

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 novembre 2010

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

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 18 RAI

E n f a i t :

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

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

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

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

On peut aussi y lire ce qui suit:

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

signale des plaintes ubiquitaires ainsi que sur la base des différents examens complémentaires radiologiques, biologiques et scintigraphiques, il en ressort comme premier diagnostic, un syndrome somatoforme douloureux persistant. Ce diagnostic peut être évoqué, principalement au vu d'un tableau ubiquitaire des plaintes qui ne sont pas expliquées par les constatations objectives radiologiques, cliniques et biologiques, hormis bien entendu la présence d'une coxarthrose gauche avancée qui est connue et qui a été confirmée par les Drs H._____ et B._____. Je n'ai pas suffisamment de critères au sens strict pour retenir un pronostic de fibromyalgie selon les critères ACR. (...)"

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

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

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

Ce rapport comporte également le passage suivant:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

On peut lire également ce qui suit dans ce rapport:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'assuré a produit un rapport médical établi le 24 juin 2005 par la Dresse H._____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, adressé au médecin traitant; à ses yeux, l'incapacité de travail est totale dans l'activité d'aide-géomètre. Elle doute en revanche que l'on puisse aller au-delà du 50% dans une activité légère, ne sollicitant pas exagérément le rachis et les articulations, autorisant de fréquents changements de position et ne générant pas de stress.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

— Coxalgies bilatérales à prédominance gauche sur coxarthrose gauche sévère.

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

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

Fibromyalgie.

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Diagnostics influençant la capacité de travail:

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

Diagnostics sans influence sur la capacité de travail:

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

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

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

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

Le traitement antidépresseur est exigible à doses efficaces contrôlées."

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

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

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

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

D'un rapport final de la division administrative de l'OAI du 10 mars 2009, il ressort ce qui suit:

"Suite à l'avis juriste du 22.11.2007, nous avons rencontré l'assuré afin de mettre en place une mesure d'évaluation. Le but étant de lui permettre de reprendre un rythme de travail et de vérifier son investissement en vue d'une courte mesure compte tenu de son âge (formation pratique chez un employeur, aide au placement).

Pour des raisons qui lui sont propres, l'assuré n'a pas souhaité intégrer les EPI (Genève) où une entrée rapide était prévue. Il a voulu intégrer l'Oriph de Morges, plus près de chez lui mais où les délais d'attente sont longs. En toute connaissance de cause, il a choisi cette deuxième option et la mesure n'a pu débuter qu'à partir du 9.02.2009. En raison de douleurs et des plaintes de l'assuré, il est mis en arrêt de travail dès le 10.02.2009 et pour 4 semaines initialement (cf. certificat médical du Dr K. _____). L'assuré a revu son médecin le 9.03.2009 et le certificat médical a été prolongé.

Nous avons soumis la situation à notre SMR au vu des difficultés rencontrées dans cette situation. Selon le service médical et s'appuyant sur le certificat du Dr K. _____, il en ressort qu'aucun fait nouveau pertinent n'est apporté. Par ailleurs, l'unique élément nouveau « tuméfaction de l'avant-bras gauche » ne va pas se répercuter sur l'appréciation de l'exigibilité.

Au vu de l'impossibilité de poursuivre les mesures de réadaptation, nous pouvons conclure sur la base des éléments économiques figurant dans l'avis juriste du 22.11.2007."

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

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

Le 8 avril 2009, l'OAI a rendu une décision sur opposition par laquelle il a alloué à l'assuré un quart de rente dès le 1^{er} mars 2003.

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

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

L'assuré a recouru contre ces décisions, ces causes faisant l'objet d'un arrêt distinct.

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

C. Par écriture du 18 mai 2009, l'assuré a recouru contre la décision du 7 avril 2009 concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi de pleines et entières indemnités journalières d'attente dès le 28 mai 2004 au plus tard, subsidiairement à l'annulation de la décision, la cause étant renvoyée à l'OAI. S'appuyant sur l'expertise du Dr G. _____ du 28 mai 2004, il considère qu'il aurait dû avoir droit à des indemnités journalières d'attente, dès lors que cet expert a indiqué que l'exigibilité d'une activité adaptée dépendait du succès d'une réorientation professionnelle. Ainsi, l'OAI aurait dû servir de telles indemnités au moment d'envisager de mettre en œuvre des mesures de réadaptation.

Le 10 septembre 2009, l'OAI a fait savoir qu'il n'avait rien à ajouter à sa décision du 7 avril 2009, qu'il confirmait. Il renvoyait pour le surplus à sa lettre du 6 janvier 2009. Il a par conséquent préavisé pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 18 mai 2009 par C._____ contre la décision rendue le 7 avril 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Déposé dans le délai légal compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 60 et 38 al. 4 let. a LPGA), le recours satisfait en outre aux exigences de forme énoncées à l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son

ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à des indemnités journalières d'attente de l'assurance-invalidité.

3. Doit en premier lieu être examinée la question de l'application de la loi *ratione temporis*.

Selon l'art. 22 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant la réadaptation si les mesures de réadaptation l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail (art. 6 LPG) de 50% au moins. Une indemnité journalière est allouée aux assurés en cours de formation professionnelle initiale ainsi qu'aux assurés âgés de moins de 20 ans qui n'ont pas encore exercé d'activité lucrative, lorsqu'ils subissent un manque à gagner dû à l'invalidité. Cette disposition (al. 1) n'a pas été modifiée par la 4^e révision (nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004). Dès le 1^{er} janvier 2008 (entrée en vigueur de la 5^e révision de la LAI; nouvelle du 6 octobre 2006), elle a la teneur suivante:

"L'assuré a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8, al. 3, si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins, ou s'il présente dans son activité habituelle, une incapacité de travail (art. 6 LPG) de 50% au moins."

Quant à l'art. 18 al. 1 et 2 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), il n'a pas été modifié avec la 4^e révision de la LAI. Il prévoyait ce qui suit jusqu'au 31 décembre 2007:

"L'assuré qui présente une incapacité de travail de 50% au moins et qui doit attendre le début de prochaines mesures de réadaptation, a droit, durant le délai d'attente, à une indemnité journalière.

Le droit à l'indemnité s'ouvre au moment où l'office AI constate, sur la base de l'instruction, que des mesures de réadaptation sont indiquées, mais en tout cas quatre mois après le dépôt de la demande."

Dès le 1^{er} janvier 2008, l'art. 18 al. 1 et 2 RAI dispose ce qui suit:

"L'assuré qui présente une incapacité de travail de 50% au moins et qui doit attendre le début d'une formation professionnelle initiale ou d'un reclassement professionnel a droit, durant le délai d'attente, à une indemnité journalière.

Le droit à l'indemnité naît au moment où l'office AI constate qu'une formation professionnelle initiale ou un reclassement professionnel est indiqué."

Il résulte d'une lettre circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) du 12 décembre 2007 (n° 253) qu'en principe, le droit applicable est celui qui est en vigueur à la survenance du cas d'assurance. Ainsi, si le cas d'assurance survient avant le 1^{er} janvier 2008, c'est l'ancien droit qui est applicable.

En l'occurrence, le cas d'assurance est survenu avant le 1^{er} janvier 2008 dès lors qu'il n'est pas contesté que le recourant présente une incapacité totale de travail dans sa profession d'aide géomètre depuis le 6 mars 2002. C'est donc le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 qui s'applique.

4. a) En fixant la naissance du droit au plus tard à quatre mois après le dépôt de la demande, pour autant que les conditions du droit aux indemnités journalières soient remplies, on a voulu éviter que l'assuré, à moins d'avoir droit à une rente, soit sans ressource durant la période parfois longue précédant une mesure de réadaptation. L'introduction du délai de quatre mois a aussi pour but de palier les conséquences économiques pour l'assuré d'un retard éventuel des organes de l'assurance-invalidité, étant admis qu'un délai de quatre mois est en règle

générale suffisant à l'administration pour effectuer les mesures d'instruction nécessaires et mettre en place des mesures de réadaptation (TFA I 77/01 du 4 février 2002 c. 3a). On ne saurait en effet faire supporter à un assuré les conséquences économiques d'un retard inacceptable dans la mise en place de mesures de réadaptation (ATF 116 V 86 c. 2b et arrêt I 77/01 cité, loc. cit. (TAF C-122/2008 du 30 septembre 2010)).

Toutefois, selon la jurisprudence constante (ATF 114 V 139 c. 1a p. 140 et les arrêts cités), l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité est une prestation accessoire à certaines mesures de réadaptation. Elle ne peut être versée en principe que si et tant que des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité sont exécutées. Conformément à ce principe, il n'existe, en règle générale, aucun droit à une indemnité journalière pendant les périodes où aucune mesure de réadaptation n'est exécutée. Le législateur a prévu une exception notamment durant le délai d'attente avant la mise en oeuvre de mesures de réadaptation, et a chargé le Conseil fédéral de fixer les conditions de ce droit (art. 22 al. 6 LAI), ce que celui-ci a fait en édictant l'art. 18 al. 1 RAI. Le droit aux indemnités journalières en vertu de cette disposition réglementaire suppose, par définition, que l'assuré doive attendre le début de mesures de réadaptation et non pas simplement des mesures d'instruction destinées à réunir les données nécessaires sur son état de santé, son activité, sa capacité de travail, son aptitude à être réadapté ou encore sur l'indication de mesures de réadaptation (ATF 116 V 86 c. 3b p. 91 sv.). Il faut, en outre, que les mesures de réadaptation apparaissent indiquées, tant objectivement que subjectivement. Point n'est besoin, en revanche, que l'administration ait rendu une décision à leur sujet; il suffit que de telles mesures entrent sérieusement en ligne de compte dans le cas concret (ATF 117 V 275 c. 2a p. 277). Conformément à ces principes, le droit à l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité dépend directement, en tant que droit accessoire, de la prise en charge et de l'exécution de la mesure de réadaptation. Dès lors, même si la prestation en cause peut être allouée aussi durant le délai d'attente, soit avant la mise en oeuvre d'une mesure de réadaptation, elle reste cependant liée à la prestation principale. En raison du caractère accessoire de l'indemnité

journalière, la jurisprudence a ainsi considéré qu'un assuré n'a pas droit à une telle prestation pendant le délai d'attente, lorsque l'application des mesures est retardée en raison d'un fait lié à la personne du bénéficiaire, par exemple des raisons personnelles non fondées sur des motifs juridiquement valables (ATF 114 V 139 c. 2a et 2b p. 140 s). Il en va de même lorsque les mesures de réadaptation, qui apparaissaient indiquées tant objectivement que subjectivement dans un premier temps - ce qui justifie de mettre l'assuré au bénéfice de l'indemnité journalière durant le délai d'attente -, ne sont en fin de compte pas mises en oeuvre parce que les conditions n'en sont pour finir pas réalisées. Dans une telle situation, le droit à une indemnité journalière dans le délai d'attente prend fin dès que les mesures de réadaptation ne sont plus indiquées, puisque l'une des conditions de la prestation accessoire n'est alors pas ou plus remplie (TF 9C_544/2009 du 16 octobre 2009).

b) En l'occurrence, le recourant fait valoir que dans l'expertise G._____, il est fait mention d'une réorientation dans une profession compatible avec ses limitations physiques et qu'en conséquence, l'intimé aurait dû envisager immédiatement des mesures de réadaptation.

De l'arrêt rendu le 30 septembre 2010 par le Tribunal administratif fédéral (cause n° C-122/2008), on extrait ce qui suit:

"Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir, ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Selon l'al. 3 let. b, les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) sont au nombre des mesures de réadaptation. L'art. 17 LAI dispose que l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain pourra ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement. Selon la jurisprudence le seuil minimum de la diminution de la capacité de gain ouvrant le droit à des mesures de réadaptation est une perte de gain de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 411/98 du 30 juin 2000 consid. 1; SVR 2006 IV n° 15 consid. 2), voire selon les circonstances, notamment le jeune âge de l'assuré, de quelque 20% (arrêt du Tribunal fédéral I 665/99 du

18 octobre 2000). Une baisse de revenu de quelque 20% n'ouvre pas automatiquement le droit à des mesures de réadaptation, celles-ci doivent, selon les énoncés de l'art. 8 al. 1 et 17 LAI, être « nécessaires » aux plans objectif et subjectif et être appropriées quant aux perspectives attendues pour être ordonnées (cf. ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] 2^{ème} éd., Zurich 2010, ad art. 8 et 17).

Aux termes de l'art. 10, 1^{ère} phrase LAI, les assurés ont droit aux mesures de réadaptation dès qu'elles sont indiquées en raison de leur âge et de leur état de santé. La règle requiert par cette exigence un état de santé physique et psychologique propre à assurer le succès des mesures entreprises. Il s'agit d'une condition relative se superposant aux conditions objectives du droit à de telles mesures. La disposition précise que les assurés cessent d'y avoir droit au plus tard à la fin du mois pendant lequel une personne assurée a fait usage de son droit de percevoir la rente anticipée, conformément à l'art. 40 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (RS 831.10; LAVS), ou à la fin du mois au cours duquel elle a atteint l'âge de la retraite. Il s'ensuit que des mesures professionnelles ne peuvent être écartées sans de sérieuses raisons au motif d'un âge relativement avancé de l'assuré.

Le reclassement se définit comme la somme des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et adéquates pour procurer à l'assuré une possibilité de gain équivalant à peu près à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2b, Pratique VSI 2000, p. 26; ATF 122 V 79; RCC 1992, p. 388; Revue à l'attention des caisses de compensation [RCC] 1988, p. 266; ATF 99 V 34, RCC 1974, p. 84; JEAN-LOUIS DUC in ULRICH MEYER (Edit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht / Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle 2007, p. 1453; MICHEL VALTERIO, Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Lausanne 1985, p. 136). En règle générale, l'assuré a droit aux mesures nécessaires appropriées au but de sa réadaptation, mais non aux meilleures mesures possibles dans les circonstances de son cas car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire mais aussi suffisante dans le cas d'espèce (ATF 124 V 108 consid. 2b, VSI 2000 p. 26; VSI 2002 p. 109; arrêt du Tribunal fédéral 9C_457/2008 du 3 février 2009 consid. 2.1). Est généralement équivalente une formation analogue à la profession exercée jusque là et non pas une formation professionnelle nettement supérieure ou qui dépasse les exigences moyennes car tel n'est pas le but des mesures de réadaptation de la LAI (ALFRED MAURER / GUSTAVO SCARTAZZINI / MARC HÜRZELER, Bundessozialversicherungsrecht, 3^{ème} éd. Bâle 2009, § 12 n° 57). Comme toutes les mesures de réadaptation, les mesures de reclassement doivent être adéquates et il doit exister une proportion raisonnable entre les frais qu'elle entraîne et le résultat qu'on peut en attendre (ATF 110 V 102, ATF 103 V 16, arrêt 9C_457/2008 cité consid. 2.3; JEAN-LOUIS DUC, Les assurances sociales en Suisse, Lausanne 1995, n° 603). Un reclassement n'est plus nécessaire notamment lorsque l'assuré est suffisamment réadapté et qu'il est possible qu'il prenne un emploi correspondant à ses aptitudes, sans formation supplémentaire (RCC 1963, p. 127)."

c) En l'espèce, le recourant conteste avoir dit qu'il se considérait comme inapte dans toute activité, contrairement à ce qui ressort du rapport initial et final du 16 mars 2005. A part le fait que l'on ne voit pas pour quels motifs l'auteur de ce rapport aurait inventé ceci, on constate que le document remis le jour de l'entretien et la liste des très nombreuses pathologies dont le recourant disait souffrir corrobore le fait que ce dernier se sentait dans l'impossibilité de reprendre une activité lucrative. A cela s'ajoute que dans son opposition, le recourant conclut à une rente entière et que dans ses écrits ultérieurs, il explique que son état de santé exclut toute activité professionnelle et même qu'une éventuelle mesure de reclassement pourrait s'avérer superflue (cf. lettre du 21 juillet 2005 à l'OAI). Il est pour le moins contradictoire d'affirmer être subjectivement prêt à effectuer des mesures de réadaptation tout en concluant à de réitérées reprises être dans l'impossibilité d'exercer une quelconque activité même adaptée (cf. correspondance à l'OAI du 13 février 2006). Force est dès lors de constater que l'on ne peut considérer que des mesures de réadaptation entraînent sérieusement en ligne de compte, notamment sur le plan subjectif. L'OAI a instruit la situation de l'assuré en procédant notamment à une expertise. Cette instruction a entre autres porté sur le caractère objectivement réalisable de cette réadaptation puisque, se fondant sur les affirmations du recourant selon lesquelles celui-ci était demandeur de mesures professionnelles, et contrairement à ce qu'avait retenu auparavant le rapport initial et final du 16 mars 2005, une mesure d'évaluation au sens de l'art. 69 RAI a été mise en place (cf. correspondance de l'OAI au conseil du recourant du 6 janvier 2009). La mise en œuvre de ce stage était nécessaire pour déterminer si le recourant était objectivement réadaptable. Le recourant a ainsi été convoqué pour entrer en stage le lundi 9 février 2009, le stage ayant toutefois définitivement été interrompu, dès le lendemain, en raison des douleurs et des plaintes de l'intéressé. Une approche théorique de la perte de gain a dès lors été préconisée. En outre, le recourant se plaint du temps anormalement long qu'il a fallu pour la mise en place de ce stage. Certes, l'instruction a été longue mais il y a eu une expertise et moult documents produits par le recourant; l'envoi de nombreux rapports médicaux à l'OAI procède de ce qu'il convient de qualifier de revirement

d'attitude de la part du recourant quant à sa supposée volonté de suivre des mesures de réadaptation. Au reste, celui-ci avait manifesté sa volonté de suivre le stage d'évaluation à Morges plutôt qu'à Genève malgré le délai d'attente nécessaire pour pouvoir intégrer l'ORIPH, ce dont il avait été prévenu (cf. correspondance de l'OAI au conseil du recourant du 6 janvier 2009).

d) Il découle de ce qui précède que le recourant n'était pas dans l'attente de mesures de réadaptation mais que son dossier était en phase d'instruction et faute d'indication objective et subjective pour des mesures de réadaptation, les indemnités d'attente ne sont pas dues et le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

5. Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 18 mai 2009 par C. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 avril 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est maintenue.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :