

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 janvier 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Gutmann et Zbinden, assesseurs
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Louis-Marc Perroud, avocat à Fribourg,

et

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

Art. 7, 8, 16 LPGA; 28 al. 2, 69 al. 1 let. a LAI; 93 al. 1 let. a LPA-VD

E n f a i t :

A. X. _____ est né le 16 mars 1962. De nationalité portugaise, il est arrivé en Suisse dans le courant du mois de mars 1988. Il a suivi l'école primaire dans son pays d'origine jusqu'à l'âge de 12 ans. L'assuré n'a aucune formation professionnelle. Il n'écrit pas et ne lit que des textes simples en français; la compréhension et l'expression orales de cette langue sont bonnes. Du mois de mars 1988 au 15 mars 2003, l'assuré a travaillé en qualité de manœuvre sur des chantiers (pose de pavés, maçonnerie) pour F. _____ SA.

B. a) Le 13 janvier 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente. Il a indiqué être malade depuis plusieurs années et avoir présenté une incapacité de travail entière du mois de mars au mois de juillet 2002, puis à nouveau aux mois d'août et septembre suivants.

b) Le 3 février 2003, F. _____ SA a rempli le questionnaire pour l'employeur que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) lui avait soumis. Cette société a indiqué que l'assuré travaillait à plein temps en qualité de manœuvre à concurrence de 8 heures 12 par jours, durant cinq jours par semaine. Il se trouvait en incapacité de travail complète depuis le 16 novembre 2002. Dès le 1^{er} janvier 2003, son salaire mensuel brut était de 4'685 francs.

c) Dans un rapport du 13 mars 2003, le Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail suivant : *"rachialgies diffuses importantes : cervico-brachialgies avec irritation radiculaire C6 gauche, lombosciatalgies du membre inférieur gauche persistantes, troubles statiques"* depuis le 15 mars 2002. Le médecin a indiqué que son patient avait subi les période d'incapacité de travail suivantes :

□ 100 % du 15 mars au 21 juillet 2002;

- 50 % du 22 juillet au 21 août 2002;
- 100 % du 22 août au 6 octobre 2002;
- 50 % du 7 octobre au 19 novembre 2002;
- 100 % dès le 20 novembre 2002 pour une durée indéterminée.

Le Dr D._____ a relevé que X._____ avait consulté le service des urgences de l'hôpital [...], le 15 mars 2002, en raison d'une lombalgie aiguë apparue peu auparavant, alors qu'il avait soulevé une masse pesant 5 kg. Selon le médecin, l'évolution de l'affection avait été peu favorable et avait été compliquée par une inflammation-infection au niveau du premier rayon du pied gauche. Un traitement médicamenteux et de physiothérapie n'ayant pas amélioré la situation, une IRM avait été effectuée le 6 juin 2002. Elle avait mis en évidence une hernie discale médiane à base large en L5-S1, status après probable maladie du Scheuermann. Une hospitalisation en milieu institutionnel avait eu lieu à l'hôpital [...] du 11 au 19 juillet 2002, qui avait diagnostiqué des lombalgies sur hernie discale L5-S1. Une reprise du travail à 50 % avait été effectuée du 22 juillet au 22 août 2002. Un consilium neurologique, en date du 29 août 2002, avait conduit au constat de lombosciatalgies non déficitaires du membre inférieur gauche. Ensuite d'un consilium rhumatologique du 1^{er} octobre 2002, le diagnostic de lombo-pseudo-sciatalgies gauches subaiguës avait été posé. Sur indication médicale, l'assuré avait repris le travail à mi-temps dès le 7 octobre 2002, en poursuivant un traitement de physiothérapie active de tonification. X._____ avait alors développé une symptomatologie radiculaire au niveau du membre inférieur gauche. Une IRM cervicales effectuée le 25 novembre 2002 avait mis en évidence un rétrécissement de la partie antérieure du trou de conjugaison droit en D1-D2. Une nouvelle consultation neurologique avait abouti au diagnostic de cervico-brachialgies avec irritations radiculaire C6 gauche et lombosciatalgies du membre inférieur gauche persistantes. Selon le Dr D._____, l'évolution était défavorable avec la poursuite de plaintes centrées sur le rachis, à prédominance cervicale et lombaire.

Le médecin traitant de l'assuré a proposé un reclassement professionnel dans une activité adaptée, sans port de charge et sans station, permettant d'être attentif à l'hygiène dorso-lombaire. Un tel travail pouvait être assumé à plein temps par X._____, avec une diminution de rendement. En revanche, l'activité de manœuvre n'était plus du tout exigible.

d) En annexe à son rapport, le Dr D._____ avait produit une lettre du 10 octobre 2002 du Dr R._____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, qui avait vu l'assuré en consilium le 1^{er} octobre 2002. Ce médecin avait diagnostiqué des lombo-pseudo-sciatalgies gauches subaiguës. Il s'était déclaré frappé par l'absence de syndrome lombo-vertébral ou de syndrome radiculaire et par de nombreux signes de non-organicité selon Waddell. L'examen clinique avait révélé diverses discordances. Le Dr R._____ avait conclu en précisant que, selon lui, X._____ souffrait effectivement de rachialgies, mais qu'il amplifiait sa symptomatologie douloureuse. Il a préconisé une reprise du travail à 50 % jusqu'au 20 octobre 2002 puis, à supposer que la situation ne connaisse pas d'aggravation, le passage à plein temps assez rapidement.

Le Dr D._____ avait également annexé à son envoi une lettre du 6 janvier 2003 du Dr G._____, spécialiste FMH en neurologie, qui avait examiné l'assuré le jour même. Il avait posé les diagnostics de cervico-brachialgies avec irritation radiculaire C6 gauche et lombosciatalgies du membre inférieur gauche persistantes. Il avait estimé que le status neurologique restait peu perturbé, malgré l'apparition de discrets troubles sensitifs au niveau du bras gauche, compatible avec un certain degré d'irritation radiculaire C6, sans déficit moteur ni signe de souffrance électrophysiologique à l'électromyogramme. Le Dr G._____ avait réfuté l'utilité d'un acte neurochirurgical. Il avait préconisé que le patient demande un reclassement auprès de l'Al.

e) L'assuré a fait effectuer une IRM cervicale, le 18 janvier 2005. Cet examen a permis de conclure à l'existence d'une hernie discale pré-

foraminale à l'étage C5-C6, avec impingement radiculaire C6 modéré et d'une légère sténose foraminale C5-C6 gauche. L'ensemble de ces symptômes laissait apparaître une situation inchangée par rapport aux éléments de comparaison datant du mois de novembre 2002.

f) Dans un rapport d'examen du 21 janvier 2005, le Dr Q._____, spécialiste FMH en médecine physique et en rééducation auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a retenu que l'atteinte principale à la santé dont l'assuré souffrait consistait en des rachialgies diffuses importantes, des lombosciatalgies gauches persistantes sur hernie discale médiane L5-S1 et des cervicobrachialgies avec irritation radiculaire C6 gauche. Selon le médecin, la capacité de travail de X._____ était de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire excluant le port de charges supérieures à 15-20 kg, des mouvements en porte-à-faux du rachis, des positions statiques prolongée assise ou debout et des travaux lourds. Le Dr Q._____ a relevé que la pathologie de type hernie discale n'avait pas de répercussions neurologiques. La pathologie de type brachiocervicale laissait apparaître des troubles dégénératifs mineurs, sans déficit moteur ou signe de souffrance électrophysiologique. Le médecin a souligné que les traitements ambulatoires et hospitaliers n'avaient pas été concluants. Il a encore mis en évidence l'absence d'élément lors de différentes consultations en faveur d'une pathologie non organique.

g) Du 23 mai au 17 juin 2005, l'assuré a effectué un stage au Centre d'Observation Professionnelle de l'AI (ci-après : COPAI), auprès de l'Office d'intégration et de réorientation professionnelle, à [...]. Dans un rapport du 28 juin 2005, le COPAI a relevé que si l'assuré souffrait de raideurs dorsales et cervicales, il s'avérait surtout qu'il présentait une quasi-dépendance à la douleur. Il était capable de s'adapter à des activités simples et moyennement évoluées. Subjectivement, il avait indiqué qu'il subissait une cote d'inconfort de 9 sur 10, ce qui signifiait qu'il estimait ne pas pouvoir travailler. La notion de douleur avait pris une grande importance dans le comportement de l'assuré et conditionnait très

fortement son attitude au travail. X._____ avait fait preuve d'une anxiété extrême et s'était montré apathique, triste et sans énergie.

Le COPAI a souligné que X._____ comprenait et assimilait rapidement des consignes simples et répétitives. Des activités plus évoluées, telles que le contrôle de pièces, s'étaient avérées possibles durant une à deux heures, après quoi les facultés de concentration n'étaient plus suffisantes en raison des douleurs. Dans l'accomplissement des activités allégées, l'assuré avait travaillé de préférence assis, en gardant son dos droit et en évitant de trop pencher la tête en avant et d'effectuer des rotations répétées. Son rythme de travail était lent et irrégulier.

Au terme du stage, le COPAI avait estimé que la capacité résiduelle de travail de l'assuré face à des activités adaptées était complète, avec un rendement proche de la norme. Les activités suivantes lui paraissaient adéquates : montage, câblage, conditionnement, manutention à l'établi, conduite-alimentation de machines automatiques ou semi-automatiques de petites dimensions, contrôle-surveillance d'une chaîne de fabrication automatisée. Le centre a insisté sur le fait que l'assuré devait faire un effort sur lui-même et adopter une attitude plus affranchie envers ses douleurs pour avoir la possibilité de réintégrer le monde du travail.

Informé des conclusions du COPAI, X._____ avait admis la possibilité de se réorienter dans des activités légères et souhaitait collaborer dans le cadre d'une aide au placement.

h) Le 29 août 2005, l'assuré a débuté un stage de réentraînement au travail et préparation à une activité industrielle légère chez K._____. Dès le 1^{er} septembre suivant, il s'est trouvé en incapacité de travail complète pour une durée indéterminée, attestée par un certificat médical de son médecin traitant.

Dans un bilan de stage du 18 octobre 2005, K._____ a indiqué que l'assuré avait effectué une activité de montage industriel, consistant en l'emboîtement de deux éléments de couleurs distinctes de contacts électriques. Il s'agissait d'un travail léger, simple et ne comportant aucun risque d'erreurs ou de malfaçons. L'assuré était resté présent durant trois jours, à plein temps. Alors qu'un collaborateur handicapé avec un rendement moyen, représentant un taux d'activité de 50 %, assemblait en moyenne 200 jeux de deux éléments par heure, X._____ avait réalisé 20 emboîtages durant la même période. Son attitude face au travail ne permettait pas d'envisager une réinsertion dans l'économie. Il n'avait fourni aucun effort pour s'adapter au rythme et à la vie en atelier.

i) Dans un questionnaire complémentaire au rapport médical complété le 26 juin 2006, le Dr D._____ a relevé que son patient avait été suivi à l'Unité de Psychiatrie Adulte [...] du mois d'août 2004 au mois de janvier 2005 et qu'il allait prendre contact avec ce service pour un nouveau suivi. Le médecin a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle, compte tenu des rachialgies et de l'impact de l'état anxio-dépressif. Il avait produit, en annexe à son envoi, une lettre que lui avait adressée le Dr R._____, le 13 juin 2006. Ce médecin avait examiné l'assuré le 8 juin précédent et posé les diagnostics suivants : rachialgies et arthralgies diffuses sur troubles statiques et dégénératifs, à prédominance cervicobrachiale, syndrome somatoforme douloureux et état anxio-dépressif sévère réactionnel. Il avait relevé que l'examen clinique demeurait inchangé par rapport à celui de l'année précédente, alors que X._____ s'était plaint d'une exacerbation de la symptomatologie, en insistant sur les douleurs dans les membres supérieurs. Le Dr R._____ avait à nouveau mis en évidence de nombreux signes de non-organicité selon Weddell. Il avait estimé que le problème était avant tout un syndrome somatoforme douloureux associé à un état anxio-dépressif réactionnel marqué. Pour le surplus, ce médecin a considéré qu'il n'y avait que peu d'éléments ostéo-articulaires nouveaux à mettre en avant dans la procédure de demande de prestations de l'AI.

Le Dr D._____ avait également annexé une lettre que lui avait adressée le Dr G._____, le 31 janvier 2005. Celui-ci avait examiné l'assuré le jour même et posé les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales, avec irritation C6 droite relativement récente et de sciatgie chronique du membre inférieur gauche. Une IRM cervicale effectuée le 18 janvier 2005 avait mis en évidence une hernie discale préforaminale droite à l'étage C5-C6, avec empreinte modérée sur la racine C6, et une légère sténose foraminale C5-C6 gauche, l'ensemble étant superposable par rapport aux résultats de l'examen du mois de novembre 2002. A l'EMG, aucun signe électrophysiologique de souffrance radiculaire C6 droite n'avait été révélé. Aucun déficit moteur n'était présent.

C. Une expertise multidisciplinaire a été confiée au Centre d'Observation Médicale de l'Assurance Invalidité (ci-après : COMAI), du centre Z._____, à [...], le Dr N._____, spécialiste FMH en rhumatologie, et le Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont reçu et examiné l'assuré le 8 novembre 2006, puis rendu un rapport le 22 décembre suivant. Après avoir résumé le dossier médical de l'assuré, les experts ont procédé à l'anamnèse de l'intéressé. Ils ont signalé que l'assuré s'était plaint de douleurs au niveau de la colonne lombaire et du membre inférieur gauche, mais pas à la colonne vertébrale ou au niveau des membres supérieurs. L'assuré avait déclaré que les douleurs étaient présentes aussi bien la journée que la nuit et qu'elles augmentaient avec les mouvements. Sur le plan psychique, X._____ n'avait pas présenté de plaintes spontanées, puis s'était déclaré un peu triste et avait évoqué des idées de mort.

L'examen neurologique n'avait rien mis de particulier en évidence. A l'examen rhumatologique du rachis cervical, l'assuré avait retenu les mouvements, ce qui en rendait l'interprétation difficile. Le rachis dorsal présentait une importante déformation en cyphose. La recherche de points douloureux pour une fibromyalgie s'était avérée négative.

L'examen psychiatrique avait mis en évidence quelques signes dépressifs, mais, hormis la tristesse, peu étaient pathognomoniques. De plus, la plupart étaient l'expression de dysfonctions neurovégétatives, secondaires au traitement médicamenteux et/ou à des problèmes de pathologie extrinsèque du sommeil (syndrome des apnées probables). Les experts ont indiqué qu'il n'y avait pas de vrais sentiments de culpabilité et/ou de ruine et que les propos suicidaires étaient très contextuels, liés aux difficultés financières et sans projets établis. X. _____ s'était surtout montré hésitant, tendu, inquiet, figé dans son expressivité et fixé sur la douleur. Aucun élément de la lignée psychotique n'a été relevé, ni aucun trouble de la sphère neuropsychologique stricte.

Les experts ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de dorsolombalgies sur trouble sévère de la posture (séquelle d'une maladie de Scheuermann), présentes depuis 2002, et de coxarthrose gauche, depuis 2005. Les diagnostics sans répercussions sur la faculté à travailler consistaient en un épisode dépressif léger et un probable syndrome d'apnée du sommeil. Ainsi, sur le plan somatique, d'importants troubles posturaux avaient été constatés, avec une très forte augmentation de la cyphose dorsale. Sur le plan psychique, les experts ont relevé une humeur très réactionnelle aux contraintes textuelles. Ils ont retenu un épisode dépressif léger ne justifiant, selon eux, aucune incapacité de travail, qu'elle soit ponctuelle ou durable. Dès lors, les experts ont estimé que, compte tenu des atteintes somatiques, l'assuré présentait, dans le travail de maçon ou dans toute activité équivalente, une limitation au port de charge supérieures à 10 kg et aux mouvement en flexion du rachis, ainsi qu'une nécessité de devoir souvent changer de position. Cela entraînait une incapacité de travail de 50 % dans de telles activités. En revanche, dans une profession légère, en position assise, avec la possibilité de changer souvent de position et sans port de lourdes charges, la capacité de travail de X. _____ était entière, à concurrence de 8 heures par jour. Que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, il n'existait pas de limitation de rendement. L'incapacité dans le travail de maçon existait depuis 2002. Les troubles psychiques n'impliquaient pas de limitation de

la capacité d'adaptation à l'environnement professionnel. Les Drs N._____ et C._____ ont encore indiqué que des mesures de réadaptation étaient possibles en vue de permettre à l'assuré de respecter les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus.

D. a) Dans un avis médical du 24 janvier 2007, le Dr Q._____ a estimé que les conclusions de l'expertise du COMAI correspondaient à celle de l'évaluation du 21 janvier 2005, à savoir une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée, en raison des atteintes ostéoarticulaires indéniables.

b) L'assuré a débuté un stage de réentraînement au travail le 16 avril 2007. Dès le 17 avril suivant, il s'est trouvé en incapacité de travail complète pour une durée indéterminée, attestée par certificat médical du Dr D._____.

c) Le 25 avril 2007, la division administrative de l'OAI a rendu un rapport final, dans lequel il a conclu que le dossier concernant l'assuré devait être examiné selon une approche théorique du degré d'invalidité, vu l'échec du stage de réentraînement au travail. Il a retenu que la période déterminante pour l'ouverture du droit à une rente était l'année 2003 et que, s'il avait continué à travailler pour F._____ SA, l'assuré aurait perçu un salaire annuel brut de 60'905 francs. L'OAI a également calculé le revenu d'invalidé en se fondant sur l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2002, tableau 1, niveau de qualification 4, soit un salaire de 4'557 fr. brut par mois. Adapté à un horaire hebdomadaire de 41,7 heures, cela représentant un salaire annuel de 57'008 fr. 07 en 2002 et de 57'806 fr. 18 (+ 1,4 %) en 2003. Compte tenu d'un abattement de 10 %, il a fixé le revenu d'invalidé à 52'025 fr. 56.

d) Le 13 novembre 2007, l'OAI a rendu un projet de décision tendant au refus de l'octroi d'une rente d'invalidité en faveur de l'assuré. Il a retenu qu'en raison d'une atteinte à la santé, X._____ ne pouvait plus exercer son activité de manœuvre qu'à 50 % depuis le 16 mars 2002, mais

qu'il pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Compte tenu des échecs des stages entrepris en 2005 et 2007 chez K._____, l'OAI a estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables. Il a donc procédé à une approche théorique de la capacité de gain de l'assuré et retenu, sur la base du tableau 1 de l'ESS 2002 pour le secteur de la production et des services (niveau de qualification 4), que le salaire d'invalidé s'élevait à 52'025 fr. 56 en 2003. Dès lors que le revenu sans invalidité aurait été de 60'905 fr. pour la même année, l'OAI a déterminé un degré d'invalidité de 14,57 %, insuffisant pour l'octroi d'une rente.

e) Par lettre du 11 décembre 2007, l'assuré a fait part de son "*incompréhension*" face au projet de décision du 13 novembre précédent, estimant que son incapacité de travail était totale dans sa précédente activité de manœuvre et de 50 % dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles. Cette appréciation ressortait d'un certificat médical du 7 décembre 2007 du Dr D._____, que l'assuré a produit en annexe à sa lettre. Selon ce document, X._____ présentait une affection médicale évolutive, à participation rhumatismale et psychologique, nécessitant un suivi régulier et une médication. Le médecin a relevé que cette affection avait connu une extension au niveau des mains, qui présentaient des inflammations articulaires douloureuses. Le médecin traitant de l'assuré a conclu en relevant que son appréciation était en désaccord avec les conclusions de l'expertise du COMAI et en sollicitant que la possibilité d'une contre-expertise soit examinée.

Par lettre du 7 mars 2008 à l'OAI, le Dr A._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique consulté par l'assuré, a indiqué ce qui suit :

"J'ai examiné le patient sus nommé le 13.02.08 pour une situation qui perdure, composée de rachialgies diffuses avec sciatalgies prédominantes à gauche, douleurs cervicales et douleurs des membres inférieurs, avec déformation des doigts et une dysesthésie des membres inférieurs et supérieurs, manque de force dans les mains et amyotrophie. Tout ceci est

couronné par une situation dépressive de plus en plus marquée et suivie par un psychiatre.

Diagnostics :

- *hernie discale C5C6 droite avec conflit radiculaire,*
- *sténose foraminale C5C6 gauche,*
- *uncarthrose cervicale,*
- *coxarthrose gauche,*
- *hernie discale médiane L5S1,*
- *dissection discale L3L4,*
- *hernie discale D1D2 paramédiane droite,*
- *sclérose aortique et insuffisance vasculaire des membres inférieurs.*

Chez ce patient motivé et désireux de reprise de travail, toute tentative de réadaptation professionnelle est vouée à l'échec. Ce n'est pas surprenant étant donné les nombreuses lésions dont il souffre.

Pour ma part et d'après mon examen clinique ainsi que l'étude du dossier, je crois que c'est se cacher la vérité que d'aller penser à une possibilité infirme de chercher le moindre pourcentage de travail physique.

Ce patient est pour moi invalide à 100 %."

Répondant à un questionnaire de l'OAI, le Dr D._____ a indiqué, le 14 avril 2008, que l'état de santé psychique de son patient s'était dégradé en été 2007, avec une péjoration de la symptomatologie anxio-dépressive. Il a également signalé l'apparition de nodules tuméfiés au niveau des mains. Le médecin a retenu que l'assuré présentait des troubles statiques du dos importants et douloureux et que le pronostic était défavorable. Il a estimé que l'incapacité de travail était complète depuis 2002, pour une durée indéterminée. Selon le Dr D._____, l'assuré avait une capacité de concentration, d'adaptation et de résistance limitée.

f) Dans un avis médical du 24 avril 2008, le Dr Q._____ a estimé que les certificats des Drs D._____ et A._____ n'apportaient aucun renseignement d'ordre médical nouveau. Les atteintes ostéoarticulaires mentionnés dans ces documents étaient connues des experts du COMAI et aucun signe n'allait dans le sens d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Il a donc considéré que, sur le plan

strictement médical, la situation de X._____ était inchangée, seule l'appréciation des affections dont celui-ci souffrait étant différentes entre les médecins consultés par l'assuré et ceux du COMAI. Le Dr Q._____ a maintenu les conclusions de son avis du 24 janvier 2007.

g) Par décision du 15 mai 2008, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à X._____ pour des motifs identiques à ceux figurant dans le projet du 13 novembre 2007.

Dans une lettre d'accompagnement datée également du 15 mai 2008, l'OAI a retenu que l'expertise du COMAI tenait compte de l'ensemble des pathologies présentées par l'assuré et que les avis des Drs D._____ et A._____ n'avaient amené aucun élément médical nouveau. Il a considéré que seule l'appréciation d'une même situation différait entre ces médecins et ceux du COMAI et que l'avis de ces derniers devaient l'emporter, l'expertise présentant tous les éléments nécessaires pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

h) L'assuré a recouru auprès du Tribunal des assurances contre la décision du 15 mai 2008 de l'OAI. Dans ce cadre, il a notamment produit une lettre du 5 juin 2008 du Dr A._____ au syndicat Unia, dont le contenu était le suivant :

"Sur l'examen de son dossier et l'expertise pour sa demande d'AI en 2006, ce patient présente une discartrhose généralisée avec présence sur les radiographies de syndesmophitoses lombaires.

L'examen neurologique trouve une dysesthésie, une paresthésie et une parésie non systématisées.

Et à la différence de l'examen 2006, le patient présente :

- une raideur lombaire douloureuse avec effacement de la lordose, et une distance doigt-sol à 45 cm,*
- une tuméfaction arthrosique des IPP des cinq doigts des deux mains avec raideur des poignets et une flexion extension des poignets de 20.0.10 et une inclinaison inexistante,*
- une coiffe compétente aux deux épaules mais un conflit sous acromial sur arthrose sous acromio claviculaire bilatérale et rotation externe de 10 degrés des deux côtés.*

La situation douloureuse bien qu'invalidante et insomnante s'améliore partiellement avec un traitement au structum et vita GS complexe. Le patient commence à présenter des intolérances aux anti-inflammatoires.

L'insomnie, la dépression et les différents traitements l'ont conduit à un ralentissement psychomoteur généralisé. La physiothérapie n'a aucun impact sur lui.

Je rappelle que toutes les mesures de réinsertion professionnelle entreprises par l'AI ont échoué.

En mon âme et conscience, sauf si ce patient est un grand acteur, il est invalide à 100 % et sa situation mérite une nouvelle expertise qui serait la bienvenue étant donnée la situation socio économique précaire de sa famille."

Au vu de ces éléments, en particulier de l'indication par le Dr A. _____ de l'apparition de troubles neurologiques, l'OAI a préconisé de confier au COMAI de [...] une réévaluation de la situation. Partant, le recours interjeté au Tribunal des assurances a été retiré et la cause rayée du rôle par décision du 2 septembre 2008.

E. Les Drs V. _____, P. _____ et F. _____, spécialistes FMH respectivement en rhumatologie, en psychiatrie-psychothérapie et en neurologie auprès du COMAI de [...], ont rendu un rapport d'expertise le 16 décembre 2008, après avoir procédé aux examens et entretiens les 29 et 30 octobre précédents. Ils ont analysé le dossier de l'assuré, notamment les avis médicaux y figurant.

Les experts ont indiqué que, sur le plan ostéo-articulaire, X. _____ se plaignait de douleurs du rachis présentes quotidiennement, d'une intensité variable, l'empêchant de rester dans la même position plus que quelques minutes, à défaut de quoi les cervicalgies augmentaient. En fonction des positions adoptées, l'assuré a évoqué la présence de lombalgies et de dorsalgies. La position assise était mal supportée, en raison de fourmillements apparaissant dans la main ou la jambe gauches après quelques dizaines de minutes. L'assuré s'est également plaint d'une limitation de ses activités, des promenades devant être ponctuées d'arrêts réguliers; il en allait de même lorsqu'il accompagnait son épouse faire les

courses, le port de commissions déclanchant une augmentation des cervicalgies avec irradiation vers le sommet du crâne et jusqu'au front. L'assuré pouvait en revanche continuer à conduire son véhicule. X. _____ a évoqué une aggravation progressive de son état de santé, sans traumatisme ou élément déclencheur particulier sur les deux années précédentes. Il a indiqué qu'il prenait des médicaments antalgiques en continu. Au niveau du membre inférieur gauche, l'assuré a décrit des douleurs difficiles à systématiser, mais qui paraissaient pour une part être des inguinalgies. Elles entraînaient parfois une boiterie ou des difficultés pour monter ou descendre. L'assuré n'a pas évoqué de limitation des mouvements de la hanche. Au niveau des mains, il a parlé de douleurs des doigts et des poignets, plus marquées à droite, prédominant la journée, mais également parfois présentes la nuit. Sur le plan neurologique, X. _____ a mentionné la persistance de céphalées quasiment quotidiennes partant de la nuque et augmentant aux mouvements et à l'effort, même léger. Il a signalé des cervico-dorso-lombalgies se compliquant de brachialgies bilatérales irradiant selon un trajet plutôt postérieur, un manque de force global des deux bras et des paresthésies digitales bilatérales. L'assuré a encore fait part de la présence de sciatalgies irradiant selon un trajet postérieur et se compliquant de paresthésies au niveau du pied gauche, ainsi que d'un manque de force de la jambe gauche avec des phénomènes de lâchages. L'assuré n'a pas été en mesure de dire s'il souffrait de troubles sur le plan psychique, se plaignant spontanément de douleurs permanentes et de vertiges. A l'anamnèse orientée, il a évoqué des problèmes de concentration et des troubles mnésiques, sans ralentissement psychomoteur. Il a encore mentionné des ruminations importantes, une fatigue permanente, des idées suicidaires alimentées par des difficultés financières et un sommeil extrêmement fragmenté.

D'un point de vue objectif, les experts ont relevé, sur le plan somatique, l'absence de hernie inguinale décelable. Ils ont constaté une nette accentuation de la cyphose dorsale et de la lordose lombaire. L'assuré a fait part de douleurs lors des examens et de certaines manipulations, qui ont été ainsi limités. Les experts ont noté une

déformation des articulations inter-phalangiennes proximales des deux index, de type arthrosique, sans signe inflammatoire des deux articulations, de synovite ou de téno-synovite. Les membres inférieurs ne présentaient pas de signes d'arthrite, de synovite ou de téno-synovite. Les genoux n'avaient pas d'épanchement. Il n'existait pas de limitation significative de la mobilité. Les experts ont encore indiqué qu'il n'y avait pas, à la palpation, les points algiques typiques d'une fibromyalgie. Le status neurologique avait mis en évidence une nuque de mobilité limitée par réaction antalgique immédiate. A l'examen du rachis dorso-lombaire, les experts avaient relevé des troubles statiques vertébraux avec une hypercyphose dorsale et une discrète scoliose. Sur le plan psychique, l'assuré n'a pas présenté de labilité émotionnelle. Il s'est montré assez tendu tout au long de l'entretien. Les affects étaient tristes. Il n'y avait pas d'élément psychotique ou psychopathologique manifeste. Les ressources psychiques avaient semblé globalement faibles. Enfin, un bilan sanguin avait montré que l'absence de compliance thérapeutique de l'assuré, dès lors que le Paracetamol et l'Amytriptyline (antidépresseur) n'avaient pas été détectés.

Au stade de la synthèse et des conclusions, les experts ont indiqué ce qui suit :

"Sur le plan neurologique, il s'agit donc d'un assuré se plaignant actuellement de céphalées ainsi que de rachialgies cervico-dorso-lombaires avec irradiations dans les membres supérieurs et inférieurs se compliquant de troubles sensitivo-moteurs.

L'examen neurologique révèle des troubles statiques vertébraux, ainsi qu'une limitation apparemment majeure de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire contrastant avec l'absence de contracture paravertébrale significative. L'examen des paires crâniennes paraît révéler une hypoesthésie tactile et douloureuse hémifaciale gauche. L'examen des membres supérieurs est caractérisé par des troubles sensitifs mal systématisés. L'examen des membres inférieurs permet de retrouver des phénomènes de lâchages étagés à prédominance distale et gauche, ainsi qu'une hypoesthésie tactile de douloureuse globale du membre inférieur gauche. Les éléments précités ne permettent pas de conclure à l'existence d'une atteinte neurologique périphérique

significative, d'autant plus que les différents ENMG pratiqués par le Dr G. _____ se sont révélés normaux.

La revue des documents radiologiques montre effectivement des protrusions/hernie discale C5-C6 et L5-S1, lesquelles ne sauraient expliquer l'importance et l'extension des plaintes algiques formulées par l'assuré ainsi que les troubles sensitivo-moteurs atypiques observées au présent bilan.

En conséquence, force est de constater que même s'il existe des troubles statiques et dégénératifs disco-vertébraux cervico-lombaires modérés, ces derniers ne peuvent expliquer les plaintes et le tableau clinique présentés par M. X. _____, où les éléments de majoration des symptômes prédominent.

Sur le plan thérapeutique, il n'y a pas de proposition particulière de traitement à formuler sur le plan neurologique, étant donné l'absence d'atteinte neurologique certaine documentable et l'échec des différents traitements conduits jusqu'ici.

Sur le plan de la capacité de travail, du point de vue strictement neurologique, s'il on peut admettre une limitation de la capacité de travail à 50 % dans l'activité exercée préalablement (manœuvre dans la construction), il n'y a pas de raison de reconnaître à l'assuré une incapacité de travail significative dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port de charges importantes et autorisant des changements relativement fréquents de positions.

Sur le plan ostéo-articulaire, les limitations sont en rapport avec les atteintes du rachis décrites ci-dessus. Il n'y a pas d'affection des articulations périphériques significative à même d'influencer la capacité de travail.

Sur le plan psychique, il n'y a pas de limitation du point de vue psychiatrique. L'assuré peut travailler 8 heures par jour, sans diminution de rendement. Les affections psychiatriques sont secondaires à ses problèmes somatiques et à des difficultés professionnelles. Dans ce contexte, une reprise de travail serait potentiellement bénéfique.

Malgré de faibles ressources personnelles, un effort de volonté était raisonnablement exigible lors du stage d'observation professionnelle (ce qui n'a pas été le cas selon l'interprétation que nous faisons de la lecture du rapport). Un tel effort est encore raisonnablement exigible concernant la prise régulière de traitement antidépresseur et antalgique."

Ainsi, les experts ont posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de rachialgies cervico-dorso-lombaires sur troubles statiques et dégénératifs pluriétagés sans évidence de compression radiculaire ou médullaire. Les diagnostics sans influence sur la faculté à travailler consistaient en une coxarthrose gauche depuis 2004, un épisode dépressif d'intensité légère, sans syndrome somatique, depuis 2002 et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques. Le bilan qu'ils avaient effectué n'apportait pas la preuve d'une atteinte neurologique. Compte tenu des troubles statiques et dégénératifs cervico-lombaires, il fallait néanmoins admettre une capacité de travail restreinte à 50 % dans des activités physiquement lourdes et le port de charges. L'état de santé psychique n'impliquait aucune limitation dans quelque activité que ce soit. Selon les experts, des mesures de réadaptation professionnelle étaient théoriquement envisageables, mais il était peu probable qu'elles aboutissent, compte tenu des précédents de 2005 et 2007. Un travail adapté, sur le plan neurologique et somatique, consistait en une activité légère, ne nécessitant pas le port régulier de charges de 10 kg ou plus et permettant des changements fréquents de position. Un tel travail était exigible à plein temps.

F. a) Dans un avis médical du 15 janvier 2009, le Dr H. _____, du SMR, s'est référé aux conclusions de l'expertise du 16 décembre 2008 du COMAI. Il a ajouté, à titre de limitation fonctionnelle, que l'activité adaptée devait permettre d'éviter la position en porte-à-faux du rachis. Le médecin du SMR a considéré que la coxarthrose gauche n'avait à juste titre pas été considérée comme incapacitante, puisqu'elle était connue depuis 2004 et ne s'était pas aggravée. Il a encore mis en exergue l'absence d'évidence de dépendance à l'alcool ou d'une maladie rhumatismale inflammatoire. Ainsi, aucune aggravation de l'état de santé de X. _____ n'avait été mise en évidence et il n'y avait pas de motif pour modifier l'exigibilité telle qu'arrêtée en 2005.

b) Par projet de décision du 16 avril 2009, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il entendait refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a retenu, sur la base de l'expertise du 16 décembre 2008 du COMAI, que la capacité

de travail de l'intéressé ne s'était pas modifiée depuis la décision du 15 mai 2008. Il a donc arrêté le revenu sans invalidité à 60'905 fr., le revenu d'invalidité à 52'025 fr. 56 et le taux d'invalidité à 15 %.

c) Par lettre du 6 mai 2009, l'assuré a fait part de son opposition au projet de décision de l'OAI. Il s'est fondé sur l'avis du Dr A. _____ pour faire valoir qu'il était invalide à 100 % et s'est plaint du fait que, selon lui, aucune expertise n'avait été mise en œuvre.

d) Par décision du 3 juin 2009, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à X. _____, pour des motifs identiques à ceux développés dans le projet de décision du 16 avril 2009.

Dans une lettre d'accompagnement datée du même jour, l'OAI a indiqué à l'assuré que l'expertise du COMAI avait été effectuée ensuite d'exams complets. Il a ajouté qu'elle prenait en compte les plaintes de l'intéressé, qu'elle était dûment motivée et qu'elle ne contenait pas de contradiction. Partant, l'OAI a considéré que cette expertise avait une pleine force probante et qu'elle devait l'emporter sur l'avis des médecins consultés par l'assuré.

G. a) X. _____ a recouru contre cette décision par acte déposé le 6 juillet 2009, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente complète d'invalidité lui est octroyée. Le recourant relève que son incapacité totale à travailler depuis 2002 a été attestée par son médecin traitant, par le Dr R. _____, dans un rapport médical du 13 juin 2006, et par le Dr A. _____, dans des rapports du 7 décembre 2007 et du 5 juin 2008. Il estime qu'au vu de ces avis convergents, la décision entreprise, en tant qu'elle retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, paraît "*complètement déraisonnable*", puisqu'elle va à l'encontre de l'avis d'experts qualifiés qui l'ont suivi pendant plusieurs années. Le recourant ajoute que toutes les mesures d'ordre professionnel qui ont été entreprises ont échoué en raison des grandes difficultés qu'il a eues à effectuer même les tâches les plus légères. L'augmentation des douleurs liées aux efforts déployés démontrent, selon X. _____, qu'il n'est plus à

même d'exercer une quelconque activité. Le recourant fait encore valoir qu'au vu des divergences des avis médicaux concernant l'aggravation de son état de santé, l'instruction complémentaire du COMAI ne saurait être considérée comme suffisante, puisque la cause physique ou psychologique des troubles dont il souffre n'a pas été identifiée. Le recourant soutient enfin qu'il présente un taux d'invalidité de 70 %.

A titre de mesure d'instruction, le recourant requiert la mise en œuvre une expertise pluridisciplinaire *"en vue de préciser et de constater l'origine des atteintes à la santé du recourant et leur influence sur sa capacité de travail"*.

Par écriture du 12 octobre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il fait valoir que la situation du recourant a fait l'objet de deux expertises confiées au COMAI, dont les conclusions sont claires et exemptes de doutes. Il relève également que l'échec des stages de réentraînement au travail ne saurait modifier l'appréciation quant à la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, puisque aucun élément médical ne vient contredire les conclusions des experts.

Par lettre du 1^{er} février 2010, le recourant a indiqué qu'il n'entendait pas déposer de déterminations supplémentaires.

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, à moins que la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; 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 LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; 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 en temps utile par X. _____ contre la décision rendue le 3 juin 2009 par l'OAI.

2. 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; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, vu les motifs exposés dans l'acte de recours, X. _____ conteste l'appréciation de son état de santé telle qu'elle ressort de la décision querellée et, partant, le degré d'invalidité retenu par l'OAI.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 16 LPGA, 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 procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 c. 4.3.1).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; 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; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 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 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les réf. citées; 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 confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les réf. citées; 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 no 15 p. 43). 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_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

c) Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193; ATF 119 V 9 et les réf. citées).

4. a) Le recourant soutient qu'il est invalide à 100 % et que les avis des spécialistes que sont les Drs D._____, R._____ et A._____ doivent l'emporter sur "*l'instruction complémentaire*" du COMAI.

b) Dans la première phase d'instruction de la demande de prestations de l'AI, une expertise multidisciplinaire a été confiée au COMAI de [...]. Les Drs N._____ et C._____, spécialistes FMH respectivement en rhumatologie et en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport le 22 décembre 2006. Ils ont examiné le dossier de X._____, en particulier sur le plan médical, et rapporté les plaintes émises par l'intéressé. Ils ont ensuite précisé que l'examen neurologique n'avait mis aucun élément particulier en évidence. L'interprétation de l'examen rhumatologique du rachis cervical avait été compliquée par le fait que l'assuré avait retenu les mouvements. Les experts ont souligné que le

rachis dorsal présentait une importante déformation en cyphose. Des points de fibromyalgie n'avaient pas été détectés. Enfin, l'examen psychiatrique avait révélé quelques signes dépressifs peu pathognomoniques, sous réserve de l'expression de tristesse. Ainsi, les experts ont posé les diagnostics influençant la capacité à travailler de dorsolombalgies sur trouble sévère de la posture et de coxarthrose gauche. Le diagnostic d'épisode dépressif léger n'avait pas de répercussion sur la faculté de travail. Les experts ont estimé que, dans son ancienne activité de manœuvre sur des chantiers, le recourant ne pouvait plus travailler qu'à mi-temps. Ils ont, en revanche, considéré que X._____ conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelle, soit une profession légère, en position assise, avec la possibilité de changer souvent de position et sans port de lourde charges. Dans un avis médical du 24 janvier 2007, le SMR a fait siennes les conclusions des experts du COMAI, en raison des atteintes ostéoarticulaires "*indéniables*".

Le médecin traitant du recourant, le Dr D._____, spécialiste FMH en médecin générale, a fait part, dans un certificat du 7 décembre 2007, de son désaccord avec les conclusions de l'expertise, en indiquant qu'à son avis, son patient était en incapacité de travailler à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en raison d'une affection médicale évolutive, à participation rhumatismale et psychologique, nécessitant un suivi régulier et une médication. Pour sa part, le Dr A._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique consulté par l'assuré, a estimé, dans une lettre du 7 mars 2008 à l'OAI, que son patient était "*invalide à 100 %*" en raison de rachialgies diffuses avec sciatalgies prédominantes à gauche, douleurs cervicales et douleurs des membres inférieurs, avec déformation des doigts et dysesthésie des membres inférieurs et supérieurs, manque de force dans les mains, amyotrophie et situation dépressive de plus en plus marquée. Comme le fait valoir le recourant, les avis des Drs D._____ et A._____ diffèrent des conclusions des experts du COMAI. Toutefois, une expertise du COMAI dispose d'une pleine force probante lorsqu'elle répond aux exigences légales et jurisprudentielles en la matière (TF 9C_859/2009 du 1^{er} juin

2010), comme c'est le cas en l'espèce. Les experts, spécialistes FMH en rhumatologie et en psychiatrie, ont procédé à des examens complets, posé des diagnostics motivés et rendu un rapport exempt de contradiction et de doutes. Leur avis doit donc l'emporter sur les avis médicaux des médecins consultés à titre privé par l'assuré, pour les motifs précisés ci-dessus (cf. c. 3c). Pour le surplus, il est inexact de prétendre que le Dr R._____ aurait, dans son rapport du 13 juin 2006, conclu que le recourant présentait une incapacité totale de travail. Ce spécialiste FMH en maladies rhumatismales ne s'est d'ailleurs pas prononcé sur ce point dans le rapport en question, dont il ressort que l'assuré s'était plain d'une exacerbation de sa symptomatologie alors l'examen clinique demeurait inchangé par rapport à celui du 1^{er} octobre 2002. De plus, dans une lettre du 10 octobre 2002 au Dr D._____, le Dr R._____ avait estimé que le recourant amplifiait sa symptomatologie douloureuse. Il avait préconisé une reprise du travail à 50 % jusqu'au 20 octobre 2002 puis, à supposer que la situation ne connaisse pas d'aggravation, le passage à plein temps assez rapidement. Il faut donc en déduire que cette appréciation demeurait valable en 2006, dès lors que la situation objective de l'assuré n'avait pas évolué, selon les constatations du Dr R._____.

c) Par lettre du 5 juin 2008 au syndicat Unia, le Dr A._____ a fait part d'une aggravation de l'état de santé du recourant, en particulier sur le plan neurologique. X._____ ayant produit ce document dans la procédure de recours dirigée contre la décision du 15 mai 2008 de l'OAI, l'intimé a considéré que la situation du recourant devait être réévaluée, vu l'indication de troubles neurologiques, et il a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire au COMAI du centre Z._____, à [...]. L'expertise a été effectuée par le Dr V._____, spécialiste FMH en rhumatologie, le Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr F._____, spécialiste FMH en neurologie. Le recourant a été examiné et s'est entretenu avec les experts les 29 et 30 octobre 2008. Dans le rapport d'expertise du 16 décembre suivant, ils sont revenus de manière complète sur le dossier concernant X._____, en particulier au niveau médical, et ils ont exposé les nombreuses plaintes de l'intéressé. Sur le plan objectif, ils ont constaté une nuque de mobilité limitée par réaction antalgique

immédiate, des troubles statiques vertébraux avec hypercyphose dorsale et une discrète scoliose. Les experts ont signalé une déformation des articulations inter-phalangiennes proximales des deux index, de type arthrosique, sans signe inflammatoire. Les autres membres ne présentaient pas de signes particuliers et il n'y avait pas de limitation significative à la mobilité, pas plus que de points typiques d'une fibromyalgie. Selon les experts, les troubles statiques et dégénératifs disco-vertébraux et cervico-lombaires étaient modérés et ne permettaient pas d'expliquer les plaintes de l'assuré, où les éléments de majoration des symptômes prédominaient. Aucun des éléments mis en évidence ne permettait, aux dires des médecins du COMAI, de conclure à l'existence d'une atteinte neurologique. Sur le plan ostéo-articulaire, les limitations étaient en rapport avec les atteintes du rachis, soit les troubles statiques mentionnées ci-dessus. Au niveau psychique, les experts ont conclu à un épisode dépressif d'intensité légère n'ayant aucune influence sur les capacités de travail du recourant. Ils ont ainsi fixé la faculté de travail du recourant de manière identique à celle qui résultait du premier rapport d'expertise du COMAI, soit 100 % dans un travail léger, ne nécessitant pas le port régulier de charges de 10 kg ou plus et permettant des changements fréquents de positions.

Le rapport du 16 décembre 2008 est complet. Il examine de manière circonstanciée l'ensemble des points importants. Les experts ont procédé à des examens les 29 et 30 octobre 2008. Ils ont largement exposé et pris en considération les plaintes de X. _____ et ont rendu leur rapport en pleine connaissance du dossier le concernant, que ce soit du point de vue médical ou personnel. Les conclusions des experts du COMAI sont claires et bien motivées. Le recourant n'apporte d'ailleurs aucun élément concret qui impliquerait de les tenir pour douteuses ou infondées. Il se contente de renvoyer aux avis des médecins qu'il a consultés, en particulier à celui du 5 juin 2008 Dr A. _____, faisant état d'une aggravation de la situation en particulier sur le plan neurologique. Or, l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre ensuite de cet avis a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé du recourant, notamment à l'inexistence d'atteintes neurologiques. Les experts ont également précisé

que les déformations des articulations inter-phalangiennes proximales n'avaient pas d'influence sur la faculté de travail de l'assuré et n'induisaient aucune limitation fonctionnelle supplémentaire. Cet avis émane de spécialistes et il doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, puisque l'expertise du 16 décembre 2008 répond aux critères posés par la loi et la jurisprudence à cet égard. Cette expertise l'emporte en outre sur l'appréciation du Dr A._____, consulté à titre privé par le recourant, pour les raisons exposées ci-dessus (cf. c. 3c). Il résulte d'ailleurs des lettres émanant de ce médecin qu'il a largement tenu compte, dans l'appréciation de la situation de son patient, d'éléments subjectifs qui ne peuvent jouer un rôle dans la détermination de la capacité de travail médico-théorique au sens de la LAI. Il en va de même pour le Dr D._____. La divergence des avis médicaux invoquée par le recourant découle donc du fait que ces éléments subjectifs n'ont pas été pris en compte par les experts du COMAI, qui s'en sont tenus aux constatations objectives, comme l'exige les règles en la matière, pour apprécier quelle était la capacité résiduelle de gain de X._____ et dans quelles conditions et dans quelle mesure il pouvait la mettre en œuvre.

d) Pour le surplus, le fait que le recourant n'ait pas terminé les stages de réentraînement au travail entrepris en 2005 et 2007 n'est pas de nature à influencer sur la fixation de la capacité de travail au sens de la LAI. En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_462/2000 du 2 décembre 2009 c. 2.4; TFA I 762/02 du 6 mai 2003 c. 2). Ainsi le recourant ne saurait soutenir que l'échec de ces stages représente "*la réalité*" de son état et qu'il faut en déduire qu'il est totalement incapable de travailler. Cela se justifie d'autant plus qu'il y a mis un terme de manière unilatérale, sans en référer à l'OAI et après trois jours de travail dans le premier cas et un jour dans le second.

e) En définitive, le recourant présente des atteintes ostéoarticulaires depuis 2002 qui l'empêchent d'exercer son ancienne activité de manœuvre sur des chantiers à un taux supérieur à 50 %. En revanche, dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles, il est apte à travailler à plein temps sans diminution de rendement, également depuis 2002. Entre ce moment et la date de la décision entreprise, l'état de santé de X._____ n'a pas connu d'aggravation qui justifierait de considérer qu'il n'est pas apte à travailler à 100 %. Il ne présente en particulier pas d'atteinte neurologique ni d'état dépressif d'intensité sévère. Une activité est adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant lorsqu'elle est légère, qu'elle n'implique pas le port régulier de charges de 10 kg ou plus, qu'elle permet d'éviter la position en porte-à-faux du rachis et qu'elle autorise des changements de position fréquents.

5. Pour le surplus, le recourant ne critique pas d'autres points de la décision entreprise. On relèvera cependant que le calcul du revenu d'invalidé contient une erreur, dans la mesure où l'OAI a adapté le salaire mensuel résultant de l'ESS 2002 à un horaire hebdomadaire de 41,7 heures, considéré comme standard. Or, dans les deux expertises du COMAI, les experts ont précisé que le recourant pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à plein temps, soit à concurrence de 8 heures par jour ou 40 heures par semaine. Il convenait donc de s'en tenir au salaire ressortant de l'ESS, soit 4'557 fr. par mois ou 54'684 fr. par année. Compte tenu de l'évolution des salaires (+ 1,4 %), cela représente 55'449 fr. 58 en 2003. Un abattement de 10 % est conforme à la jurisprudence en la matière, compte tenu de la situation de X._____, de sorte que le revenu d'invalidé s'élève à 49'904 fr. 60. Comparé au revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il avait continué son activité antérieure, soit 60'905 fr., la différence est de 11'000 fr. 40, soit un taux d'invalidité de 18 % (11'000 fr. 40 : 60'905 fr. x 100), insuffisant pour ouvrir le droit à l'octroi d'une rente.

6. Au vu des considérations qui précèdent, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre l'expertise judiciaire requise par le recourant. Une telle

mesure n'est nécessaire que s'il existe des doutes concrets sur des points litigieux importants. Tel n'est pas le cas en l'occurrence, de sorte que de nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la cour de céans (cf. ATF 134 I 140 c. 5.3, JT 2009 I 303; ATF 130 II 425 c. 2.1; ATF 122 II 464 c. 4.a, JT 1997 I 786).

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais, par 500 fr., sont mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 91 et 99 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu à allocation de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 et 56 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée rendue le 3 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Louis-Marc Perroud (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :