formation préalable n'ont pas été prises en considération pour l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée.

[...]

Le syndrome dépressif diagnostiqué par le médecin-traitant n'a pas été objectivé à l'examen clinique. Il est possible que l'assuré ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive, sans incidence sur la capacité de travail et qui actuellement est en rémission complète.

En l'absence d'un sentiment de détresse qui fait partie du syndrome somatoforme douloureux persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic.

Sur la base d'un examen clinique psychiatrique dans les limites de la norme, l'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et sa capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques".

Ces limitations fonctionnelles somatique sont les suivantes :

"Pas de port de charge supérieures à 7.5 kg et occasionnellement de 10 kg, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout minimum 1x/heure. Pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, pas de position en genuflexion ou accroupie, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition. Diminution du périmètre de marche à environ une heure, pas de position statique debout immobile au-delà de 10 à 15 minutes. Pas d'activité en hauteur, pas d'activité sur terrain instable. Pas d'activité nécessitant des mouvements d'antépulsion ou d'abduction du membre supérieur droit au-delà de 60° de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90°".

Par avis de synthèse du 19 décembre 2008, le Dr B. _____, médecin-chef adjoint du SMR, a résumé la situation comme suit:

"Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ci-dessus, la capacité de travail est de 100% sans diminution de rendement depuis début 2007. Cette appréciation médicale prend en compte les atteintes organiques mais ne tient pas compte de la composante non-organique mise en évidence par l'amplification des plaintes.

Un stage d'observation à l'ORIPH a été interrompu en raison de plaintes douloureuses et de l'incapacité de l'assuré à faire le deuil de son ancienne activité et à se projeter dans l'avenir. L'exigibilité médicale est inchangée et les causes de l'échec du stage ne relèvent pas de l'atteinte à la santé".

C. Le 28 janvier 2009, l'OAI a rendu un projet de décision niant le droit à une rente d'invalidité au motif que l'assuré présentait, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, un taux d'invalidité de 38% excluant ce droit. Le calcul du taux d'invalidité était fondé sur les revenus suivants:

- revenu annuel sans invalidité: 89'208,16 fr. (montant correspondant au revenu annuel brut que l'assuré aurait réalisé dans son activité de monteur réseau à plein temps, en 2008).

- revenu annuel d'invalidité: 55'250.52 fr. (montant basé sur le salaire de référence, selon les données statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé [production et services] pour l'année 2008, soit 61'389.47 fr. Un abattement de 10% sur le salaire statistique a été retenu en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré).

Par lettre de son conseil du 24 mars 2009, l'assuré s'est opposé au projet de décision, faisant en substance valoir que l'exercice de toute activité lucrative lui était impossible, se référant à cet égard au rapport de stage établi par l'Oriph, ainsi qu'au rapport médical de la Dresse L. _____ du 13 octobre 2008. Il a également fait valoir que le taux d'abattement retenu était insuffisant.

Par avis médical du 22 avril 2009, le Dr B. _____ du SMR a considéré que les objections formulées n'étaient pas de nature à modifier la position de l'OAI.

D. Le 28 avril 2009, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de rente, confirmant ainsi son projet de décision. Elle était accompagnée d'une lettre explicative dont on extrait ce qui suit:

"[...]

En date du 14 novembre 2008, vous avez été examiné par un rhumatologue et une psychiatre auprès de notre service médical régional.

Au vu de ce qui précède [N.B: c'est-à-dire au vu des objections de l'assuré au projet de décision], nous avons soumis à nouveau votre dossier auprès du SMR et il ressort qu'il n'y a aucun argument médical objectif nouveau et que la position du médecin traitant que vous avez reprise est une appréciation différente d'une même situation médicale. [...] conformément à la jurisprudence, nous privilégions l'avis de l'examineur du SMR en raison d'une part de ses compétences en médecine physique et rééducation sanctionnées par un titre FMH et d'autre part sa neutralité par rapport à l'assuré.

Par ailleurs, il convient de relever que le rapport d'examen clinique du 14 novembre 2008 comporte une évaluation médicale complète avec description du status clinique et justification des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail retenues, ce qui lui confère pleine valeur probante. Il ne saurait être remis en question par un rapport antérieur et dont les conclusions ne sont pas étayées par des arguments médicaux.

En conclusion, votre contestation du 24 mars 2009 ne nous apporte aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de notre position. [...]"

E. Par acte de son mandataire du 2 juin 2009, P._____ a formé recours contre la décision du 28 avril 2009. A titre principal, il conclut à l'annulation de la décision et à la reconnaissance de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Subsidiairement, il conclut au renvoi du dossier pour nouvelle instruction. Il fait valoir que le revenu d'invalidé est trop élevé, en particulier que le taux d'abattement de 10% retenu par l'OAI est trop faible au regard de son état de santé et de sa situation personnelle. Il fait encore valoir que ses atteintes physiques ont été sous-évaluées et que les conclusions de l'examen psychiatrique effectué par le SMR ne sont pas crédibles au regard notamment du fait qu'elles sont fondées sur un seul entretien, rapide.

Dans sa réponse du 14 septembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, invoquant la valeur probante du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR du 2 décembre 2008.

Par courrier du 6 novembre 2009, le recourant, par l'intermédiaire de son avocat, a produit une lettre du 25 septembre 2009 de la Dresse L._____ faisant état d'une plica synoviale au genou qui n'avait pas été relevée lors de l'IRM de 2006, ainsi que d'un état dépressif

majeur avec idées suicidaires non construites traité par prescription d'anxiolitique et d'antidépresseur.

Dans son courrier du 20 novembre 2009, l'OAI a fait observer que les éléments mentionnés par la Dresse L._____ étaient postérieurs à la décision attaquée du 28 avril 2009 et qu'il n'y avait dès lors pas lieu d'en tenir compte dans l'examen du droit aux prestations, dans le cadre de la présente procédure de recours.

Par courrier du 1^{er} février 2010, l'avocat du recourant a produit un avis médical du 18 janvier 2010 de la Dresse V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont on extrait ce qui suit:

"M. P._____ présente effectivement un état dépressif important avec par moment des idées suicidaires. Cet état est essentiellement réactionnel 1) au handicap physique dont il est atteint, 2) à la perte de sa capacité de travail, de son emploi et réseau social datant de plus de 25 ans, 3) au fait des conséquences économiques graves et humiliantes qui s'en suivent.

A notre avis, s'il pouvait retravailler, ce qui au vu des atteintes somatiques ne semble guère possible, son état dépressif s'amenderait à long terme. Les éléments sus-évoqués ont une certaine influence sur son état physique mais notre impression est que M. P._____ n'exagère pas ses troubles en vue de l'obtention d'une rente, au contraire son seul et authentique souhait serait de pouvoir retravailler, il est plutôt humilié par cette situation".

Par courrier du 1^{er} mars 2010, l'OAI a confirmé ses conclusions, après avoir transmis le rapport de la Dresse V._____ au SMR qui, dans un avis médical du 24 février 2010, avait pris position comme suit:

"Le courrier de la Dresse V._____ à Me Carré du 18.01.2010 fait état d'un état dépressif réactionnel et atteste que si l'assuré pouvait retravailler, cet état s'amenderait. La Dresse V._____ évoque des causes somatiques comme source d'incapacité de travail. L'état psychique n'est donc pas à l'origine d'une incapacité de travail mais au contraire consécutif à l'arrêt de travail et une reprise du travail serait thérapeutique. Or contrairement à ce qu'affirme la Dresse V._____, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée a été établie à l'issue d'un examen clinique complet et pluridisciplinaire

Il n'y a donc pas de raison médicale de modifier ces conclusions".

F. D'entente entre les parties, une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'expertise médicale de [...] (ci-après: CEMED).

Au terme d'un examen clinique effectué le 19 août 2010 par les Drs C._____, spécialiste en rhumatologie et N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le rapport d'expertise a été produit le 24 novembre 2010. On en extrait ce qui suit:

"Sur le plan rhumatologique, [...] du point de vue objectif, sur la base de l'examen clinique et des nombreux documents radiologiques, nous constatons des troubles statiques modérés du rachis ainsi que des troubles dégénératifs. Monsieur P._____ présente également des troubles dégénératifs des genoux sous forme de gonarthrose débutante, chondropathie et méniscopathies bilatérales. Concernant l'épaule droite, il existe une tendinopathie du sus-épineux mais à nouveau, il est difficile d'apprécier l'importance des répercussions fonctionnelles de cette atteinte organique. On peut toutefois recommander d'éviter les travaux nécessitant de lever des charges ou d'exécuter des travaux avec les bras au-dessus de l'horizontale.

En raison des différentes atteintes organiques concernant le rachis, les genoux et l'épaule droite, les activités physiques lourdes sont contre-indiquées de même que celles nécessitant de lever des charges ou d'utiliser les bras au-dessus de l'horizontale ainsi que les activités en station debout prolongée ou se déroulant en terrain instable.

On peut encore ajouter comme diagnostics une obésité et une hypercholestérolémie traitée, affections qui n'influencent pas la capacité de travail dans son cas.

En conclusion, en raison des troubles du rachis, des genoux et de l'épaule droite, les activités physiques exigeantes sont contre-indiquées. Par conséquent, dans l'activité antérieure de monteur de réseau, la capacité de travail est nulle.

Dans des activités adaptées, respectant les limitations en rapport avec les atteintes somatiques, la capacité de travail est entière et les atteintes organiques n'expliquent pas l'échec du stage à l'Oriph.

Sur le plan psychique, il a été mentionné une réaction dépressive associée à la perte du travail, plus tard la dépression a été décrite comme sévère. Nous n'avons pas pu trouver dans le dossier un status psychiatrique où cette sévérité était bien documentée, mise à part l'apparition d'idées suicidaires. Au jour de l'expertise, M. P._____ précise qu'il s'agissait de l'évocation d'idées suicidaires dans un cadre de ras le bol et de manque de sens pour lui.

Un état dépressif sévère justifie des interventions en urgence, un suivi régulier, voire une hospitalisation, une médication adéquate, mais rien

dans ce sens ne semble avoir été effectué. Les consultations psychiatriques ont été rapidement stoppées et la médication a été plutôt modeste durant ces dernières années.

Monsieur P._____ se montre démotivé, abattu et morose, en particulier lors de chaque évocation de son ancien travail.

A l'observation, nous constatons un certain nombre d'éléments dysphoriques, ce qui n'est pas à confondre avec un état dépressif. Monsieur P._____ a beaucoup de peine à être concret, il est relativement évasif et contradictoire. Il décrit une vie quotidienne très pauvre, encore plus restreinte que ce qui a été décrit antérieurement dans le dossier, ce qui est difficilement crédible.

Le taux de Floxyfral est non détectable au monitoring, la compliance est donc nulle, malgré que Monsieur P._____ dise prendre son traitement, ce qui relativise aussi les appréciations antérieures.

L'état dysphorique constaté, qui n'est pas un diagnostic en soi, peut être considéré selon la CIM-10 comme une dysthymie, diagnostic qui sera retenu.

Il est possible qu'il y ait eu antérieurement un épisode dépressif plus intense, mais celui-ci s'est réduit, avec l'aide thérapeutique ou sans.

La fixation de Monsieur P._____ sur la perte de son monde du travail est compréhensible, mais ceci n'est pas une variable médicale. Par contre, l'expertisé a également montré dans le passé de bonnes capacités d'adaptation et d'apprentissage, l'adaptation à un nouveau contexte professionnel est exigible. Monsieur P._____ est cependant dans une position ambivalente, tantôt disqualifiant, tantôt ouvert aux possibilités décrites.

La dégradation de sa situation financière est aussi un facteur extra médical comme fixation sur les symptômes.

En conclusion, il n'y a aucun argument pour justifier une incapacité de travail.

Il a été évoqué dans le dossier qu'une nouvelle activité pourrait améliorer l'état thymique ce qui est tout à fait crédible.

Nous n'avons aucune raison de nous écarter de l'appréciation de SMR de 2008".

Les experts ont encore précisé que des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables d'un point de vue théorique, que l'échec du stage effectué à l'Oriph ne s'expliquait pas par les atteintes organiques et que le résultat d'éventuelles nouvelles mesures semblait plutôt aléatoire. Ils ont répondu de la manière suivante aux questions posées par le recourant:

"1) Est-il exact que l'expertisé souffre, en plus des diagnostics posés par l'avis bidisciplinaire du SMR du 14 novembre 2008, d'autres affections, soit arthrose de hanche, surpoids, HTA, dépression?"

Sur le plan rhumatologique, il n'y a pas d'élément au dossier permettant de retenir le diagnostic d'arthrose de la hanche. Il est indiqué en 2005 une périarthrite de hanche droite, qui n'est pas le même diagnostic et qui n'influence pas la capacité de travail à long terme. Nous constatons une surcharge pondérale, comme cela était déjà le cas à l'examen SMR de 2008. Il n'y a pas d'hypertension artérielle documentée.

Sur le plan psychique, nous ne pouvons pas formellement nous prononcer sur l'état psychique de 2008 car nous n'avons pas vu l'assuré à ce moment-là. L'aggravation psychique décrite ultérieurement n'a certainement pas dépassé le niveau d'une dépression réactionnelle, voire d'intensité légère à moyenne, ensuite réduite par un traitement appliqué. Aujourd'hui nous avons retenu la présence d'un état dysphorique/dysthymique.

Le constat de non observance médicamenteuse remet en question les avis diagnostiques antérieurs.

2) N'est-il pas exact que l'expertisé est très motivé, avec de bonnes ressources intellectuelles et qu'il est sincèrement désireux de retrouver le monde du travail?"

L'expertisé se disait toujours très motivé pour retrouver un travail, mais il restait et reste toujours très fixé sur l'évocation du monde du travail qui était pour lui presque idéal. Lors de l'expertise, il a en partie disqualifié les propositions d'alternatives, en partie il les a acceptées.

La non observance médicamenteuse constatée dévoile des tendances à la contre-vérité et met en doute la motivation.

3) N'est-il pas exact que l'expertisé souffre d'une polyarthrite de la hanche droite qui n'a été que provisoirement et partiellement jugulée par des infiltrations de produits antalgiques par voie périurale? Les experts peuvent-ils décrire l'impact de cette affection sur le potentiel professionnel de l'expertisé, dans sa profession originelle ou dans une profession adaptée?"

Non, il n'y a aucun élément ni anamnestique, ni à la lecture du dossier, permettant de retenir le diagnostic de polyarthrite. Il est indiqué dans le consilium de rhumatologie du 12.04.2005 de la Dresse [...] une périarthrite de hanche droite d'accompagnement. Ce diagnostic bénin et banal n'a rien à voir avec une polyarthrite et ce n'est pas pour ce problème que l'assuré a bénéficié d'infiltrations par voie périurale, mais pour les lombo-pseudo-sciatalgies.

4) Les experts peuvent-ils dire combien de temps la position assise peut être tenue?"

Selon les constatations de l'examen, 30 minutes environ.

5) Les experts peuvent-ils dire combien de temps la même position peut être supportée?"

On peut estimer environ une demi-heure [...]".

Répondant aux observations et objections du recourant produites le 17 février 2011, les experts du CEMED ont produit un rapport complémentaire le 7 avril 2011 dont on extrait ce qui suit:

" Réponses rhumatologiques

Concernant les investigations radiologiques, on peut rappeler que ce n'est pas l'imagerie radiologique qui peut en elle-même justifier ou non des limitations. Il n'y a pas toujours une bonne corrélation entre le stade de l'atteinte radiologique et l'intensité des symptômes du patient. C'est à la fois les plaintes à l'anamnèse, les signes objectifs cliniques et les éléments radiologiques qui permettent de poser un diagnostic. Ces différents éléments doivent être pris en compte dans leur durée et voir quelles consultations, investigations et traitements ils ont motivés. L'ensemble de ces différents facteurs permet de justifier ou non des limitations.

Dans le cas de Monsieur P._____, on peut rappeler qu'il a bénéficié de 4 IRM de genou et d'un avis orthopédique spécialisé. Le diagnostic prend compte de troubles dégénératifs des genoux et il est mentionné des limitations fonctionnelles en rapport avec ce problème. Actuellement, de nouvelles imageries ne modifieraient pas l'appréciation.

Concernant la nécessité pour Monsieur P._____ de se lever de la position assise lors des entretiens avec l'avocat, cela ne fait que confirmer ce que nous avons observé lors de l'expertise. C'est la raison pour laquelle nous avons retenu que l'activité adaptée devrait permettre l'alternance des positions assis-debout.

Réponses psychiatriques

Une expertise médicale est d'abord une étude approfondie de la situation actuelle. Retracer l'histoire antérieure ne peut se faire avec pertinence que si le dossier médical est complet, les rapports pertinents et l'anamnèse fiable. Ces trois conditions ne sont pas toujours réunies. Se prononcer sur le passé reste ainsi souvent du domaine de l'approximation extrapolée depuis les données actuelles. On se trouve ici dans un degré de probabilité, mais jamais de certitude.

Pronostiquer l'avenir, en dehors de pathologies évolutives bien connues, reste souvent difficile.

Nous avons précisément exprimé ceci en page 21 et contrairement à ce que pense Me Carré, nous avons émis une hypothèse en page 17 sur l'état antérieur.

Sur le fond, nous avons dit qu'il était possible que Monsieur P._____ ait souffert de réactions dépressives ou de ce que son médecin a appelé syndrome dépressif, mais qu'il n'existait aucun indice pour un état dépressif éventuellement grave, récurrent ou résistant à un

traitement. De ce fait et en lien avec notre bilan actuel, notre hypothèse a été que l'expertisé a certainement souffert de fluctuations de l'humeur, peu importe si elles portaient le nom de dépression légère à moyenne, dysthymie ou dépression réactionnelle.

Il est émis des doutes quant à la question de la non observance médicamenteuse.

[...]

Dans le cas présent, le taux sérique de l'antidépresseur était en-dessous de la limite de détection, donc pas pris depuis un certain temps. [...] Dans une situation comme celle actuelle, le fait de ne pas rapporter un élément important peut laisser planer un doute sur tout ce qui est rapporté lors de l'anamnèse, notamment en ce qui concerne les éléments antérieurs.

Pour le reste, il nous semble important de rappeler que le status psychiatrique actuel est central et a toute son importance dans l'établissement d'un diagnostic".

Par courrier du 18 avril 2011, l'OAI s'est rallié aux conclusions des experts judiciaires.

Par acte du 3 juin 2011, le recourant a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, notamment à l'appui de deux avis de la Dresse V. _____ au sujet de l'expertise du CEMED, établis les 19 et 23 mai 2011. Selon ce médecin, le rapport de l'expertise en question paraissait peu approfondi, de sorte qu'il y aurait lieu de procéder à une nouvelle expertise. Elle soutenait, tout en admettant ne pas pouvoir à ce stade des consultations affiner son diagnostic, avoir constaté chez le recourant une personnalité qui dysfonctionnait de façon importante, l'intéressé présentant un profil inquiétant, pouvant évoquer un risque de passage à l'acte suicidaire, sans toutefois que ce risque soit aigu. Elle avait envisagé de le faire hospitaliser, mais y avait temporairement renoncé au vu des restrictions institutionnelles à la prise en charge et compte tenu du fait que l'intéressé y aurait sans doute été peu favorable. Elle a enfin expliqué que le recourant avait interrompu son traitement médicamenteux en 2010 durant le Ramadan, ce qui pouvait expliquer la non compliance médicamenteuse qui lui était reprochée.

Par courrier du 29 juillet 2011, l'expert judiciaire, N. _____, s'est déterminé sur les remarques de la Dresse V. _____. Il a notamment relevé que celle-ci ne livrait aucun status psychiatrique ni

description de ce qu'elle qualifiait de "personnalité qui dysfonctionne". Il a fait observer que le risque de passage à l'acte suicidaire et le fait d'envisager une hospitalisation n'avait aucune valeur clinique et argumentative. Il a rappelé que selon lui, l'état clinique du recourant au moment de l'expertise était celui d'une dysthymie, soit d'une symptomatologie qu'on ne saurait confondre avec un état dépressif clinique. Il a encore relevé que tous les signes de non organicité, de comportement et les facteurs extra-médicaux n'avaient pas été pris en compte ni analysés par sa consoeur. Il a finalement fait remarquer que si le recourant ne prenait pas ses médicaments en raison du Ramadan, rien ne l'avait empêché de le mentionner pendant l'expertise.

Le 5 septembre 2011, le recourant a confirmé sa demande de nouvelle expertise, produisant un nouvel avis de la Dresse V._____, s'exprimant comme suit:

"A vrai dire, je n'ai pas grand-chose à ajouter. Tout est question de point de vue et d'optique même "politique" dans ce genre de situation; le domaine psychiatrique laisse beaucoup d'espace à des appréciations, pas toujours aussi dures que des résultats scientifiques. La question sous-jacente étant très clairement pour tous de savoir si le patient aggrave ses troubles, à loisir, ou de savoir si l'on admet que les importantes limitations fonctionnelles constatées et l'état de décompensation psychique secondaire, qui se chronicise, ne représentent pas une forme d'invalidité, en tout cas pour une certaine durée.

On pourrait toujours proposer une contre-expertise, dans laquelle un affinement de l'estimation psychologique pourrait se faire, mais les évaluations à disposition paraissent déjà nombreuses".

Le recourant a par ailleurs relevé que le Dr N._____ avait parfois été contredit par d'autres experts dans le cadre de procédures devant la Cour de céans.

G. Par courrier du 21 février 2012, l'OAI a précisé qu'il ne pouvait donner suite à la demande de mesure de reclassement du recourant, mais qu'il pouvait entrer en matière sur une aide au placement, pour autant que l'intéressé admette la pleine capacité de

travail que l'OAI lui reconnaissait dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (cf. art. 52 LPGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), devant le tribunal compétent (cf. art. 93 et 94 al. 4 LPA-VD [loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]); il est donc recevable.

b) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, celle-ci lui étant refusée au motif d'une pleine capacité de travail résiduelle dans une activité réputée adaptée à son état de santé.

2. a) Selon le droit fédéral, 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 art. 4 al. 1 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 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de

l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 être raisonnablement 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.

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 %. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi rente pour un taux de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux de 70% au moins.

En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative; selon cette disposition, 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.

Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que les médecins, 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 peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références).

c) aa) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

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 plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de 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, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; TF 9C_168/2007 du janvier 2008, consid. 4.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

En particulier, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un

cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2; TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.5; TF I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 3).

bb) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière

irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

3. a) En l'espèce, s'agissant d'évaluer la capacité de travail résiduelle du recourant, les médecins qui se sont prononcés sur son cas s'accordent à reconnaître qu'il présente, déjà sur le seul plan somatique, une pleine incapacité de travail dans l'ancienne activité de monteur de lignes à haute tension. Ce constat convainc, tant au regard des atteintes à la santé qui ont été diagnostiquées (troubles du rachis, gonarthrose, tendinopathie de l'épaule droite) que des limitations fonctionnelles retenues, lesquelles excluent l'exercice d'une activité lourde en termes de sollicitation du dos et des genoux telle que celle pratiquée par l'intéressé.

b) Subsiste dès lors la question de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité qui serait réputée adaptée à son état de santé, le litige tenant au caractère raisonnablement exigible d'une telle activité, à laquelle l'intimé estime que l'intéressé peut être renvoyé. A cet égard, les avis médicaux versés au dossier divergent, tant sur le plan somatique que psychique.

ba) Sur le plan somatique, le recourant fait en substance grief à l'intimé, au SMR et aux experts judiciaires du CEMED, d'avoir sous-évalué les répercussions de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail en l'estimant apte à reprendre une activité adaptée à plein temps sans diminution de rendement. Il se prévaut de l'avis de son médecin traitant, la Dresse L._____, laquelle relevait le 13 octobre 2008, suite au constat d'échec du stage professionnel à l'Oriph, de nouvelles limitations

fonctionnelles, fixant à 2 kg la limite du port de charge et excluant de travailler avec le bras au-dessus de la tête.

A cet argument, il convient d'opposer, outre le fait que la Dresse L._____ a précisé que les nouvelles limitations fonctionnelles précitées ne faisaient en réalité pas obstacle à l'exercice d'une activité adaptée, la valeur probante du rapport d'expertise judiciaire du Dr C._____, rhumatologue. On constate en effet que ce rapport, établi en pleine connaissance de l'anamnèse, des plaintes subjectives de l'assuré ainsi que de l'ensemble des avis médicaux et des pièces radiologiques versés au dossier, est fondé sur un examen clinique complet, puis sur une discussion du cas sur le plan biomédical, lequel est seul déterminant, pour évaluer la capacité de travail (cf. TF 9C 603/2009 du 2 février 2010, consid. 4.1). Il livre ainsi un constat objectif des atteintes organiques mettant en évidence des signes de non organicité ainsi que des autolimitations. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par l'expert concordent avec les atteintes objectivement présentées par l'intéressé, les constatations médicales devant à cet égard l'emporter sur les considérations émises par les conseillers en réadaptation lors du stage professionnel effectué au centre Oroph (TF I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6.1), a fortiori par un avocat lors des entretiens privés qu'il allègue. En outre, il ne se justifiait pas que l'expert procède à de plus amples investigations par imageries nouvelles, la requête du recourant portant ici sur une péjoration de l'état de santé intervenue postérieurement à la décision attaquée (ATF 121 V 352, consid. 1b). En définitive, on retiendra que, sur le plan rhumatologique, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

bb) Ce même constat d'une pleine capacité de travail résiduelle peut également être retenu sur le plan psychique, dans la mesure où le rapport de l'expert judiciaire N._____ du 24 novembre 2010, tel que complété et précisé par ses déterminations des 7 avril et 29 juillet 2011 en réponse aux observations produites par le recourant à l'appui d'avis médicaux, répond lui aussi aux conditions permettant de lui

reconnaître valeur probante. En effet, au terme d'une anamnèse complète, d'un examen clinique permettant de recueillir les plaintes subjectives de l'intéressé comme de procéder à un constat objectif des troubles présentés, puis d'une discussion des avis médicaux divergents, cet expert convainc lorsqu'il retient la présence d'épisodes dépressifs réactionnels à la perte de l'ancien travail de monteur, respectivement d'une dysthymie, soit de fluctuations de l'humeur qui n'excèdent pas le stade de la dépression légère à moyenne, sans présenter de caractère invalidant. Un état dépressif sévère avec des idées suicidaires, tel qu'invoqué par le médecin traitant, la Dresse L. _____ puis par la Dresse V. _____, aurait en effet justifié des interventions en urgence, un suivi psychiatrique régulier, une médication adéquate ainsi qu'une compliance au traitement, ce qui ne fut pas le cas, à tout le moins pas avant que la décision litigieuse ait été rendue. Enfin, l'argument du recourant consistant à remettre en cause les compétences du Dr N. _____ ne se fonde sur aucun élément concret ou objectivable.

c) Au vu de ce qui précède, l'intimé doit être suivi lorsqu'il tient pour établi, au degré de la vraisemblance requis, que le recourant a présenté, jusqu'au moment de la décision attaquée, une pleine capacité de travail résiduelle dans une activité réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il y a bien entendu lieu de préciser que cette appréciation ne préjuge pas d'une modification de l'état de santé qui soit intervenue postérieurement à la décision litigieuse et justifierait dès lors, le cas échéant, de donner suite au dépôt d'une nouvelle demande d'instruction du cas, pour autant que la demande respecte les conditions posées à l'art. 87 al. 2 RAI.

4. Cela étant, il reste encore à examiner si l'évaluation du taux d'invalidité, telle qu'effectuée par l'intimé, est conforme au droit fédéral.

a) Selon l'art. 28a LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. En vertu de 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.

Il s'agit donc de comparer deux revenus hypothétiques, soit le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu hypothétique d'invalidité.

En vertu de la jurisprudence, le moment déterminant pour procéder à la comparaison des revenus est celui de la naissance du droit (éventuel) à la rente d'invalidité; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (TF I 511/03 du 13 septembre 2004, consid. 5.1).

aa) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

ab) Selon la jurisprudence, pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré qui, comme c'est le cas en l'occurrence, n'a pas repris d'activité adaptée à son état de santé alors que l'on peut raisonnablement l'exiger de lui, il est possible de se fonder sur des tables statistiques, en particulier sur les données issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique

est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TFA I 171/04 du 1^{er} avril 2005, consid. 4.2; ATF 126 V 75, consid. 3b/bb).

ac) Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175; cf. UELI KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht [ASTG], in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} édition, Bâle 2007, ch. 25 p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa). A cet égard, il convient de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelle dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75, consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge et il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 126 V 75, consid. 5b/bb). Par ailleurs, la déduction globale maximale est limitée à 25% du revenu statistique (ATF 126 V 75, consid. 5b/cc). La déduction doit être motivée, en ce sens que l'assuré doit pouvoir se faire une idée des motifs qui ont amené l'administration à prendre sa décision; en particulier, cette dernière doit au moins expliquer brièvement pourquoi elle opère la réduction, et sur quels critères elle s'est basée dans le cadre de son appréciation globale (ATF 126 V 75, consid. 5b/dd in fine). La question de l'étendue de l'abattement

est une question relevant du pouvoir d'appréciation; à cet égard, le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71, consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71, consid. 5.2).

b) En l'espèce, le moment déterminant pour procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité est l'année 2008, comme l'a retenu à juste titre l'OAI. En effet, le début de l'incapacité totale de travailler du recourant dans son activité de monteur de lignes à haute tension a débuté le 27 novembre 2006, ce qui porte le délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI au 27 novembre 2007. Par ailleurs, en vertu de l'art. 29 al. 2 LAI, le droit à la rente ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI. Dès lors que le recourant a touché de telles indemnités, du 26 mai 2008 au 21 août 2008, soit pendant la durée de son stage à l'Oriph visant à évaluer ses aptitudes à la réadaptation professionnelle, l'ouverture du droit à la rente se trouve reporté au 1^{er} août 2008, en application de l'art. 29 al. 3 LAI.

Le revenu hypothétique sans invalidité retenu par l'OAI n'est à juste titre pas remis en cause par le recourant. Fixé à 89'208 fr., il correspond en effet à son dernier salaire, indexé pour 2008.

En ce qui concerne le revenu avec invalidité, le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative adaptée à son état de santé et ne disposant pas de formation particulière, l'OAI s'est à juste titre fondé sur le

revenu statistique, découlant de l'ESS pour 2008, relatif à l'exercice à 100% d'activités ne requérant pas de qualifications particulières dans le secteur privé (production et service, niveau de qualification 4). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit admettre qu'un nombre significatif de ces activités sont légères, permettent en particulier l'alternance de positions et sont donc adaptées aux atteintes à la santé du recourant. Le revenu hypothétique d'invalidé du recourant est ainsi de 61'389 francs.

Cela étant, l'intimé a procédé à un abattement de 10% sur ce revenu d'invalidé afin de tenir compte, selon la motivation figurant sur la fiche « détail de calcul » établie le 26 janvier 2009, des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé. Celui-ci conteste ce taux, qu'il estime devoir être porté à 25%, soit au maximum autorisé par la jurisprudence.

On observe à cet égard que, si le nombre des limitations ostéoarticulaires retenues et leur impact sur la mobilité de l'intéressé justifient assurément de retenir un abattement de 10% au moins, il ne s'agit en l'occurrence pas du seul critère qui devait conduire l'intimé à opérer une déduction sur le salaire hypothétique. En application de la jurisprudence rappelée au considérant 4ac) ci-dessus, les circonstances particulières du cas justifiaient en effet de tenir également compte des critères de la nationalité, de la méconnaissance du français, de l'absence de formation professionnelle ainsi que de la faible faculté d'adaptation de l'intéressé. A ces critères s'ajoute encore celui du désavantage salarial manifeste induit par le terme qui a dû être porté à l'exercice de l'activité de monteur, pratiquée durant les 25 années de services qui ont précédé la survenance des atteintes à la santé invalidantes. Partant, c'est un taux d'abattement de 15% au moins qui doit être retenu, portant ainsi le revenu d'invalidé à 52'181 francs.

Le préjudice résultant de la comparaison des revenus hypothétiques conduit ainsi à arrêter le degré d'invalidité à 41.5%

([89'208 - 52'181] / 89'208), lequel ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI), résultat au demeurant identique à celui auquel la prise en compte d'un abattement maximum de 25% aurait pu conduire.

5. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, et la décision attaquée réformée, en ce sens le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2008.

Obtenant ainsi gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD). Ils sont arrêtés à 3'000 fr., à la charge de l'intimé débouté, compte tenu du double échange d'écritures et des déterminations produites dans le cadre de l'expertise judiciaire.

Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI débouté (art. 69 al. 1bis LAI).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 28 avril 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant, P._____, a le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2008.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. Des dépens arrêtés à 3'000 fr. (trois mille francs) sont alloués au recourant et mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour P. _____),
- 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).

La greffière :